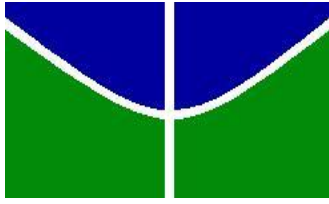


Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Elementos para a clínica da melancolia
em um centro de atenção psicossocial

Carlos Alexandre Araújo Benício da Costa e Silva

Brasília, DF – Brasil, abril de 2024.



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Elementos para a clínica da melancolia em um centro de atenção psicossocial

Carlos Alexandre Araújo Benício da Costa e Silva

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientador: Luiz Augusto Monnerat Celes

Brasília, DF – Brasil, abril de 2024.

Carlos Alexandre Araújo Benício da Costa e Silva

Elementos para a clínica da melancolia em um centro de atenção psicossocial

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica e Cultura.

Banca Examinadora:

Presidente: _____
Professor Doutor Luiz Augusto Monnerat Celes
Universidade de Brasília - UnB

Membro Interno: _____
Professora Doutora Deise Matos do Amparo
Universidade de Brasília - UnB

Membro Externo: _____
Professora Doutora Cláudia Mendes Feres
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF

Membro Externo: _____
Professora Doutora Tania Inessa Martins de Resende
Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Membro Suplente: _____
Professor Doutor Roberto Menezes de Oliveira
Centro Universitário Unieuro

Este trabalho é especialmente dedicado à Maria Luiza 'Malu' e Carlos Henrique 'Caique', minhas maiores fontes de inspiração e aprendizagem, meu amor maior! A vida é infinitamente mais bela, leve e divertida tendo-os por perto. Obrigado por existirem!

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Luiz Augusto M. Celes, gratidão atual que se estende ao que foi vivido durante o curso de mestrado, sobretudo, pela constante disponibilidade concedida e fundamentada pertinência das orientações. É uma grande honra tê-lo como orientador, um sentimento de estima também compartilhado por seus demais orientandos. Atento e cuidadoso, caminha junto, elucida percursos e, assim, faz a diferença.

À Clarissa, por sua paciência, compreensão, confiança e incentivo ao longo de toda a trajetória. Por ser o instrumento do qual a vida se utilizou para me agradecer com os dois maiores presentes que - do exato jeito sonhado! - eu poderia dela ousar receber.

Ao meu núcleo familiar originário, pais e irmãos, pela construção de nossa história, pelos momentos importantes, por nossas idiossincrasias, percepções e vivências compartilhadas ao longo do tempo.

À Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal - da qual, assim como a Secretaria de Estado de Saúde, também sou servidor - e, de forma especial, ao Setor de Afastamento Remunerado para Estudo, pela concessão desta modalidade de licença, objeto fundamental ao aprimoramento e à produção de relevantes conhecimentos que certamente reverberarão em prol de uma sociedade melhor e mais equânime.

Às/Aos Professoras/res Doutoradas/res Deise Matos do Amparo, Cláudia Mendes Feres, Tania Inessa Martins de Resende e Roberto Menezes de Oliveira, pelo aceite à participação na banca examinadora, pela leitura atenta e pelas inestimáveis contribuições ao estudo desenvolvido.

Às/Aos inspiradoras/res professoras/res do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPGpsiCC/IP/UnB), Carla Antloga, Deise Amparo, Katia Brasil, Maurício Neubern e Sheila Murta, dos quais fui aluno nas instigantes e enriquecedoras disciplinas ministradas com primazia ao longo do curso. A todos vocês, minha mais profunda admiração e respeito.

Às/Aos colegas do meio psicanalítico e do PPGpsiCC - em especial, à Aline Sant'Anna, Alvinan Catão, Ana Claudia Chehab, Ana Luiza Samarcos, Andréa Leão, Claudia Beato e Tiago Miranda, por nossa saudável convivência, nossas interlocuções, produções conjuntas e pelo amplo e profícuo compartilhamento de conhecimentos e angústias acadêmicas frente aos desafios enfrentados.

À Marlene Magnabosco Marra, com quem se deram os primeiros passos de uma longa trajetória com a Psicologia.

Ao S. Tarcísio Siqueira (*in memoriam*) e à D. Maria Madalena P. Siqueira, pela vivência de tantos momentos especiais e pelo importante apoio sob diferentes circunstâncias.

Às/Aos colegas de trabalho, que mesmo diante das adversidades e impossibilidades, atuam sob as égides da dedicação, do empenho, da força e da empatia, em prol das ações no campo da saúde mental pública.

A todos aqueles que, ao longo desses anos, me confiaram suas vivências mais desafiadoras e profundas. A coragem em compartilhar suas experiências não apenas enriqueceu minha prática profissional, como também contribuiu significativamente para o meu desenvolvimento pessoal e compreensão do ser humano.

Aos livros outrora emprestados, aos encontros e planos compartilhados, às cumplicidades e aos importantes momentos vividos. À profundidade dos verdadeiros e inesquecíveis sentimentos.

Por fim, à vida, que continua a me presentear com bons momentos e boas pessoas.

Resumo

Elementos para a clínica da melancolia em um centro de atenção psicossocial

Carlos Alexandre Araújo Benício da Costa e Silva

A melancolia e suas diversas acepções - nem sempre atreladas ao campo psicanalítico ou psiquiátrico - têm acompanhado o desenvolvimento da humanidade desde a antiguidade. Nas classificações atuais, após longo processo marcado pela invisibilidade - que inclui supressão e substituição terminológica -, a melancolia tem sido utilizada para designar um subtipo dentro do amplo campo da depressão. Tendo em vista ser a depressão um dos males que mais assolam os países - através do ônus em demasia aos sistemas públicos de saúde, bem como pelo efeito substancialmente nefasto à força produtiva de trabalho -, uma demanda contínua e cada vez mais densa tem acentuado a produção de psicofármacos desde a década iniciada em 1970. Esses antidepressivos são utilizados de forma eficiente no tratamento da depressão, e a partir da utilização massificada deles pode-se observar o contraste que se estabelece entre a melancolia e a depressão, já que o sujeito invariavelmente esquiva-se da depressão - ou mesmo dela consegue efetivamente se livrar -, mas se mantém sob os efeitos da melancolia. Diante desse cenário, através de uma análise exploratória e também propositiva, o presente estudo busca apresentar e problematizar as nuances que acompanham as possibilidades do trabalho psicanalítico no contexto da saúde mental pública brasileira e, de forma mais específica, as questões que perpassam a clínica da melancolia a partir das experiências que se dão em um centro de atenção psicossocial (CAPS). Partindo do referencial psicanalítico, especificamente da articulação entre as perspectivas de Freud e Green, parte do trabalho tem como escopo investigar o funcionamento da melancolia nos dias atuais, tendo em vista as características de sua manifestação na população que é assistida pelo CAPS e, principalmente, que tipo de clínica pode ser desenvolvida. Perpassando por noções angulares, numa intrínseca interlocução entre as teorias supracitadas, neste estudo a temática da melancolia propõe um desafio sobre a imposição de limites entre a neurose e a psicose, os fatores estruturais e a demarcação de uma dinâmica atual. Frente a tal intento, o manejo clínico exige atenção e escuta especiais, principalmente no tocante à crueldade e à violência com as quais o Eu melancólico se defronta - tendo a si próprio como alvo da destruição -, situação essa que deixa como marcas as paralisias nos processos de representação. É nesse sentido que, considerando o processo histórico de supressão da melancolia, se faz importante observar o cenário da assistência pública, no qual se encontram os centros de atenção psicossocial, e o lugar de existência que eles conquistaram enquanto componentes centrais no campo da saúde mental. Perpassando pelo contexto que favoreceu a implementação da Política de Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica, e com elas a criação desses centros, o estudo que se segue promove ainda a discussão de aspectos da constituição e do funcionamento do CAPS - bem como as aproximações do referencial psicanalítico em direção ao discurso da Reforma - para, posteriormente, caracterizar e compreender a clínica da melancolia nesse contexto, através de elementos como o convívio e a prática de trabalhos em grupo. O convívio é aqui caracterizado como um dispositivo que possibilita a construção de relações intersubjetivas, a partir da inserção social, de um enquadre flexível e do respeito integral ao outro. A

potencialidade do convívio pôde se revelar em virtude da ausência de um script preestabelecido sobre como se relacionar, o que permite uma maior flexibilidade e espontaneidade nas interações. Desempenhando um papel fundamental na interconexão das experiências, bem como na criação de laços sociais, o convívio tem a capacidade de estabelecer conexões entre pessoas, lugares e ações - função esta fundamental, principalmente, quando se remete ao característico quadro da melancolia, no qual a capacidade de conexão encontra-se significativamente prejudicada. Já o trabalho em grupo é abordado sobre diferentes aspectos, tais como: função de meta-contínente institucional, forma de acolhimento sensível e de expressão das vivências angustiantes, e, sobretudo, pela atuação efetiva sobre as tendências autodestrutivas que marcam a melancolia – que, por sua vez, mostram-se vinculadas a processos desenvolvidos durante a infância. A relevância desses conteúdos para a compreensão do público assistido pelo CAPS ressalta a importância de abordagens terapêuticas sensíveis à complexidade dos processos psíquicos em jogo. Portanto, a atuação do CAPS se destaca por promover a reinserção social, considerando a complexidade da subjetividade dos usuários, respeitando a autonomia e a singularidade de cada indivíduo, o que favorece uma abordagem mais inclusiva e respeitosa da diversidade humana.

Palavras-chave: Melancolia; CAPS; Saúde Mental Pública; Atenção Psicossocial; Psicanálise; Freud; Green.

Abstract

Elements for the clinic of melancholy in a psychosocial care center

Carlos Alexandre Araújo Benício da Costa e Silva

Melancholy and its various connotations - not always confined to the psychoanalytic or psychiatric realms - have accompanied humanity's development since ancient times. In contemporary classifications, after a lengthy process marked by invisibility, including terminological suppression and replacement, melancholy has been employed to denote a subtype within the broader scope of depression. Considering depression as one of the afflictions that significantly impact nations - placing excessive burdens on public healthcare systems and exerting a substantially detrimental effect on workforce productivity - an ongoing and increasingly dense demand has heightened the production of psychotropic medications since the 1970s. These antidepressants prove effective in treating depression, and it is through their widespread use that one can observe the contrast that emerges between melancholy and depression. The individual inevitably evades depression - or even manages to effectively free himself from it -, but remains under the effects of melancholy. Given this scenario, through an exploratory and also propositional analysis, the present study seeks to present and problematize the nuances that accompany the possibilities of psychoanalytic work in the context of Brazilian public mental health and, in a more specific way, the issues that permeate the clinic of melancholy from the experiences that take place in a psychosocial care center (CAPS, in Portuguese). Starting from the psychoanalytic referential, specifically from the articulation between the perspectives of Freud and Green, part of the work aims to investigate the functioning of melancholy in current times, considering the characteristics of its manifestation in the population that is assisted by the CAPS, and, most importantly, what kind of clinic can be developed. Going through angular notions, in an intrinsic interlocution between the aforementioned theories, in this study the theme of melancholia poses a challenge about the imposition of limits between neurosis and psychosis, the structural factors and the demarcation of a present-day dynamic. In the face of such an attempt, clinical management requires special attention and listening, mainly regarding the cruelty and violence that the melancholic "I" faces - having itself as the target of destruction - a situation that leaves as marks the paralysis in the processes of representation. And it is in this sense that, considering the historical process of melancholy suppression, it becomes important to observe the scenario of public assistance, in which the psychosocial care centers are found, and the place of existence they have conquered as central components in the field of mental health. Passing through the context that favored the implementation of the Mental Health Policy and the Psychiatric Reform, and with them the creation of these centers, the study that follows also promotes the discussion of aspects of the CAPS constitution and functioning - as well as the approximations of the psychoanalytic referential towards the Reform discourse - to, subsequently, characterize and comprehend the clinic of melancholy in this context through elements such as coexistence and the practice of group work. The conviviality is here characterized as a device that enables the construction of intersubjective relationships, stemming from social insertion, a flexible framework and full respect for the other. The potential of conviviality was able to reveal itself due to the absence of a pre-established script on how to relate, which allows for

greater flexibility and spontaneity in interactions. Playing a fundamental role in interconnecting experiences, as well as in creating social bonds, conviviality has the ability to establish connections among people, places, and actions - a crucial function, especially when referring to the characteristic framework of melancholy, in which the capacity for connection is significantly impaired. The group work, on the other hand, is approached from various aspects, such as: meta-institutional containment function, sensitive reception and expression of distressing experiences, and, above all, by effective intervention on self-destructive tendencies that mark melancholy - and which, in turn, are shown to be linked to processes developed during childhood. The relevance of these contents for understanding the audience assisted by CAPS underscores the importance of therapeutic approaches sensitive to the complexity of the psychic processes at play. Therefore, the performance of CAPS stands out for promoting social reintegration, considering the complexity of users' subjectivity, respecting the autonomy and uniqueness of each individual, thus favoring a more inclusive and respectful approach to human diversity.

Key words: Melancholy; CAPS; Public Mental Health; Psychosocial Care; Psychoanalysis; Freud; Green.

Sumário

<u>INTRODUÇÃO</u>	11
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	13
<u>CAPÍTULO I - CARACTERIZAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAPS</u>	23
1.1. ASPECTOS INSTITUCIONAIS E APROXIMAÇÕES COM A PERSPECTIVA PSICANALÍTICA	23
1.2. ENLACES TRANSFERENCIAIS E INTERDISCIPLINARIDADE COMO ELEMENTOS DE TRABALHO	31
1.3. A QUESTÃO DO DIAGNÓSTICO	38
<u>CAPÍTULO II - MELANCOLIA: ASPECTOS HISTÓRICOS, NOSOGRÁFICOS E AS RELAÇÕES COM A DEPRESSÃO</u>	51
2.1. DA ANTIGUIDADE À PSICANÁLISE: O PERCURSO HISTÓRICO DA MELANCOLIA	51
2.2. ONDE SITUAR A MELANCOLIA? ASPECTOS NOSOGRÁFICOS E RELAÇÕES COM A DEPRESSÃO	58
<u>CAPÍTULO III – ENTRE A PERDA DO OBJETO E A CLÍNICA DO VAZIO: A MELANCOLIA EM FREUD E GREEN</u>	71
3.1. OBSERVAÇÕES À PERSPECTIVA FREUDIANA DE MELANCOLIA	71
3.2. A NOÇÃO DE DESAMPARO E SUAS RELAÇÕES COM A PERDA DO OBJETO NA MELANCOLIA	79
3.3. A MELANCOLIA ENTRE A PERDA DO OBJETO PRIMÁRIO E O COMPLEXO DA MÃE MORTA	84
3.4. RUMO A UMA CLÍNICA DO VAZIO: O TRABALHO DO NEGATIVO E SUA RELEVÂNCIA NA CONSTITUIÇÃO DOS ESTADOS-LIMITE	91
<u>CAPÍTULO IV - A ESCUTA DA MELANCOLIA NO CAPS</u>	106
4.1. QUE CLÍNICA PODE SER FEITA?	106
4.2. POR UMA CLÍNICA DA MELANCOLIA BASEADA NO CONVÍVIO	118
4.3. PENSAR O GRUPO DE FALA: UM EXCERTO DA EXPERIÊNCIA NO CAPS	130
A DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DO GRUPO	137
<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	146
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	162

Introdução

Considerações iniciais

O interesse pela temática da melancolia advém da escuta clínica, através de uma demanda constituída por pacientes graves - alguns com ideação, planejamento e histórico de tentativas de suicídio - e seus já cronificados, intensos e persistentes sentimentos de desesperança, angústia e tristeza. Uma tristeza viva, que não cessa e não esmorece, que se mostra visceral, basal, que independe de fatores externos e é aparentemente refratária aos tratamentos.

O que é possível dizer de uma dor que não pode ser dita? É diante de uma configuração psíquica assim que se busca um entendimento acerca da constituição, do funcionamento e de uma clínica, bem como dos impasses e limites antepostos à prática psicanalítica, principalmente no contexto da saúde pública.

Quando se pensa em um teor de ordem e aplicação contemporânea, esse estudo tem nas possibilidades de clínica da melancolia, no contexto assistencial da saúde mental pública, seu recorte prático e objeto central de pesquisa. A tese que se pretende defender através do presente trabalho é a de que a melancolia se encontra, atualmente, amoitada sob categorias diagnósticas dentro do amplo campo da depressão e, diante desse cenário - considerando aspectos de sua constituição psíquica -, uma clínica fundamentada no convívio pode fornecer o anteparo fundamental ao sujeito.

A proposta é que na questão melancólica sejam examinados dois aspectos angulares: os enquadres que consolidam uma prática clínica aplicável ao CAPS e, como

sustentáculo desta, a compreensão acerca de sua constituição psíquica. Para tal, no intuito principal de buscar e produzir avanços em relação ao norteador problema de pesquisa, a saber, “como a melancolia se manifesta, e que tipo de clínica pode ser desenvolvida no CAPS?”, serão utilizadas, como referências principais, as perspectivas de Sigmund Freud e André Green.

Freud, autor de revolucionárias contribuições às ciências humanas e referência maior do arcabouço psicanalítico, terá seu texto *Luto e Melancolia* (Freud, 1917/1996) tomado como o paradigma e eixo norteador no tocante ao entendimento psicanalítico da melancolia. Green, com relevantes contribuições à psicanálise contemporânea, apresenta em *A Mãe Morta* (Green, 1988a) importantes fundamentos em favor do estudo da melancolia. Ele é um autor cujo pensamento busca expandir a obra de Freud – e a própria psicanálise em si – e, sem ignorar as posições dos principais autores pós-freudianos (Klein, Winnicott, Bion e Lacan), consegue, para além disso, dialogar com essas diversas correntes psicanalíticas, num esforço de articulação teórica que tem em Freud a sua base.

O objetivo geral do trabalho traduz-se, portanto, na apresentação e problematização da melancolia, tanto no que tange à caracterização de sua práxis no contexto assistencial prestado pela saúde mental pública brasileira, quanto às contribuições teóricas das perspectivas supracitadas. Diante da amplitude dos aspectos que circundam o estudo desta temática, e adotando o referencial psicanalítico como ponto de partida, a problemática a ser pesquisada depara-se de antemão com alguns pontos fundamentais que norteiam e perpassam o cerne de indagações cruciais. Como forma de compreender aspectos da clínica da melancolia, o texto busca: (1) caracterizar e contextualizar o funcionamento do CAPS; (2) examinar os aspectos históricos e nosográficos em torno da melancolia, bem como suas relações com a depressão; (3)

investigar os marcos estruturais e os processos psíquicos envolvidos na constituição do psiquismo melancólico; e (4) explorar e propor elementos à clínica da melancolia no contexto da saúde pública, mais especificamente, no que tange aos centros de atenção psicossocial (CAPS).

Considerações metodológicas

Desde o seu surgimento, a psicanálise tem produzido contribuições incontestáveis às ciências humanas. Freud buscou teorizá-la, valorizando a interlocução entre os discursos psicanalítico e acadêmico. Ao refletir sobre as perspectivas da psicanálise nas universidades, no texto *Sobre o ensino da psicanálise nas universidades* (Freud, 1919/1996), o autor destaca que a importância do conhecimento psicanalítico está fundamentada, entre outros aspectos, na ênfase concedida à investigação dos processos mentais por meio de um método próprio (Benício, 2011).

Apontando não ser a psicanálise um saber restrito aos psicanalistas, Freud (1919/1996) marca também a abertura do discurso psicanalítico em direção à universidade. A partir daí abrem-se então perspectivas no tocante à realização da pesquisa acadêmica tendo como eixo teórico o campo psicanalítico. Seria possível realizar pesquisas fundamentando-se em conceitos teóricos psicanalíticos, tendo como principal intuito uma produção reflexiva acerca de determinados fenômenos (Benício, 2011).

A concepção ampliada do método enquanto investigação não se restringe à aplicação da problemática psicológica individual, alcança questões relativas aos mais

variados campos, como a religião, a arte e a filosofia. E, desta forma, já contribuiu para diversas outras temáticas, podendo-se citar os estudos acerca da mitologia, filosofia da religião, história da literatura e história das civilizações (Benício, 2011).

Maia (2018) salienta:

Freud teria impedido o risco de reduzir seu método a uma técnica, que o tornaria passível de aplicabilidade. E a aplicação de uma técnica, como sabemos, pressupõe a detenção de um conhecimento que universaliza o objeto e apaga sua manifestação singular (p.12). (...) Em psicanálise, o singular deve ser pensado em sua diferença crucial, no discurso clínico, como o que é do particular. A clínica é o que baliza e, em última instância, define o método psicanalítico enquanto um 'discurso do método freudiano' (p. 10).

Na perspectiva apresentada por Mezan (1994a), por exemplo, a pesquisa teórica em psicanálise abrange três tipologias distintas, a saber: com material clínico, histórico-conceitual e psicanálise aplicada. Menos comum nas universidades, a *pesquisa baseada em material clínico* tem sua ênfase voltada para a experiência clínica em entrelaçamento com a teorização e suas conceituações. Visa uma maior compreensão a partir de dados colhidos na práxis e tem como consequência a formulação de novos conceitos, a demarcação de preceitos, o aprimoramento teórico e as modificações de ordem clínica, em constante interlocução com a teoria (Mezan, 1994a).

A pesquisa *histórico-conceitual* trata de um delimitado e detalhado estudo acerca da teoria psicanalítica, que, por sua vez, fica mantida ao centro - como referência ou como o derradeiro objeto de estudo. Essa abordagem caracteriza-se pela criação de eixo proximal entre pesquisador e teoria, o que possibilita, dentre outros fatores, a instauração de um maior repertório teórico que acaba por influenciar a formação profissional (Mezan, 1994a).

Motivada pela interface entre produções culturais, de cunho artístico ou científico, por *psicanálise aplicada* entende-se a aplicabilidade da psicanálise em grande espectro. Nesse tipo de pesquisa, o conhecimento psicanalítico teria a peculiaridade de analisar as produções do aparelho psíquico, buscando as intrínsecas relações entre os aspectos inconscientes e as produções culturais, demonstrando analogias entre mecanismos presentes tanto no processo analítico como em mitos, lendas, romances, obras artísticas, biografias etc. (Mezan, 1994a).

No que concerne às questões metodológicas, vale ressaltar que o presente estudo visa, num primeiro momento, dentre outros aspectos, articular concepções do conjunto conceitual de produções teóricas iniciais (com Freud) às perspectivas contemporâneas do edifício psicanalítico (com Green). A partir desta ação, o objetivo volta-se então à aplicação desse conteúdo ao conjunto de concepções referentes à lógica atual de funcionamento da assistência pública em saúde mental, na qual se encontram, como componentes centrais, os centros de atenção psicossocial (CAPS).

Portanto, esse estudo apresenta duas propostas metodológicas em seu desenvolvimento. No primeiro momento utiliza-se de aspectos metodológicos da perspectiva *histórico-conceitual* e, posteriormente, apensa a esta os elementos para uma *psicanálise aplicada*. Nesse sentido, Diniz (2018) esclarece que: “A psicanálise, considerando sua epistemologia e seu método, possibilita operar com elementos inconscientes também no campo da pesquisa e no campo do ensino e da aprendizagem, permitindo construir um conhecimento que considere os elementos inconscientes que o atravessam” (p. 115).

Diferentemente do método psicanalítico de análise clínica, que tem nos processos inconscientes seu objeto de estudo, o método histórico-conceitual se adequa ao trabalho

em curso por tratar a psicanálise como objeto, a partir da investigação de seus elementos teóricos. Desta forma, a fim de acurar os fundamentos teóricos, também no intuito de ampliar o levantamento de hipóteses, e assim possibilitar uma fecunda discussão acerca das fundamentações que ensejam os corpos teóricos supramencionados, a utilização da pesquisa histórico-conceitual contribui com o estudo em questão através da reconstrução de ideias, noções, conceitos e postulados, de forma a cepilhar a própria teoria em si (Demo, 1994; Figueiredo & Minerbo, 2006).

A perspectiva histórico-conceitual de pesquisa viabiliza ainda o estabelecimento de uma apropinuação que se dá entre as gêneses teórico-conceituais e seus desdobramentos e avanços, relacionados ao contexto no qual o autor encontra-se circunscrito, bem como à forma na qual o edifício da obra está situado. Pois é a partir do olhar para o assentamento histórico que se torna exequível a abordagem e a apropriação dos conceitos e teorias forjados através da articulação produzida pelo autor (Mezan, 1994b).

Já na psicanálise aplicada – também conhecida atualmente por *psicanálise extramuros* (Laplanche, 1987) e *clínica extensa* (Hermann, 2001) –, noção não devidamente conceituada por Freud, que normalmente utilizava a expressão “aplicação da psicanálise”, tem-se uma forma de análise a outras áreas da produção humana, que vai além da clínica de onde a psicanálise é oriunda. Ainda que não tenha sido conceitualmente tratada, a fecunda presença desse formato de atuação fica evidenciada ao longo da obra freudiana.

Freud não se limitou a analisar apenas seus pacientes. Também utilizou a psicanálise fora de um contexto clínico, como instrumento de análise da cultura, da sociedade e da arte. E a partir daí, conforme aponta Mezan (2002), nos mais variados

campos do conhecimento humano, frente ao meio acadêmico ou não, diversos trabalhos e pesquisas têm sido desenvolvidos utilizando o edifício psicanalítico enquanto metodologia de investigação.

Autores pós-freudianos (Hermann, 2001; Laplanche, 1987; Mezan, 1985) têm se debruçado sobre a aplicação da psicanálise aos domínios não-clínicos. Para que se tenha uma extensão para além da clínica, esses autores ressaltam ser necessária a preservação do caráter metodológico e investigativo, pois tanto a teoria quanto os conceitos oriundos da clínica se presentificam na análise da cultura e dos fenômenos culturais, e vice-versa.

No entanto, a psicanálise aplicada não deve ser reduzida a um mero e exato deslocamento conceitual que se dá entre um lugar e outro. Partindo da nuance investigativa, é buscado um sentido latente em relação àquilo que se encontra manifesto na obra, ou seja, conteúdos reprimidos que ressoam de maneira inconsciente tanto no autor da obra quanto em seu destinatário (Kobori, 2013).

Além da utilização das perspectivas supracitadas, o presente estudo conta ainda com a proposição de Garcia-Roza (1994), que no texto “Pesquisa de Tipo Teórico” apresenta a utilização de uma metodologia denominada *Releitura*, a qual denota uma proximidade não-focada no formato literal do texto, mas sim nos derradeiros efeitos que ele acaba por produzir. A leitura do texto, nessa perspectiva, remete à inserção de objetos transformadores oriundos da própria perspectiva do pesquisador.

Segundo Garcia-Roza (1994), através da releitura é propiciado o reconhecido valor da inventividade e da criatividade, e não apenas uma singela reprodução do conteúdo. O autor propõe ainda a utilização do *Comentário*, como instrumento que

busca revelar algo não-escrito – elementos ocultos no texto -, mas que pode ser deduzido a partir de um conteúdo que se encontra implícito.

Diante dessas considerações, o desenvolvimento metodológico do presente estudo deu-se sob dois eixos. O primeiro deles centra-se sobre a melancolia em termos, digamos, teórico-conceituais. Nessa etapa busca-se fundamentar a melancolia a partir de seus aspectos históricos e nosográficos em direção aos desenvolvimentos alcançados por Freud e Green. Esse primeiro eixo tem como objetivo a tessitura de um arcabouço que sirva de sustentáculo frente às concepções em torno da clínica da melancolia na saúde pública. Já no segundo eixo, o trabalho converge seus desenvolvimentos, de forma específica, à aplicação de uma clínica da melancolia ao centro de atenção psicossocial, a partir das nuances, peculiaridades e contextualizações que justificam sua existência e seu modo de funcionamento.

Além dessa divisão inicial, o texto necessitou cumprir diferentes etapas em prol de uma consistência metodológica e argumentativa. Na primeira dessas etapas foram estabelecidas as principais palavras-chave que comporiam as posteriores consultas às bases de dados, para que pudessem ser identificados os trabalhos cujo eixo temático encontra grau de proximidade ao que se busca desenvolver. Assim, baseando-se nos objetos e nos objetivos da pesquisa, optou-se pela utilização dos seguintes termos: Melancolia e CAPS.

A partir daí, foram realizadas consultas a 6 (seis) bases de dados dotadas de relevante produção acadêmica. São elas: Academia.Edu; BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações; CAPES - Portal de Teses e Dissertações; Google Acadêmico; PubMed; Scielo. As consultas a essas bases de dados - utilizando apenas os termos supracitados, *Melancolia* e *CAPS* – revelaram a existência, sim, de muitos

trabalhos sobre a melancolia, e tantos outros que tratam do CAPS - seja no tocante à articulação teórica, forma de funcionamento, relato de experiência, etc. Observa-se, ainda, que ambos os termos são recorrentemente abordados a partir do referencial psicanalítico - achado que, por si só, já aproximaria tais estudos ao que aqui se propõe.

No entanto, esses termos se apresentam de forma isolada, fornecendo, por fim, a constatação de não haver um número significativo de estudos que congreguem e articulem tais termos, especificamente, sob a mesma temática, em um mesmo trabalho. Contudo, ao contrário do que possa indicar, esse fator em hipótese alguma se mostra um indicativo confiável de que o tema não esteja sob as óticas dos pesquisadores.

Ao invés disso, contrastando com a busca pelo termo *Melancolia*, verificou-se a existência de muitos trabalhos que articulam o termo CAPS ao termo “clínica”, também em uma perspectiva psicanalítica. E esse fator evidencia a existência de articulações possíveis entre a clínica, a psicanálise e o CAPS. Mas de que clínica se trata quanto à escuta que se dá nos CAPS? Refere-se a uma clínica específica da depressão, da ansiedade, das psicoses, ou de tantos outros quadros que porventura ali compareçam? Refere-se, ainda, a uma clínica geral? Eis uma nova e singular questão que se apresenta às perspectivas abordadas.

E assim, mostrando-se este um fator metodológico relevante em relação aos aspectos de contextualização e abrangência do tema, foram realizadas novas buscas sob o mesmo intuito: encontrar trabalhos cujo tema desenvolvido esteja próximo ao que se intenta avançar. Essas buscas se fizeram, por fim, entre os termos *CAPS* e *clínica*.

O quarto momento metodológico diz respeito à seleção e ordenamento dos trabalhos em razão da observância aos termos utilizados. Já em uma quinta etapa,

procedeu-se a leitura e análise dos trabalhos encontrados. E, enfim, realizadas essas etapas, partiu-se para a organização e sistematização do que foi encontrado. Momento no qual, diante das buscas sobre o termo *clínica*, pôde ser evidenciada a escassez de estudos - seja em formato de tese, dissertação ou artigo – que contemplem, de forma específica, uma clínica da melancolia com vistas ao trabalho que é realizado no CAPS. Observados tais procedimentos, seguiu-se por fim a escrita em si.

Assim, o capítulo inicial, busca apresentar, caracterizar e contextualizar o funcionamento do CAPS, entrelaçando seus aspectos constitucionais à evolução da técnica psicanalítica. Nesse momento, o trabalho explora e propõe questões da ordem da práxis, principalmente em relação às possibilidades de trabalho psicanalítico a serem desenvolvidas na saúde mental pública brasileira.

Partindo de revisões bibliográficas, no segundo capítulo o estudo proposto enseja apresentar a melancolia no que se refere à sua historicidade, estabelecimento nosográfico e (dis)junções taxionômicas. Para tal, traça o percurso histórico das concepções ligadas à melancolia, desde a antiguidade até sua chegada à psicanálise, situa-a nosograficamente e estabelece suas aproximações e distanciamentos em relação à depressão.

Com vistas a um dimensionamento a partir de contribuições metapsicológicas - num momento eminentemente dedicado às questões relativas à constituição psíquica -, no terceiro capítulo o estudo busca apresentar e caracterizar elementos conceituais do arcabouço psicanalítico. Através da interlocução entre os posicionamentos de Freud e Green, o capítulo intenta que sejam construídas e ampliadas noções e postulados psicanalíticos acerca do psiquismo melancólico com vistas à proposição de uma clínica no CAPS.

Por sua vez, através da devida sustentação obtida nos modelos teóricos apresentados por Freud e Green à temática da melancolia – tanto em sua faceta clínica, como em suas possíveis aplicabilidades à saúde pública -, o capítulo final problematiza as contribuições, alcances, limites e efeitos da escuta da melancolia no CAPS. Ademais, nesse último capítulo, o dispositivo do convívio e as elaborações acerca do trabalho com grupos são apresentados como elemento fundamentais à clínica da melancolia.

Torna-se relevante destacar que, no âmbito da assistência pública, os centros de atenção psicossocial assumem um papel crucial no campo da saúde mental, tendo sua existência respaldada por legislação específica. Nesse sentido, ao percorrer o contexto histórico que propiciou a implementação da Política de Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica, incluindo a criação desses centros, o trabalho a seguir aborda aspectos relacionados à constituição e funcionamento do CAPS. Além disso, explora as convergências do referencial psicanalítico com os princípios da Reforma, culminando na análise e compreensão da clínica da melancolia nesse cenário. Desta maneira, a investigação não se limita a questionar apenas o campo da saúde mental, mas busca problematizar como a psicanálise pode se inserir no contexto das instituições públicas de saúde mental.

Por fim, vale destacar que as dificuldades na construção de um saber são inerentes ao campo do inconsciente. Pois o que singulariza o pesquisador, assim como sua prática, é o campo de estudo no qual ele próprio encontra-se inserido, ou seja, o próprio inconsciente. Nesse caso, o pesquisador trabalha de forma corriqueira e inevitável com a escuta, a falha, e ainda com os deslizes das verdades escondidas, mas também com teorizações e mecanismos a eles intrínsecos: “como na clínica psicanalítica, a pesquisa se orienta pela ‘douta ignorância’” (Maia, 2018, p.16). Desta forma, transformar o

atendimento clínico em lugar de interrogação sobre a própria teoria psicanalítica convoca o pesquisador em clínica a suportar o que não se sabe, testemunhando as ocorrências clínicas, problematizando conceitos e os expondo aos inevitáveis e valiosos processos de refutação.

Eis o que este trabalho se propõe a realizar.

Capítulo I - Caracterização e contextualização do CAPS

Este primeiro capítulo tem como foco o CAPS enquanto cenário sobre o qual se propõe a incidência de uma clínica da melancolia. Serão discutidos os aspectos institucionais do CAPS, e suas intersecções com a teoria psicanalítica, bem como sua articulação com os princípios que embasam a reforma psiquiátrica no Brasil. Ademais, busca-se ainda evidenciar os elementos importantes de seu funcionamento e de sua dinâmica de trabalho, tais como as relações de poder e o manejo das práticas por meio da interdisciplinaridade.

1.1. Aspectos institucionais e aproximações com a perspectiva psicanalítica

Destacado como o cenário principal deste estudo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), assume uma função estratégica na organização da rede comunitária de cuidados. Conforme delineado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004), este serviço aberto e comunitário é nomeado como local de referência e cuidado para indivíduos com sofrimento psíquico grave, quando a persistência e a gravidade dos sintomas justificam a permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

Portanto, enquanto parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), o CAPS tem como objetivo oferecer atendimento à população em seu território, promovendo o acompanhamento, o desenvolvimento da autonomia e a reinserção social dos usuários. Inclui ainda acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos

laços familiares e comunitários. O CAPS é uma forma de atenção especializada em saúde mental, criada com base na lógica antimanicomial, substituindo as internações em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2004).

A formação do CAPS, como apontam Amarante e Torres (2001), ocorreu dentro do cenário de redemocratização do país, e foi impulsionada por uma reavaliação da assistência pública, influenciada pela implementação do SUS e das conferências nacionais em saúde mental. Esse período de redemocratização favoreceu a capilaridade dos movimentos sociais e dos profissionais que buscavam uma abordagem sem manicômios, ou seja, uma abordagem que não priorizasse a internação em hospitais psiquiátricos.

Recebendo suporte jurídico substancial com a lei 10.216/2001, a política nacional de saúde mental visa a inclusão social e a desinstitucionalização. A abordagem adotada no Brasil é inspirada na reforma psiquiátrica italiana e propõe a construção de serviços substitutivos ao modelo manicomial tradicional. Isso inclui a expansão gradual dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais e a implementação de um modelo de atenção psicossocial (Amarante, 1994; Brasil, 2002).

Liderada por Franco Basaglia, a influência da reforma psiquiátrica italiana é evidente na perspectiva brasileira. Basaglia (1968) critica os manicômios como instituições de controle social baseadas na violência e na exclusão. Ele advoga não apenas pela abertura física das portas dessas instituições, mas também pela criação de possibilidades que permitam a abertura à sensibilização para as experiências dos usuários. Em outras palavras, propõe uma abordagem mais humanizada e aberta à compreensão das vivências dos indivíduos em sofrimento psíquico (Nicácio, 1990).

Teixeira (2009) enfatiza que os princípios da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização não se limitam à busca pela cura, mas têm como objetivo principal a reinserção social dos usuários e a reabilitação para a vida. Desta forma, o cuidado em saúde mental no Brasil abrange diversas dimensões interligadas, como o cuidado clínico psicossocial, a promoção da inclusão social e a capacitação da sociedade para lidar com o sofrimento psíquico.

No atual cenário assistencial, a orientação do Ministério da Saúde, fundamentada na ideia de desinstitucionalização e inclusão social, delinea um paradigma que favorece a interação entre atividades clínicas e práticas comunitárias e culturais. O enfoque brasileiro visa transcender as barreiras tradicionais da assistência, promovendo uma abordagem mais integrada e participativa. Conforme destacado por Tenório (2001), um de seus pilares fundamentais é a busca pela cidadania dos usuários dos serviços. Conceitos como rede, território, reabilitação psicossocial, cidadania e autonomia emergem como elementos cruciais que sustentam e articulam esse tipo de proposta transformadora.

Ao contrastar o modelo de hospital psiquiátrico – o que envolve fatores como hierarquização, tutela e exclusão -, Carvalho Júnior, Amparo e Nogueira (2019) ressaltam a abordagem inovadora proposta pelo CAPS. Em seu projeto inicial ele foi concebido para criar espaços não cronificantes e não burocratizados, objetivando compreender e instrumentalizar os usuários para o pleno exercício da vida civil.

A abordagem de Amarante e Torres (2001) complementa essa visão, destacando que a substituição de instituições psiquiátricas por CAPS, adotando uma abordagem de continência multiprofissional em vez de contenção mecânica, reflete um respeito especial pela singularidade do sujeito. Essa mudança representa não apenas

uma evolução na abordagem clínica, mas uma transformação profunda na maneira como a sociedade lida com a saúde mental, reconhecendo a importância da diversidade e da individualidade na trajetória de recuperação de cada pessoa.

Os novos serviços, no entanto, não devem se limitar a simples reformas. Ao contrário, devem representar verdadeiras rupturas com o modelo psiquiátrico clássico, conforme enfatizado por Amarante e Torres (2001). Essa perspectiva requer uma mudança radical na concepção de doença mental, desafiando os preconceitos associados a ela, tais como incapacidade, periculosidade e desrazão. Além disso, implica uma reavaliação dos princípios do tratamento moral e do isolamento terapêutico, elementos persistentes tanto em instituições antigas quanto recentes.

A importância do suporte institucional é um facilitador para a expressão e simbolização em diferentes níveis e contextos. Por meio de reuniões, supervisões e assembleias, busca-se ajustar as ofertas de maneira mais eficaz às demandas dos usuários assistidos. Entretanto, é evidente que a reinvenção e o aprimoramento desses dispositivos, assim como seus potenciais, muitas vezes não conseguem atender às necessidades urgentes, bem como às crises e emergências associadas. Isso se deve à complexidade dos quadros, aliada aos diversos problemas sociais enfrentados por muitos dos usuários, como observado por Carvalho Júnior, Amparo e Nogueira (2019).

Portanto, a transformação nos serviços exige não apenas uma mudança estrutural, mas também uma revisão profunda das atitudes sociais em relação à saúde mental. A complexidade dessas questões demanda uma abordagem abrangente e sensível, reconhecendo a necessidade de inovação constante com vistas a atender efetivamente os usuários em sofrimento.

De acordo com Carvalho Júnior, Amparo e Nogueira (2019), o CAPS desempenha um papel integrador em suas atividades diárias, incorporando uma variedade de dispositivos clínicos e sociais. No âmbito dessas práticas, o serviço oferece uma diversidade de oficinas que desempenham funções fundamentais na organização e recriação do cotidiano dos usuários. Essas oficinas atuam como mediadoras nos processos terapêuticos, promovem a inserção social, criam espaços de convívio, facilitam encontros significativos e contribuem para a simbolização das histórias de vida dos indivíduos. Enaltecidas também por Guerra (2004), as oficinas terapêuticas desempenham um papel crucial na reabilitação e reinserção dos usuários, integrando suas experiências à cultura e à cidadania.

No entanto, em se tratando de uma compreensão mais abrangente do CAPS, mostra-se essencial a incorporação da noção de *território*. O termo território vai além da mera delimitação geográfica e abrange uma rede complexa de pessoas, instituições e relações estabelecidas em uma região específica. Ao incorporar oficinas terapêuticas e considerar o território de maneira abrangente, o CAPS reflete uma visão ampla e integrada, alinhada com os princípios da reabilitação e da inclusão social. Assim, o CAPS não é apenas um espaço físico, mas um local intrinsecamente ligado às relações sociais, às histórias de vida e à interação dinâmica entre os diversos elementos que compõem o território (Ribeiro, 2005).

Diferentemente do ambiente tradicional de um consultório privado, no território as intervenções terapêuticas assumem uma nova forma: elas são realizadas junto à comunidade local e por meio de serviços comunitários. Os serviços de saúde mental concentram-se principalmente no CAPS, enquanto os cuidados de saúde geral são ancorados na Estratégia Saúde da Família (ESF). É crucial que esses dois serviços operem de maneira integrada dentro de uma rede colaborativa estabelecida pelo SUS.

É relevante destacar que as estratégias de implantação de serviços comunitários e territoriais de saúde mental precedem a criação do SUS. As políticas adotadas, particularmente a descentralização dos serviços, também abrangem a prestação de cuidados em saúde mental para além dos CAPS. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) emerge como o principal ponto de entrada no sistema de saúde. As demandas relacionadas à saúde mental podem ser devidamente encaminhadas às unidades especializadas, quando necessário, ou podem ser atendidas pelas ações e pelos profissionais da APS (Rodrigues & Brognoli, 2014; Garcia et al., 2014).

Para alcançar esse objetivo, é essencial conceber o acolhimento como um dispositivo fundamental do processo de trabalho. Esse componente requer uma abordagem mediada por uma escuta qualificada. Dado o compromisso com o cuidado integral e humanizado, o acolhimento e a escuta na APS emergem como eixos norteadores nas intervenções voltadas ao sofrimento psíquico (Correia, Barros & Colvero, 2011).

Desta forma, a APS deve se constituir como o primeiro nível de atenção aos usuários com demandas relacionadas à saúde mental. É de suma importância, dadas essas circunstâncias, fortalecer os processos de acolhimento dentro dessa esfera primária de cuidados, tanto por meio da capacitação e engajamento dos profissionais, por meio de iniciativas mobilizadoras, reflexivas e éticas, quanto contribuindo para ações de combate ao estigma e preconceito que cercam os usuários em sofrimento psíquico (Santos & Santos, 2011).

Esse tipo de abordagem integrada visa ainda combater a divisão dos cuidados, facilitando simultaneamente o planejamento estratégico na esfera da saúde distrital. Isso é especialmente relevante para a gestão de visitas domiciliares e para a implementação

de estratégias clínicas que engajem a rede de contatos pessoais do usuário. O território, portanto, assume uma concepção mais ampla, envolvendo a interconexão entre indivíduos, espaços, localidades, momentos, encontros, comunicações, história e todos os elementos que contribuem para situar espacialmente o que poderia ser descrito como um lugar, como entende Ribeiro (2005).

Já o conceito de lugar, conforme delineado pela antropologia, e conectado neste contexto à Psicanálise, explora a construção concreta e simbólica do espaço. A visão antropológica, segundo Augé (1994), sugere que o lugar vá além da sua dimensão física, sendo simultaneamente um princípio de significado para aqueles que o habitam e um princípio de compreensão para quem o observa. Todos, independentemente de sua posição na sociedade, atribuem significado ao lugar que ocupam.

Esse entendimento transcende o meramente geográfico, remetendo a um lugar identitário, relacional e histórico. Augé (1994) descreve-o como uma individualidade absoluta, situando um indivíduo em relação aos outros. Na perspectiva psicanalítica, esse lugar é também um espaço de existência subjetiva, uma inscrição não apenas no mundo das relações sociais, mas também no universo psíquico, revelando a singularidade do ser humano. Assim, a noção revela um paradoxo, pois aborda tanto a delimitação em relação aos outros quanto a percepção daquele que se vê delimitado.

O lugar é mais do que um espaço físico; é um espaço de designação, pertencimento, localização, apropriação e criação, como explica Ribeiro (2005). É um ponto de referência que facilita não apenas a circulação física, mas também a circulação dos afetos. Para além de uma coordenada geográfica, é um elemento central na compreensão da identidade, das relações e da complexidade da experiência humana.

A concepção alinha-se às origens da Reforma Psiquiátrica enquanto intimamente ligada à crítica do modelo asilar de tratamento, que tradicionalmente exclui o indivíduo com transtorno mental, rotulando-o como doente. O cerne desta proposta, permeando diversas experiências desenvolvidas sob sua orientação, é criar um cenário que aborde o indivíduo sem relegá-lo à posição de tutelado, privado de voz e autonomia, sujeito a ser gerenciado por outros que alegariam ter conhecimento sobre ele.

Nessa perspectiva, a Reforma Psiquiátrica se aproxima de vários pressupostos essenciais da perspectiva psicanalítica, e o CAPS emerge como um resultado tangível nesse alinhamento. A mudança de paradigma, enraizada desde os primórdios da Reforma, encontra no discurso psicanalítico um referencial no campo do conhecimento. Essa sinergia busca uma abordagem mais humanizada e inclusiva em relação aos transtornos mentais.

Como produto dessa convergência, o CAPS representa um ambiente que não apenas trata os sintomas, mas também empodera o indivíduo, permitindo-lhe uma voz ativa em seu processo terapêutico. Isso reflete não apenas uma mudança nas práticas, mas também em uma transformação mais profunda nas concepções sobre o sujeito, rompendo com a tradição de tutela e exclusão. Portanto, o diálogo entre a Reforma Psiquiátrica e a perspectiva psicanalítica mostra-se importante para a construção de um modelo de saúde mental mais aberto, respeitoso e centrado no indivíduo.

Nesse sentido, a convergência entre a reforma psiquiátrica brasileira e a psicanálise se revela em pontos de notável harmonia e proximidade. Ambas compartilham de um princípio ético fundamental: reconhecem que o indivíduo com transtorno mental possui uma voz legítima, sendo capaz de expressar-se sobre si mesmo e sua condição. Sob essa perspectiva, não é a doença em si que deve ser o foco do

tratamento, com a busca pela cura como objetivo único. Pelo contrário, ambas abordagens enfatizam a importância de se tratar a produção de sentidos associados ao transtorno mental.

Assim, o objetivo central não é apenas a eliminação dos sintomas, mas a criação de um espaço de existência subjetiva e territorial para o sujeito, com contornos e amarrações que permitam uma localização (inscrição) desse ser no mundo que o cerca. Em outras palavras, trata-se de proporcionar ao indivíduo com transtorno mental um lugar significativo e participativo na sociedade. O cuidado em relação a alguém nessas condições implica, portanto, estabelecer dispositivos que viabilizem a conquista desse lugar, contribuindo para a construção de redes sociais com a complexidade necessária para assegurar aspectos fundamentais, como a própria vida.

A abordagem compartilhada entre a reforma psiquiátrica e a psicanálise ressalta a importância da escuta ativa, do respeito à subjetividade e da promoção da inserção social. Ao considerar o sujeito como detentor de uma voz válida, ambas as abordagens buscam transcender a visão tradicional que enxerga o transtorno mental apenas como uma condição clínica a ser tratada, abrindo caminho para uma compreensão mais ampla e humanizada, na qual o indivíduo é reconhecido em sua integralidade.

1.2. Enlaces transferenciais e interdisciplinaridade como elementos de trabalho

Na instituição pública, a dinâmica emerge como um intrincado cenário que envolve diversas demandas, introduzindo desafios aos processos terapêuticos

vivenciados pelos principais protagonistas: o indivíduo, a família e o Estado. A família, ao buscar a "cura" do indivíduo, percebe o Estado como a entidade à qual deve direcionar suas principais solicitações de auxílio. Conforme proposto por Pichon-Rivière (1986), o "louco" acaba assumindo o papel de depositário da loucura familiar, tornando-se o foco das preocupações e expectativas da família.

Enquanto busca alívio para os seus próprios males, a família muitas vezes procura soluções por meio de intervenções medicamentosas ou compartilhando as responsabilidades pelo cuidado. Contudo, esse tipo de abordagem nem sempre se encontra alinhado às reais necessidades do usuário, evidenciando a complexidade da interação entre os atores. O Estado, por outro lado, também detém suas próprias demandas, centradas no controle e na normatização social, além da defesa da qualidade de vida dos cidadãos. Embora o usuário necessite efetivamente de serviços especializados de atenção, parte significativa das demandas encontra-se relacionada ao desejo de retorno à vida prévia àquela proposta de tratamento (Campos, Rosa & Campos, 2010).

Nesse sentido, a dimensão da qualidade de vida abrange o resgate da cidadania, transcendendo a mera questão clínica. Essas necessidades complexas e multifacetadas devem ser abordadas por meio de políticas públicas de inclusão, visando não apenas o tratamento do transtorno mental, mas a reintegração plena do indivíduo na sociedade e a promoção de uma vida digna e participativa (Campos, Rosa & Campos, 2010).

A busca pela cidadania não é apenas uma iniciativa do usuário em tratamento, mas também um pleito advogado por outros atores, como a família que acompanha o usuário e as organizações que defendem seus direitos. No âmbito da assistência, o

usuário deve encontrar as condições necessárias para compreender suas novas demandas, atribuir novos significados à sua vida, reestruturar seus planos e articular suas necessidades aos direitos e políticas públicas vigentes (Campos, Rosa & Campos, 2010).

Concentrando-se na criação de condições propícias para a transformação do usuário, o cuidado vai além do âmbito clínico. Ele também não visa apenas a integração do usuário à sociedade, mas reconhece a importância de compreender e atender as demandas individuais e os desejos subjacentes ao sofrimento. O trabalho de inclusão, no entanto, não substitui o trabalho clínico direcionado às demandas e desejos individuais. Nesse sentido, vale lembrar a perspectiva psicanalítica, para a qual a demanda é considerada o caminho de acesso ao desejo (Campos, Rosa & Campos, 2010).

Além do usuário, encontram-se em cena o Estado (com seu arcabouço normativo) e a família (frequentemente responsável por encaminhá-lo ou motivá-lo a buscar tratamento), elementos que contribuem de forma significativa para a vinculação do usuário à instituição como um espaço de acolhimento diferenciado. A superação dos desafios presentes nos processos terapêuticos do CAPS requer uma consideração cuidadosa da presença de todos os participantes, os quais desempenham papéis cruciais, estabelecendo um campo transferencial complexo. Essa complexidade multifacetada abrange a necessidade de uma abordagem cuidadosa e sensível na construção das relações terapêuticas. Os processos que impactam nessas relações criam uma dinâmica na qual se mostra desafiador afirmar se o vínculo estabelecido ocorreu com um profissional específico ou com a instituição como um todo (Campos, Rosa & Campos, 2010).

Esse campo transferencial, conforme proposto por Vilhena e Santos (2000), não apenas reflete a interação entre a realidade externa e interna, sujeito e objeto, mas também incorpora o ambiente e suas interações com o indivíduo no domínio fantasioso. Ao integrar o sujeito, a família, a equipe, a instituição e seus elementos essenciais no processo transferencial, há uma oportunidade de dissolver a dicotomia existente entre a transferência com o profissional e a transferência com a instituição.

Dor (1989) sustenta que toda transferência é suscetível à análise. E, nesse sentido, uma transferência "automática" do usuário com a instituição pode ser trazida para o cenário analítico, tornando-se passível de interpretações. Essa abertura possibilita submeter os elementos institucionais à elaboração, evitando que representem obstáculos ao progresso terapêutico.

No âmbito do CAPS, as abordagens terapêuticas apresentam nuances particulares que demandam uma atenção cuidadosa para outros aspectos além do diagnóstico clínico. Nos casos em que os usuários enfrentam crises - mesmo sob os cuidados da equipe de referência ou quando chegam em plena condição de surto -, destaca-se a importância de que seja realizado inicialmente um "diagnóstico de crise" antes de seguir o protocolo estabelecido aos cuidados. Torna-se inevitável abordar a ambivalência que emerge entre os diferentes polos de tensão dentro de uma mesma instituição, especificamente entre o usuário com transtorno e a ordem estabelecida. Essa ambivalência também se manifesta entre o ideal descrito em livros, artigos e leis que abordam a Reforma Psiquiátrica e o que é verdadeiramente possível alcançar no cotidiano com pessoas reais.

Sendo o objetivo último na formação de equipes multiprofissionais, a interdisciplinaridade surge como um elemento fundamental no processo de

compreensão abrangente do sujeito em todas as suas facetas. Quando conduzida de maneira apropriada pelas equipes - com supervisão adequada dos gestores, realização de reuniões de área e respeito mútuo entre os diferentes saberes e técnicas -, a interdisciplinaridade traz benefícios significativos tanto para os usuários quanto para o serviço como um todo.

A compreensão das dinâmicas complexas presentes na instituição, aliada a uma colaboração harmoniosa entre os diversos profissionais, contribui para o oferecimento de um cuidado mais completo e adaptado às necessidades dos usuários. Entretanto, é crucial que os profissionais mantenham um olhar diferenciado em suas práticas, evitando a diluição de suas especialidades em uma abordagem generalizada e superficial.

Esse fator se mostra particularmente relevante para profissionais que adotam referenciais específicos, como a psicanálise, os quais precisam permanecer sensíveis ao contexto em que atuam para não se transformarem em meros "técnicos de saúde" desprovidos de uma perspectiva diferenciada. Nesse contexto emerge a discussão acerca das práticas analíticas fora do setting, uma abordagem que busca distinguir os modelos de psicanálise destinados a pessoas de diferentes classes sociais, considerando que as práticas são moldadas pelas características dos ambientes e dos indivíduos envolvidos.

Vilhena (1993) introduz o termo "apartheid clínico" para descrever essa perspectiva, que utiliza significantes como "pobre" e "carente" como elementos que articulam as relações entre os sujeitos, e entre estes e o contexto social. Isso pode levar a generalizações prejudiciais para toda uma classe de indivíduos. Mostra-se fundamental que os profissionais mantenham uma postura crítica em relação à aplicação de suas

práticas em diferentes contextos, evitando a reprodução de estigmas e generalizações que possam comprometer a qualidade do cuidado oferecido.

Diante desse panorama, seria um sério prejuízo para o campo do conhecimento psicológico se a escuta se tornasse preconceituosa e resistente às transformações paradigmáticas. No entanto, dado que a psicanálise é uma prática de subjetivação, é esperado que o profissional esteja constantemente engajado em converter o aspecto universal/teórico do discurso psicanalítico em um diálogo particular/singular/subjetivo construído na relação intersubjetiva com o usuário, independentemente da classe social a qual ele pertença (Vilhena & Santos, 2000).

Uma discussão mais técnica também se faz necessária para questionar se a psicanálise continuaria sendo ela mesma em um contexto diferente do tradicional setting analítico. Sobre esse teor, Barenblitt (1982) afirma que a psicanálise se assemelha mais a uma prática social científica composta por uma teoria que delimita um objeto de estudo abstrato específico (a estrutura psíquica) e sua região determinante última (o inconsciente). Além disso, ela inclui um método ou técnica que se manifesta em uma situação experimental própria, a situação analítica.

Bueno e Pereira (2002) definem a situação analítica como "uma condição transferencial e técnica específica capaz de sustentar, diante de um sujeito que sofre com seus sintomas, o enigma de seu inconsciente e o desejo de elucidar o saber que supostamente ele comporta" (p. 16). Acontece, assim, a confrontação do sujeito com suas próprias implicações e, independentemente de ocorrer nas próprias instalações de um setting tradicional ou em qualquer outro ambiente, essa situação já confere o status de psicanalítico à prática.

A prática psicanalítica pode se adaptar sem obstáculos ao contexto institucional. De acordo com Vilhena e Santos (2000), a reconfiguração da abordagem clínica tem sido uma questão crucial para a psicanálise contemporânea, envolvendo a busca por dispositivos analíticos que possam atender a uma variedade de situações que a caracterizam atualmente, independentemente de sua localização. Rinaldi (1999) corrobora que a incorporação da psicanálise no contexto institucional envolve a necessidade de os profissionais abrirem mão de seus consultórios e se utilizarem das oportunidades oferecidas, por exemplo, pelo entendimento da *clínica ampliada*.

Já para Figueiredo (1996) fica evidenciado que essa atuação não pode se limitar à mera reprodução das práticas do consultório privado. Um psicanalista que atua num contexto de CAPS deve primar pela flexibilidade, reconhecendo que não detém uma verdade exclusiva, e assumindo seu papel de colaborador na equipe, sem, contudo, desconsiderar sua especificidade.

Sob um outro aspecto, vale também salientar que nem todos os grupos formados na instituição incluem usuários com a capacidade de simbolização e elaboração. Muitas vezes, são grupos puramente operativos, destinados a proporcionar ao sujeito um contato mínimo com a realidade. Mesmo em grupos com essa característica é viável a realização de trabalhos terapêuticos a partir da manifestação dos conteúdos dos usuários, permitindo assim o surgimento de ressignificações.

Em termos psicanalíticos, a experiência analítica não se configura como um processo de cura em si, mas proporciona uma oportunidade para que o sujeito possa se apropriar de sua própria história de uma forma diferente. Em qualquer contexto ou momento temporal, o desejo permanece como substrato primordial a ser escutado e redirecionado nas falas dos usuários. Por esse motivo, mostra-se viável a utilização dos

preceitos freudianos, nos quais o objetivo é a ressignificação sintomática, transformando questões que por anos paralisaram a vida dos usuários (Birman, 2000).

1.3. A questão do diagnóstico

A instituição pública contemporânea é pautada pelos eixos norteadores da Reforma Psiquiátrica, assimilando os novos modelos e equipamentos propostos pelo Estado para enfrentar os desafios associados aos transtornos mentais, tanto em ambientes públicos quanto privados. No cenário das contínuas lutas pela conquista da cidadania e, subsequentemente, da autonomia por parte dos indivíduos rotulados como "loucos", desenrolam-se batalhas entre diversos saberes que se dedicam a abordar as doenças mentais e o sofrimento psíquico (Rosa & Vilhena, 2011).

Particularmente dentro das instituições voltadas para o cuidado em saúde mental, emerge a abordagem conhecida como *clínica ampliada*. Esta proposta vai além do conhecimento médico tradicional, buscando incorporar outras perspectivas e técnicas, incluindo a psicanálise, para uma compreensão das camadas mais sutis e simbólicas do sofrimento psíquico. Nesse sentido, a clínica ampliada não apenas amplia as ferramentas terapêuticas disponíveis, mas também enfatiza a importância de uma abertura para diferentes saberes, bem como para a interdisciplinaridade no cuidado em saúde mental (Rosa & Vilhena, 2011).

No contexto dos embates presentes nas instituições públicas de saúde mental, o referencial psicanalítico emerge como uma figura central. Na época de Freud, a psiquiatria encontrava-se imersa em uma capacidade de descrever sintomas. Embora rica em observações fenomenológicas, essa abordagem não proporcionava uma ajuda

significativa aos psiquiatras da época. Além disso, diferentemente do que ocorreu a partir do final do século XX, a eficácia terapêutica dos psicofármacos ainda não alcançava níveis satisfatórios.

Remontando a Freud, a psiquiatria se caracterizava por uma abordagem predominantemente psicopatológica e fenomenológica, num período em que não apenas o mestre vienense, mas também figuras proeminentes do século passado, como Kraepelin e Bleuler, estavam profundamente envolvidas nesse campo. Essa abordagem refletia as raízes filosóficas dos pioneiros da psiquiatria.

Ao estabelecer as entidades clínicas da psicanálise, como observa Quinet (2008), Freud fundamentou-se na nosografia da psiquiatria clássica. Assim, as categorias utilizadas pelos psicanalistas têm suas raízes na psiquiatria clássica, e cada uma delas pode ser vinculada a termos provenientes da história pré-psicanalítica. Nesse sentido, Kraepelin contribuiu para a compreensão da paranoia, Bleuler para a esquizofrenia, Krafft-Ebing para a perversão e Charcot para a neurose. Essa relação evidencia a influência e a continuidade do pensamento psiquiátrico na construção das categorias clínicas da psicanálise.

Os confrontos contemporâneos nas instituições de saúde mental ressaltam a relevância da psicanálise como uma abordagem que vai além da descrição fenomenológica dos sintomas. No atual cenário, a psicanálise contribui para ampliar o leque de abordagens terapêuticas, introduzindo elementos que vão além das intervenções biomédicas, e reconhecendo a complexidade dos fenômenos mentais e emocionais. Nesse sentido, a presença da psicanálise no contexto das instituições públicas de saúde mental representa uma evolução significativa nas abordagens terapêuticas disponíveis para lidar com os desafios psíquicos contemporâneos.

Neste contexto complexo, diversos intelectuais levantaram questionamentos sobre a eficácia e a pertinência do conhecimento psiquiátrico como a única narrativa dominante sobre o adoecimento psíquico. Entre esses pensadores críticos, destacam-se Michel Foucault (1961/1997) e Erving Goffman (1961/2001), cujas análises oferecem insights profundos sobre o processo de internamento e a construção da identidade "louca" através da interação entre o Estado e o discurso médico.

Foucault (1961/1997), em sua obra seminal *História da Loucura na Idade Clássica*, explora as origens do processo de internamento, examinando como as instituições psiquiátricas foram moldadas ao longo do tempo. Ele ressalta como o Estado desempenhou um papel crucial na formação dessas instituições e como o discurso médico contribuiu para a categorização e estigmatização dos indivíduos como "loucos".

Por sua vez, Goffman (1961/2001), em *Manicômios, Prisões e Conventos*, analisa as dinâmicas de poder e controle presentes nas instituições totais, incluindo hospitais psiquiátricos. Destacando como essas instituições moldam as identidades dos indivíduos, impondo rótulos e limitando sua autonomia, o autor fornece uma visão crítica sobre como as estruturas institucionais contribuem para a estigmatização dos pacientes psiquiátricos.

Já a discussão sobre os limites e especializações na área da saúde mental, pontuada por Schneider (1978), levanta uma questão fundamental que permeou a história da psiquiatria. O cerne do debate reside na natureza dos limites da especialização psiquiátrica, que, segundo ele, eram pragmáticos, e não lógicos ou formais.

A indagação crucial proposta é: o que confere ao psiquiatra uma especialização mais apropriada em questões relacionadas à doença mental em comparação com outros profissionais de saúde, como o neurologista? Schneider (1978) desafia a lógica dessa diferenciação, especialmente quando o conceito de "doença mental" está fundamentado em disfunções fisiológicas. O neurologista, sob essa perspectiva, por lidar diretamente com o sistema nervoso e suas funções, poderia teoricamente assumir um papel mais proeminente nesse campo (Schneider, 1978).

Essa interrogação remete à complexidade da compreensão das fronteiras entre as disciplinas médicas e enfatiza a necessidade de uma análise crítica das bases que sustentam as especialidades. A visão de Schneider (1978) impulsiona a reflexão sobre as bases epistemológicas que historicamente consolidaram a psiquiatria como a disciplina principal para lidar com as questões da mente, apesar de seu enraizamento em condições fisiológicas.

A partir desse modo de pensar, o próprio conceito de doença mental também foi objeto de questionamento. O conceito foi submetido a uma análise crítica, influenciada por diferentes perspectivas, como as de Schneider (1978) e Foucault (1998), que questionaram a fundamentação do termo dentro da lógica cartesiana. Para o primeiro (Schneider, 1978), a lógica cartesiana estabelece um paradoxo ao definir "doença mental". Na perspectiva cartesiana, o termo representa um conflito, pois, enquanto "doença" pertence à categoria da *res extensa* (materialidade física), "mental" está associado a *res cogito* (domínio da mente). Segundo o autor, essa dualidade é inerentemente paradoxal, uma vez que a "alma" não pode ser objeto de doença.

Já Foucault (1998) amplia essa reflexão ao explorar a origem do termo "doença mental" e como ela conduziu à assimilação dos processos "mentais" aos

cerebrais ou neuronais. Esse tipo de assimilação indica uma mudança na compreensão das enfermidades psíquicas, deslocando a ênfase da esfera mental para a fisiológica, conectando diretamente os distúrbios mentais aos processos cerebrais.

Essas análises desafiam as concepções tradicionais, levando a uma reavaliação fundamental da linguagem e da compreensão das condições que anteriormente eram categorizadas como doenças mentais. Esse teor demonstra a complexidade e ambiguidade subjacentes ao conceito de doença mental, evidenciando as tensões filosóficas e epistemológicas envolvidas na articulação entre mente e corpo.

A psiquiatria, na segunda metade do século XX, ficou marcada por desafios significativos, evidenciados pela constatação de que uma constelação sintomática semelhante poderia ser diagnosticada de maneiras diversas quando apresentada a psiquiatras de diferentes países. Essa constatação levantou dúvidas sobre a legitimidade dos conceitos e abordagens psiquiátricas da época, contribuindo para o surgimento de um movimento conhecido como *antipsiquiatria* (Wing, Cooper & Sartorius, 1974).

As pesquisas indicavam uma variabilidade considerável nos diagnósticos psiquiátricos, dependendo da localização geográfica e da formação dos profissionais envolvidos. Esse aspecto enfatiza a falta de consistência e universalidade nos métodos de diagnóstico psiquiátrico, lançando dúvidas sobre a validade e confiabilidade das práticas existentes (Wing, Cooper & Sartorius, 1974).

Em resposta a essas incertezas e críticas, o movimento da antipsiquiatria ganhou destaque. Defensores desafiaram as abordagens tradicionais, questionando a eficácia e a humanidade dos tratamentos psiquiátricos predominantes. A antipsiquiatria propôs uma reavaliação radical do sistema psiquiátrico, destacando as limitações e os potenciais danos das práticas então predominantes (Wing, Cooper & Sartorius, 1974).

A crítica da antipsiquiatria contribuiu para transformações significativas no campo da saúde mental, influenciando a busca por abordagens mais humanizadas e centradas no usuário. Naquele período crucial, a psiquiatria enfrentava a necessidade premente de romper com o paradigma da psicopatologia, buscando adotar uma abordagem empirista que priorizasse exclusivamente as descrições nosotáxicas dos fenômenos clínicos. Esse movimento representou uma mudança significativa no campo da saúde mental, redirecionando o foco da compreensão dos transtornos mentais para uma base mais objetiva e observacional.

Nesse contexto, os manuais de classificação diagnóstica desempenharam um papel proeminente, destacando-se o DSM-III, seguido pelo DSM-IV e pela CID-10. Esses manuais propuseram uma sistematização rigorosa dos critérios de diagnóstico, estabelecendo uma linguagem comum que permitisse uma maior uniformidade e consistência nos diagnósticos psiquiátricos. A ascensão desses manuais marcou uma transição significativa na prática clínica, influenciando profissionais de saúde mental e pesquisadores em todo o mundo.

A abordagem nosotáxica enfatizava a importância de categorizar e classificar os transtornos mentais com base em critérios observáveis e mensuráveis, afastando-se das abordagens mais subjetivas associadas à psicopatologia tradicional. Essa mudança representou um esforço para trazer maior objetividade e confiabilidade aos diagnósticos psiquiátricos, contribuindo para uma compreensão mais padronizada e universal dos transtornos mentais.

Essa perspectiva apresentou duas consequências imediatas, ambas com impactos significativos no campo da saúde mental, marcando um período de transição notável e influenciando as práticas psiquiátricas contemporâneas. A primeira

consequência foi a exclusão da psicanálise do diálogo cientificamente aceito, abrindo espaço para uma abordagem mais positivista e objetiva (Pereira, 2000; Alberti, 2006).

A adoção do método positivista representou um avanço significativo nas pesquisas em saúde mental, especialmente nas áreas de farmacologia e neurociências. Esse enfoque mais empírico e baseado em evidências contribuiu para um aumento substancial na eficácia dos medicamentos, consolidando-os como a principal abordagem na denominada "nova psiquiatria". Os psiquiatras, então respaldados por métodos científicos mais rigorosos, puderam defender sua ciência perante a sociedade e os críticos, argumentando que os transtornos mentais eram objeto de estudo formal e específico (Pereira, 2000; Alberti, 2006).

Além disso, a perspectiva positivista parecia alimentar a crença de que os avanços das neurociências poderiam resolver todos os problemas relacionados aos conflitos psíquicos. A confiança nas descobertas neurocientíficas reforçou a ideia de que as respostas para os transtornos mentais estavam intrinsecamente ligadas aos avanços tecnológicos e científicos. Essa mudança de paradigma teve implicações profundas na prática clínica, nas políticas de saúde mental e na relação entre a psiquiatria e a sociedade (Pereira, 2000; Alberti, 2006).

A segunda repercussão da abordagem empirista na psiquiatria está relacionada ao seu despreparo para lidar com as dimensões simbólicas e subjetivas, uma vez que abdicou do conhecimento psicopatológico e filosófico. Essa mudança paradigmática, observada por Vilhena (2008), não implica a afirmação de que o conhecimento adotado pela psiquiatria com a incorporação do empirismo seja intrinsecamente incorreto. Ao contrário, ressalta-se que ele é insuficiente diante das peculiaridades individuais do sujeito.

Ao abraçar uma abordagem mais empirista, a psiquiatria deu ênfase aos aspectos objetivos e mensuráveis dos transtornos mentais, negligenciando, por vezes, as complexidades subjetivas e simbólicas que permeiam a experiência psíquica de cada indivíduo. A compreensão do sofrimento mental não pode se limitar apenas a uma perspectiva biológica e neurocientífica, carecendo do enriquecimento proporcionado pelo conhecimento psicopatológico e filosófico (Vilhena, 2008).

Essa falta de preparo para lidar com as dimensões simbólicas e subjetivas pode ter implicações significativas, afetando a qualidade do cuidado oferecido aos usuários. É fundamental reconhecer a importância de uma abordagem mais abrangente, que considere não apenas os aspectos objetivos, mas também os elementos subjetivos e simbólicos que compõem a experiência de cada indivíduo (Vilhena, 2008).

A intensificação da ênfase no diagnóstico médico e no tratamento farmacológico tem exacerbado os conflitos entre a psiquiatria e a psicanálise, gerando desafios adicionais para os serviços de saúde mental pós-Reforma. Essas questões agravam problemáticas significativas, incluindo a persistência da abordagem clínica asilar, que ainda influencia os desafios enfrentados pelos serviços.

A perspectiva de Sigal (1989) lança luz sobre o diagnóstico psiquiátrico, percebendo-o não como uma ferramenta para compreender o paciente, mas como um meio de solidificar o sofrimento na forma de uma enfermidade mental categorizável, eliminando assim qualquer singularidade. Este ponto de vista enfatiza a necessidade de repensar a abordagem diagnóstica, especialmente em contextos como o CAPS, onde a valorização da recuperação da subjetividade é crucial.

Divergências entre a psiquiatria e a psicanálise tornam-se evidentes, sobretudo quando a abordagem diagnóstica resulta em uma incapacidade de

compreensão e cooperação mútua e integrada. Em outras palavras, a busca pela interdisciplinaridade nem sempre se traduz em ações conjuntas e efetivas. Tais conflitos refletem não apenas diferentes abordagens teóricas, mas também representam desafios práticos na implementação de políticas de saúde mental mais abrangentes e integrativas. A resistência em superar barreiras diagnósticas e terapêuticas pode comprometer a eficácia dos serviços oferecidos, impactando diretamente na qualidade do cuidado prestado aos usuários.

Amancio (2012) ressalta que ao abandonar os tradicionais tipos clínicos - neurose, histeria, neurose obsessiva e fobia -, o DSM-IV e a CID-X passam a representar uma transformação significativa na abordagem dos transtornos mentais. Além desse fator, vale ainda observar que, dentre os tipos clínicos da psicose, apenas a esquizofrenia permanece no rol. Paranoia e melancolia foram excluídas. Essa mudança paradigmática substituiu as condições da psiquiatria clássica por transtornos, minimizando a possibilidade de uma abordagem clínica que reconheça a singularidade de cada caso e considere os fenômenos como sintomas resultantes de compromissos entre diferentes instâncias do aparelho psíquico.

Por evitar uma base teórica, a escolha do DSM é objeto de crítica, conforme lembra Quinet (2008). A opção por uma classificação centrada na prática terapêutica levanta questionamentos sobre a avaliação, diagnóstico e tratamento, que deveriam ser fundamentados nos sintomas do paciente e em suas relações com as estruturas clínicas. Observa-se, contudo, uma inversão desse processo na atualidade, em que os diagnósticos muitas vezes são determinados pelos medicamentos.

No contexto do CAPS, alguns profissionais podem abordar usuários neuróticos e psicóticos de maneira similar, negligenciando a distinção entre essas duas

clínicas, exceto na identificação dos fenômenos psicóticos, que presumem não existir na neurose. E, nesse sentido, a utilização da categoria limítrofe, ou termos semelhantes, é frequentemente utilizada para descrever pacientes que não se enquadram claramente nas categorias de neurose ou psicose, conforme observado por Amancio (2012).

Esses usuários limítrofes são percebidos por alguns profissionais da saúde mental como estando em uma fronteira entre as duas categorias, podendo transitar entre elas a qualquer momento ou permanecer indefinidos. Sendo comum, ainda, que um mesmo usuário receba, por exemplo, o diagnóstico de esquizofrenia junto com um diagnóstico do campo da neurose, carregando consigo diagnósticos de estruturas psíquicas completamente distintas. Essa ambiguidade diagnóstica reflete a complexidade e a diversidade das experiências psíquicas vivenciadas por esses usuários (Amancio, 2012).

No direcionamento dos tratamentos oferecidos, o diagnóstico psiquiátrico pode ser considerado como uma referência possível, mas a abordagem integral e centrada na pessoa deve transcender essa categorização. Valorizar a singularidade de cada indivíduo, reconhecendo a complexidade de suas experiências e traumas, é essencial para promover uma abordagem terapêutica mais efetiva e respeitosa (Sigal, 1989).

Ao adotar uma visão mais flexível do diagnóstico, os profissionais de saúde mental podem favorecer intervenções mais personalizadas, levando em consideração as diversas dimensões da vida do paciente. Desta forma, a busca pela compreensão integral e humanizada ganha espaço, contribuindo para a construção de estratégias terapêuticas mais alinhadas com a complexidade da experiência psíquica de cada indivíduo (Sigal, 1989).

Conforme observa Amancio (2012), o ambiente do CAPS frequentemente coloca os profissionais diante de desafios complexos, nos quais eventos perturbadores, surtos psicóticos ou atos impulsivos podem ocorrer, deixando-os incertos sobre qual a melhor forma de intervenção. Enfrentar essas circunstâncias requer uma disposição para lidar com a complexidade e a ambiguidade. É necessário criar um espaço terapêutico que permita a expressão do sofrimento de maneiras não convencionais, muitas vezes além das palavras. A abertura para o desconhecido e a disposição para explorar o inexplorado são essenciais para a compreensão genuína de tais experiências.

A compreensão profunda dessas situações de emergência demanda uma postura de acolhimento que vá além das respostas predefinidas. Em algumas circunstâncias, a única alternativa é praticar a escuta ativa e suportar o desconforto, permitindo que o paciente construa seu próprio entendimento. É reconhecer a singularidade de cada experiência, respeitando a subjetividade do indivíduo envolvido (Amancio, 2012).

Segundo Quinet (2008), a consideração do sintoma no processo diagnóstico é essencial, pois o sintoma é intrinsecamente ligado à estrutura e ao sujeito. A perspectiva contrasta com a abordagem contemporânea que, frequentemente, adota uma clínica centrada nos transtornos, onde o tratamento visa à supressão do transtorno em si. Essa lógica parece alinhar-se ao pensamento predominante na Reforma Psiquiátrica, na qual, em muitas instâncias, a prioridade recai sobre a prestação de um atendimento rápido e na eliminação eficaz do transtorno, buscando a sua dissolução de forma uniformizada no contexto social. Esse enfoque proposto por Quinet (2008) ressalta a importância de compreender o sintoma como parte integrante da complexidade estrutural e subjetiva do sujeito, contribuindo para uma abordagem mais ampla na prática clínica.

Pois a proposta de encerrar os manicômios vai além do simples fechamento de instituições físicas e derrubada de muros. Ela implica o término de uma perspectiva que não tolera a diversidade. O modelo manicomial não se restringe apenas aos limites do hospital psiquiátrico, estendendo-se a um modo particular de enxergar e compreender o indivíduo. Romper com essa perspectiva torna-se uma necessidade imperativa, uma mudança radical que transcende estruturas físicas para alcançar a essência do entendimento sobre saúde mental (Amancio, 2012).

Assim, como aponta Del Volgo (1998), a abordagem psicanalítica enfatiza a importância de dedicar atenção à escuta do sofrimento, ressaltando a necessidade de abrir mão da representação visual do fenômeno psicopatológico. Segundo o autor, é fundamental permitir a escuta de uma "sonoridade significativa do corpo", indicando que o entendimento da realidade psíquica requer o abandono da ilusão de que os transtornos oferecem respostas satisfatórias para os dilemas sociais e inconscientes do sofrimento. Essa perspectiva ressalta a complexidade do universo psíquico, instigando o profissional a explorar caminhos mais profundos e subjetivos na compreensão e abordagem do sofrimento do usuário.

Conforme explanado anteriormente, este primeiro capítulo buscou caracterizar e contextualizar o CAPS enquanto cenário do tema abordado, a clínica da melancolia. Ao longo do capítulo foram abordados aspectos institucionais do CAPS e suas aproximações com o discurso psicanalítico, bem como as relações deste com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira. Também foram expostos elementos importantes de seu funcionamento e dinâmica de trabalho, tal como a utilização da interdisciplinaridade em suas práticas, para que fosse então introduzida a questão do diagnóstico e as relações ocorridas no seio da interdisciplinaridade.

Este ponto, contudo, terá seu desdobramento no capítulo a seguir. No intuito de trazer uma maior compreensão da melancolia e de seu funcionamento, este próximo capítulo tracejará o percurso até a psicanálise e examinará o processo histórico de supressão do termo – numa intrínseca relação com a depressão -, contexto este que interfere sobremaneira no tipo de abordagem feito sobre a melancolia nos dias atuais.

Capítulo II - Melancolia: aspectos históricos, nosográficos e as relações com a depressão

Este segundo capítulo busca investigar a evolução das concepções associadas à melancolia, desde os tempos antigos até sua chegada à psicanálise. As seções visam também examinar as questões nosológicas e taxonômicas, delineando as semelhanças e diferenças em relação à depressão, e abordando o processo de invisibilidade, supressão e substituição terminológica que historicamente a melancolia enfrentou ao longo do tempo.

2.1. Da Antiguidade à Psicanálise: o percurso histórico da melancolia

A melancolia é um tema que há longo tempo acompanha a humanidade e seu desenvolvimento - e nem sempre esteve atrelada aos campos da psicanálise e da psiquiatria, por exemplo. Em um período anterior às ciências modernas, a noção remonta à Grécia antiga, alguns séculos antes de Cristo, numa época em que tragédia e filosofia conviviam de modo próximo e evidente em variadas formas de expressão - dos escritos literários, como a *Iliada* de Homero, aos textos filosóficos com Aristóteles (Scliar, 2003).

Em Homero, assim como ao longo de toda antiguidade grega, as causas dos desvios, anomalias e absurdez relativas ao comportamento humano eram atribuídas aos arroubos e às volições transcendentais dos deuses. Quaisquer desequilíbrios mentais eram fatalmente compreendidos enquanto intromissões de cunho extranatural e sobre-

humano. Como aponta Pessotti (1994), a melancolia, figurada no personagem homérico de Belerofonte (Ilíada), se constituiria o primeiro modelo clássico da loucura, no que tange à sua configuração.

Além de Homero, a melancolia é apresentada também nos textos de Ésquilo e Eurípidas. Nesses, além da atribuição mítica, sobressai ainda a concepção de uma causalidade interna aos distúrbios mentais. Os autores descrevem loucuras tristes e escolhas conflituosas, marcadas por imposições, desejos e repressões - em uma perspectiva que acena ao conteúdo trabalhado posteriormente pela psicanálise (Pessotti, 1994).

De acordo com Scliar (2003), a efetiva origem terminológica da melancolia é atribuída a Hipócrates, no século V a.C., na chamada *pré-história médica*. Propondo uma distinção entre os caracteres endógeno e exógeno, o "pai da medicina" definiu o termo em um aforismo, como "um estado de tristeza e medo de longa duração" (Ginzburg, 2001, p.103). Através da sua *Teoria dos humores*, Hipócrates explica que o temperamento humano advém do equilíbrio entre os quatro humores básicos no corpo: sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra. A proeminência de determinado temperamento está intrinsecamente relacionada à exorbitância de algum desses quatro elementos (Scliar, 2003).

Na argumentação hipocrática, a melancolia é apresentada como doença. A formação da enfermidade dá-se através de uma substância líquida denominada *bílis negra* - com a degradação/putrefação do sangue e a emissão de vapores geradores de delírios -, num amplo processo que impele à desordenação do funcionamento corporal. Dessa bílis negra é cunhado o termo melancolia - do grego: *melas* "negro" e *kholé* "bílis" (Ginzburg, 2001).

Aristóteles, em sua *Problemata XXX*, propõe uma perspectiva que difere da concepção apresentada por Hipócrates. Na obra, os homens seriam seres excepcionais por natureza, e não pela doença. Utilizando-se do *princípio da inconstância* - para o qual a alternância da temperatura da bÍlis negra produziria efeitos diversos, oscilando, por exemplo, entre o desapego à vida e a manifestação eufórica -, acrescido à ideia de uma *melancolia natural* - cuja conjugação com a bÍlis negra faria de seu portador um ser genial -, Aristóteles aponta para possíveis ligações existentes entre melancolia, pensamento filosófico, genialidade e loucura, numa aproximação do *fazer criativo* com o *ser melancólico*. Paradoxalmente, apesar da perturbadora desordem no pensamento, a ação da bÍlis negra promoveria também a transcendência dos limites da normalidade por meio de uma maior capacidade para sentir, pensar e contemplar as nuances do cotidiano (Ginzburg, 2001; Scliar, 2003).

O humor sombrio da melancolia esteve também vinculado à *Saturno* - tanto enquanto deus romano que castrou o pai (Urano) antes de devorar os filhos, quanto como o planeta que no corpo humano influencia o baço, sede da bÍlis negra - e ao poderoso *Cronos*, deus grego caracterizado como sombrio, solitário e responsável pela destruição e pela morte. A atitude melancólica, nessa perspectiva, mantém-se associada à defasagem, insuficiência, fragilidade e impotência perante a vida (Roudinesco & Plon, 1998).

Ainda que a correlação entre melancolia e moléstia mental permanecesse viva através da corrente hipocrática, durante muitos séculos a teoria dos quatro humores vigorou sob a égide da concepção aristotélica, numa perspectiva que atribuía ao sujeito melancólico a alta capacidade para realização de atividades de cunho intelectual e artístico. Conforme observa Berrios (2012): "O significado da 'melancolia' na antiguidade clássica é opaco e pouco tem em comum com o seu uso psiquiátrico no

século XX" (p. 591). Contudo, a partir do fim da Idade Média, o termo passou a estar associado a uma tristeza sem causa e à doença mental.

Gradativamente, à doutrina dos humores foram acrescentados elementos que conduziram à passagem a um determinismo existencial. No Renascimento, por exemplo, predominou uma perspectiva que consubstanciava, aditivamente às postulações hipocráticas, as principais correntes de pensamento tidas até então: poesia, fúria, astrologia e genialidade. Conforme salienta Peres (2003), esse período é marcado, sobretudo, porque "uma ambiguidade se estabelece, pois, no uso da palavra melancolia: por um lado, um humor natural e não necessariamente patogênico e, por outro lado, uma doença mental produzida por um excesso ou desequilíbrio dos humores" (p. 15).

Em se tratando de aspectos que compõem a passagem da noção de melancolia ao longo do decurso temporal, entre os séculos XVI e XVIII, as tendências se referem à transição estabelecida entre corpo e alma, humor e ideias, órgão e comportamento. Dunker (2021), em *Uma Biografia da Depressão*, chama atenção ainda para William Cullen - um dos fundadores da semiologia médica moderna - que, em 1785, propôs que a melancolia deixasse de ser vista como fruto do hábito ou como sinônimo de carência, tristeza, angústia e descontentamento. Para o citado pensador, a melancolia deveria ser pensada como um tipo de perturbação dos nervos, que ocorre sem febre, espasmos, perda de consciência ou fraqueza física. Nessa perspectiva, o corpo é apresentado, sobretudo, como referência negativa da melancolia.

Nesse processo de desenvolvimento do termo, a melancolia passa a ser correlata também de expressões que envolvem solidão, inibição, amargura e tristeza. É então compreendida como uma patologia delirante, que no século XVII se aproximaria da *mania*, em uma nova proposição que define o ciclo maníaco-depressivo - integrado

posteriormente ao campo das psicoses por Emil Kraepelin, no século XIX, sob o conceito de psicose maníaco-depressiva (Peres, 2003; Roudinesco & Plon, 1998).

Com a chegada do século XIX encerra-se categoricamente a teoria dos humores e é marcado o declínio do cunho alteroso até então apenso à melancolia. Assim como em outras afecções mentais, uma nova etiologia passa a ser atribuída à questão da melancolia, com os fatores sociais adquirindo maior significância enquanto fontes de adoecimento. O período histórico que se segue mostra-se profícuo, na medida em que, a partir dele, surgem novas formas de entendimento, como as contribuições advindas da psicanálise.

Nesse sentido, no livro *Estética da Melancolia*, Lambotte (2000) sublinha que a melancolia tem seu caráter histórico remontado à fisiologia grega e à Idade Média, e passa de uma nosografia rasa a sofisticadas concepções relativas à etiologia, bem como à sua estrutura e funcionamento psíquicos. Para a autora, é Freud quem demarca de forma taxativa, já em 1895, a problemática etiológica da melancolia, através da elaboração de um processo dinâmico do funcionamento psíquico.

Quando confrontados os pensamentos de Freud e Kraepelin, torna-se pungente o distanciamento de posições: enquanto o sistema freudiano contempla a clínica da escuta e o estatuto da subjetividade, o eixo kraepeliano mantém-se sob a primazia do corpo e baseia-se na clínica do olhar. Ainda que tenha apresentado uma concepção inovadora, é válido lembrar que Kraepelin manteve-se como um representante da psiquiatria vigente - e de sua ênfase no poder da medicalização -, a qual, de forma contumaz, objetificava os pacientes das mais variadas formas, sendo a atribuição de alcunhas excludentes - como a de "louco", por exemplo - a mais evidente delas.

Desta forma, como apontam Roudinesco e Plon (1998), Freud posicionou-se numa perspectiva distinta em relação à então vigente psiquiatrização do estado melancólico: "renunciou a aproximar a mania da depressão, preferindo revigorar a antiga definição de melancolia: não uma doença, mas um destino subjetivo" (p. 507). Aproximando-a do luto, Freud (1917/1996) postulou a melancolia como a forma patológica daquele. Enquanto, na melancolia, o Eu sucumbe frente a um desespero inevitável e infundo - numa relação marcada pela identificação com o objeto, forte influência do Supereu, rebaixamento da autoestima, intensificação do sentimento de culpa e de autopunição -, na situação de luto, o Eu mantém-se preservado e o indivíduo consegue, gradativamente, desligar-se do objeto - o que se torna vazio é o mundo externo, e não o Eu:

mesmo que o paciente esteja cômico da perda que deu origem à sua melancolia, mas apenas no sentido de que sabe *quem* ele perdeu, mas não o *que* perdeu nesse alguém. Isso sugeriria que a melancolia está de alguma forma relacionada a uma perda objetual retirada da consciência, em contraposição ao luto, no qual nada existe de inconsciente a respeito da perda (Freud, 1917/1996, p. 251).

Salienta Kehl (2015):

Além de introduzir um ponto de vista completamente diferente das classificações psiquiátricas de Pinel, Esquirol, Kraepelin, Ségla, Cotard e outros, Freud, ao propor que a origem inconsciente das queixas e autoacusações melancólicas seja o ódio recalcado por um objeto de amor precocemente perdido, veio a romper também com a longa tradição de pensamento sobre a melancolia que remonta à Antiguidade, passa pela Idade Média, pelo Renascimento e vem desaguar nas vertentes decadenistas do Romantismo do século XVIII e início do século XIX (p.41).

Freud (1917/1996) devotou atenção à melancolia traçando poucas alusões ao termo depressão. Diante das relações que claramente se estabelecem entre elas, fica

evidenciado que o principal ponto de convergência entre ambas diz respeito aos modos de processamento da perda objetal, já a diferença mais elementar remete à questão da reatividade (reação) do humor.

Os desenvolvimentos psicanalíticos iniciados em Freud acerca da melancolia encontraram na chamada segunda geração da psicanálise, especialmente na psicanálise francesa – grupo pós-freudiano que se propunha a reunir todo o conjunto da obra de Freud, e a ela promover o devido retorno -, a fecundidade necessária à reconstrução de parâmetros psicanalíticos básicos, bem como a reorganização do seu conjunto de um modo particular, que fizesse sentido num contexto contemporâneo e que impulsionasse as novas problemáticas clínicas. Nesse grupo estão situados nomes como André Green, J-B. Pontalis, Jean Laplanche, Piera Aulagnier, Joyce MacDougall, Claude Le Guen e Conrad Stein. Eles se caracterizaram pela dedicação ao resgate da vitalidade dos conceitos psicanalíticos e da luta contra a dispersão do saber psicanalítico (Candi, 2010).

Nesse contexto, Green manteve-se em constante esforço para não deslizar em leituras dogmatizantes. Ele vivenciou fecunda proximidade com as perspectivas de autores como Klein, Bion, Winnicott e Lacan, mas, em que pese sua filiação, sustentando que manteria uma nomenclatura freudiana, não se tornou um escolástico seguidor de qualquer um desses notáveis teóricos.

Green tributou maior ênfase, a partir dos anos 70, à noção de limite. Propôs a passagem da noção a um conceito, e assim o postulou como território-fronteira, que é definido exclusivamente por sua funcionalidade. Como conceito, o limite serve como linha de demarcação entre dois territórios. Dotado de capacidade mediadora e

transformadora, e capaz de transitar entre disjunções e conversões, o limite passa a ser visto como um dos elementos fundantes do aparelho psíquico (Candi, 2010).

Dentre as articulações greenianas propostas ante a melancolia, destacam-se as formulações sobre o narcisismo e o complexo da mãe morta. Essas aproximações envolvem ainda o desenvolvimento temático dos processos de identificação, bem como de constituição e defesas psíquicas enquanto fatores que demarcam o campo melancólico. A partir do livro *Narcisismo de Vida, Narcisismo de Morte*, Green (1988b) possibilita uma aprofundada reflexão acerca de fenômenos circundam o que é vivido na melancolia, como a perda do objeto e o luto inelaborável.

Do ponto de vista greeniano, a angústia melancólica encontra-se diretamente associada à situação traumática, que em si é fruto do desinvestimento libidinal proveniente da figura materna. Esse desinvestimento manifesta-se num estado próprio de vazio que é circunstanciado pela não-satisfação das necessidades pulsionais, fator que conduz o sujeito à absorção e ao aprisionamento em um luto próprio. Green propõe que a perda do objeto no complexo da mãe morta provoca como efeito uma ferida narcísica tal como acontece na melancolia.

2.2. Onde situar a melancolia? Aspectos nosográficos e relações com a depressão

Philippe Pinel foi quem inaugurou o campo de estudo específico para a loucura. Como salienta Teixeira (2005), a partir da inédita proposição de locais exclusivamente destinados ao tratamento da loucura, Pinel estabeleceu elementos fundamentais ao desenvolvimento dessa área do conhecimento, tais como: observação

sistemática, descrição e classificação das desordens mentais. Assim, a ele é atribuído o primeiro empreendimento no sentido de um posicionamento nosográfico da loucura e, especificamente, da melancolia - movimento este que precipita a forma como o campo mental passara a ser visto e pensado a partir de então (Amarante, 1996; Teixeira, 2005).

De acordo com Peres (2003), a partir de suas observações clínicas, Pinel coligia sintomas em síndromes. Ele objetivava descrições precisas das diferentes formas clínicas rigorosamente observadas até então, acompanhadas pelo criterioso esforço de delimitação das espécies típicas e de sua classificação. Desta forma, delimitou o campo da melancolia e atribuiu novas categorizações aos quadros até então estabelecidos como melancólicos: "Para Pinel, a melancolia fazia parte dos quadros patológicos, descrita como uma doença cujas vítimas tinham fixação e um orgulho desmedido, podendo ser acometidas de abatimento, consternação e desespero" (Teixeira, 2005, p. 47).

Sob uma ênfase baseada na observação de sinais e sintomas, os desenvolvimentos propostos por Pinel suplantaram a hipótese da bílis negra. Mas sua perspectiva não conseguiu abarcar a etiologia da doença, tendo em vista que as descrições acabavam por direcionar o conteúdo sintomatológico a uma causalidade difusa. Vertzman (1995) comenta que um dos aspectos relevantes do trabalho de Pinel foi, sobretudo, a proposição da seguinte categorização patológica: a monomania - caracterizando a melancolia como uma ideia fixa - e a mania - que abrangeria todo o conjunto de entendimento, como um delírio geral.

Era insignificante, desta forma, se o conteúdo patológico observado dizia respeito a uma tristeza consistente ou a uma alegria em exagero. Em relação ao que tangencia aspectos da melancolia, mostrava-se de derradeira importância a verificação desta enquanto um delírio que, no entanto, se manifesta sem necessariamente exercer

qualquer relação de comprometimento ao restante da personalidade. Pinel dividiu, então, a melancolia nas formas triste e alegre, ressaltando que ambas se encontravam circunscritas sob a mesma entidade clínica (Vertzman, 1995).

Os desenvolvimentos de Pinel foram ampliados e precisamente esmiuçados por Jean-Étienne Esquirol, que ressaltou o caráter afetivo primário da melancolia - então caracterizada pela tendência ao abatimento, atonia, tristeza e desesperança - e a situou no campo das monomanias, juntamente com a mania. Esquirol propôs também a utilização de uma nova nosografia, cuja ênfase deveria se dar sobre as influências morais e sociais que recaem a partir do âmago das desordens mentais:

Esquirol cunhou, na França, os termos 'lipomania' (*lypemanie* - transtornos do humor) e 'monomania triste' (*mono-manie* - transtornos de juízo), para renomear, dividir e se opor à tão velha e já desgastada melancolia. É o início de uma substituição progressiva, que irá se concretizar no século XX, do termo 'melancolia' pelo novo e científico termo 'depressão': uma doença cerebral caracterizada por tristeza, abatimento e desgosto de viver, acompanhados de um delírio em uma ideia fixa (Teixeira, 2005, p. 47).

As contribuições de Esquirol ajudaram a acentuar a abjunção entre *monomania* e *lipemanie*. Utilizando-se do termo *lipemanie*, Esquirol chamou atenção para o caráter ultrapassado e abstruso da concepção de melancolia dada pelos poetas e filósofos. Ele destrinchou a *monomania* de Pinel, de quem era discípulo, em duas categorias: aquela tida pela valorização da imaginação, e outra na qual prevaleceriam as tristes paixões - sob a noção de *lipemanie*. Como salienta Vertzman (1995), com essa perspectiva, Esquirol promoveu a aproximação da *lipemanie* em direção à melancolia, num formato não sensível ao escopo de Pinel - já que sua abordagem abarcava, com maior amplitude, outros tipos de paixão.

Relevante também foi a perspectiva de Wilhelm Griesinger (1895, *apud* Vertzman, 1995), precursor do termo *humor* como utilizado atualmente, e considerado um dos "pais da psiquiatria biológica" - em circunstância das posições defendidas, sobretudo, em razão da ênfase aos processos biológicos. Para esse autor, os estados depressivos estariam situados no cérebro sob forma de irritação, e se constituiriam como "um humor que assume um caráter negativo (...), a existência mórbida de uma emoção penosa, depressiva, que domina o sujeito, dentro de um estado de dor moral" (Vertzman, 1995, p.73).

Essa noção de humor foi fundamental na contraposição à ênfase dada ao delírio na melancolia. Mas o ponto-chave que encaminha a pavimentação de uma correlação e, mais que isso, expressamente conceitua a melancolia como depressão, dá-se, segundo Masselon (*apud* Vertzman, 1995), num ensaio de Baillarger, quando apregoa como características: uma estupidez acompanhada de estupor e um delírio triste que influencia no entendimento.

Sob influência da perspectiva de Griesinger, Kraepelin - considerado o fundador da nosografia psiquiátrica do século XX, e criador de termos angulares dessa especialidade - também aponta para a base bioquímica das desordens mentais. E, desta forma, aparta o que seria da ordem de uma predisposição constitucional (hereditária) daquilo ambientalmente adquirido. Utilizando o termo "endógeno", que fôra cunhado a partir de uma classificação botânica proposta por Augustin Pyrame De Candolle, em 1813, Kraepelin propôs que as doenças mentais fossem divididas entre exógenas e endógenas, em uma configuração na qual estas últimas referir-se-iam aos estados psicopatológicos resultantes da degeneração humana (Teixeira, 2005).

Essa noção de endógeno, bem como a diferenciação proposta entre o que seria de ordem endógena e exógena, foi introduzida na psiquiatria por Paul-Julius Moebius, em 1886. Para o autor, todas as doenças mentais recaem inexoravelmente sob essas duas categorias, das quais uma possui causa reconhecidamente externa – as exógenas – e a outra apresenta uma gênese interna, como uma debilidade congênita – são as endógenas. Nas afecções exógenas, o conjunto de causas mostra-se diverso, já nas endógenas, a causa é determinadamente dotada de univocidade: a predisposição.

Moebius postulou a endogeneidade como estando associada ao caráter degenerativo. Desta forma, uma patologia endógena adviria diretamente de uma condição degenerativa. O endógeno aparece como uma região etiológica pertencente ao território do somático, encontra-se associado ao conceito de “disposição” e é também compreendido em sua proximidade com a insuficiência. É, contudo, desprovido de especificações outras, às quais são atribuídas as alterações psíquicas, nomeadas como psicoses endógenas. Assim, diante da ausência de evidências palpáveis, espera-se que o fator, então taxado como endógeno, venha a ter sua procedência comprovadamente apenas a um caráter somático (Berlinck & Fedida, 2000).

A concepção médica de melancolia se despargia, associando a ela novas categorizações. Kraepelin, por sua vez, utilizava o termo "estados depressivos" no afã de ampliar a magnitude de uma categoria sob a qual poderia estar inclusa a melancolia simples, o estupor, a melancolia grave, a melancolia fantástica e a melancolia delirante. Ele manteve a utilização do termo melancolia, bem como de seus subtipos e, inicialmente, compreendeu a depressão enquanto forma de expressão afetiva (Teixeira, 2005).

De acordo com Vertzman (1995), Kraepelin demarca sua importância acerca das noções de melancolia e depressão, quando propõe os quatro formatos de loucura periódica (delirantes, maníacas, circulares e depressivas) e quando conceitua a então loucura maníaco-depressiva. As doenças mentais seriam posteriormente classificadas por ele em três grupos de psicoses: a paranoia, a demência precoce e a psicose maníaco-depressiva.

Cunhados por Kraepelin, esses dois últimos termos diferiam-se entre si pelo fato de a psicose maníaco-depressiva - sob a qual a melancolia encontrava-se supostamente circunscrita - não ter como característica uma evolução direta para a demência. Marcando a distinção das características maníaco-depressivas em relação à demência precoce, principalmente no que tange ao aspecto evolutivo, ele elabora uma aproximação entre a mania e a depressão. Nesse formato, a melancolia tenderia a ser substituída pela noção de depressão (Roudinesco & Plon, 1998; Vertzman, 1995).

A psiquiatria havia surgido como especialidade ao final do século XVIII, e apenas no século XIX o termo *depressão* apareceu com maior intensidade, inclinado a substituir a melancolia. Segundo Berrios (2012), a utilização do termo "depressão" já podia ser vista em publicações médicas de 1860. O autor supõe que o uso é correlato a uma tendência emergente de reducionismo fisiológico e de propensão à metaforização dos aspectos emocionais do sujeito. Essa tendência resultaria na promoção de uma conciliação terminológica - tanto como sintoma quanto como condição psíquica basal - de forma a tornar o uso do termo mais abrangente: "até o final do século, 'depressão' se tornou sinônimo de melancolia: 'uma condição caracterizada por um afundamento dos espíritos, falta de coragem ou iniciativa, e uma tendência a pensamentos sombrios'" (Baldwin, 1901, p. 270).

Contudo, conforme ressalta Foucault (1997), uma simples substituição terminológica não contempla devidamente as importantes nuances existentes entre melancolia e depressão. Acerca dessas questões, vale observar que, representada por Pierre Janet, a psiquiatria tange a uma consolidação mais determinante a partir do século XX, no qual se debatia tanto em circunstância do uso terminológico da depressão quanto em relação à diversidade de sua apresentação clínica e etiológica, bem como de suas distintas possibilidades de classificação nosográfica.

Diante desse cenário, uma das questões mais relevantes que se colocava sob análise dizia respeito às possibilidades de diferenciação entre o que adviria de uma ordem orgânica (endógena) e aquela apresentada devido às circunstâncias ambientais e/ou existenciais (exógena). Tais linhas argumentativas remontam as perspectivas da Grécia Antiga, e conduzem a questionamentos quanto às possibilidades de tratamento frente a classificações nosográficas supostamente distintas. E, nesse campo, as perspectivas acabaram por se dividir em duas correntes: uma que defendia não haver relevância significativa em relação ao tratamento, e outra que optava pelo emprego de um tratamento distinto a categorias substancialmente diversas (Cordás, 2002).

As concepções acerca dos termos melancolia e depressão passaram a se confundir. E, diante da demarcação das nuances que os diferenciavam, mostrou-se de fundamental importância que o viés clínico bem como o social fossem delineados pelas peculiaridades dos contextos histórico-culturais. Ao longo do tempo, fica evidenciada a magnitude desse caráter sociocultural em relação aos eventos patológicos e aos seus diagnósticos. Conforme ressalta Scliar (2003), "há uma modulação cultural na reação das pessoas frente aos agravos da existência" (p. 56).

A melancolia fica marcada pela potencial incapacidade de reação em relação ao meio no qual o sujeito encontra-se circunscrito, com propensão ao agravamento do quadro, circunstanciado pelo maciço desenvolvimento de pensamentos com teor de culpa e desesperança. O sujeito entra em processo de sofrimento por não se ver em condições de responder a contento às expectativas advindas de seus vínculos afetivos, círculo familiar e/ou de sua rede de apoio.

Esse aspecto exacerba a inefável convicção de negação ao próprio merecimento, pertencimento e, mesmo, ao comprometimento em relação ao afeto devotado pelas pessoas que o cercam. A hostilidade auto infringida passa a ser internamente traduzida por ideias de não-merecimento e de desejos punitivos de castigo, culminando em uma total perda de esperança acerca da amplitude existencial que cerca o sujeito. A certeza que se apresenta é de tal grau que pode viabilizar ainda o surgimento de pensamentos delirantes.

Com a intensificação da inacessibilidade e não-porosidade do sujeito ao meio, as expressões afetivas perdem seu inexorável valor de sensibilização e culminam para um desfecho marcado pela desesperança em relação às possibilidades de manutenção da vida. A melancolia se manifesta, desta forma, através da significativa retração social, culpabilidade excessiva e presença de pensamentos pessimistas que podem conduzir às ideações suicidas.

As relações que se estabelecem entre sofrimento psíquico e contexto histórico são amplamente tangíveis. Em evidente contraste com o século XIX - marcado pela presença da histeria -, pode-se verificar que, de acordo com Roudinesco (2000), a atual "Era das Depressões" sublinha um período no qual a depressão é tida como uma das mais significativas expressões do flagício humano.

A visão da depressão enquanto mal contemporâneo vem sendo continuamente explorada por autores e pesquisadores nos variados campos de atuação em saúde mental. Contudo, ainda que relacionada ao contexto contemporâneo, a depressão não é propriamente nova. Como se pode ver, essa forma de sofrimento vem acompanhando o ser humano há um largo decurso temporal, mas passou a prevalecer devido à contemporaneidade ser capaz de produzir formatos específicos de sofrimento, que supostamente afetam em maior magnitude aqueles sujeitos psicologicamente constituídos como melancólicos ou narcísicos.

Em que pese considerar o destaque tido pela noção de depressão nos últimos tempos, no que concerne a uma tentativa de aprofundamento em relação às nuances que caracterizam a melancolia, mostra-se de fundamental importância a superação de um obstáculo corriqueiro, que diz da necessária distinção conceitual a ser estabelecida entre os termos depressão e melancolia. Pois a ausência de consenso em relação às distinções terminológicas é uma marca que envolve os estudos sobre o tema.

Assim, quais seriam as diferenças, nuances e/ou reais aproximações existentes entre os dois termos? E, mais além, a partir do paradigma contemporâneo, que motivos contribuem para que a psiquiatria deixe de lado a melancolia e atribua maior relevância à depressão?

Roudinesco e Plon (1998) contribuem:

No fim do século XX, a depressão, forma atenuada da melancolia, vai se tornando, nas sociedades industriais avançadas, uma espécie equivalente da histeria da Salpêtrière, outrora exibida por Jean Martin Charcot: uma verdadeira doença de época. Se esta última, no entanto, se afigurara aos olhos dos contemporâneos como uma revolta do corpo feminino contra a opressão patriarcal, a depressão, ao contrário, cem anos depois, parece ser a marca de um fracasso do paradigma da revolta, num mundo desprovido de ideais e dominado por uma poderosa tecnologia farmacológica, muito eficaz no plano terapêutico (p. 507).

A partir dos anos 70, uma demanda contínua e cada vez mais densa tem se destacado e acentuado a produção de psicofármacos. A depressão é, na atualidade, um dos males que mais assola os países, através do ônus em demasia aos sistemas públicos de saúde, bem como o efeito substancialmente nefasto à força produtiva de trabalho. Os antidepressivos, que são utilizados de forma eficiente no tratamento da depressão, não o são em relação à melancolia. E, assim, a partir da própria utilização massificada de antidepressivos pode-se observar o nítido contraste que se estabelece entre a melancolia e a depressão, já que o sujeito invariavelmente esquiva-se da depressão – ou mesmo dela consegue efetivamente sair - mas se mantém sob os efeitos da melancolia e de seus sintomas.

Há aqui um claro processo de depressão na melancolia. Desta forma, enquanto a depressão pode ser compreendida como parte de um estado transitório; a melancolia, por outro lado, deve ser caracterizada – conforme postula Freud (1915/1996) – enquanto neurose narcísica, a partir da implicação do conflito intrapsíquico entre o Eu, o Supereu e os adjacentes sentimentos de culpa que surgem dessa relação. Como apontam Berlinck e Fedida (2000), enquanto a depressão, manifestando-se sem culpa, pode ser considerada como o estado primitivo do luto, a melancolia é uma neurose resultante de conflito, culpa e depressão. Regida pelo DSM-IV e pelo CID-10, a psiquiatria não reconhece a existência da culpa ou mesmo o conflito inconsciente que caracteriza a neurose. Como, então, admitir a existência da melancolia?

Considerado agora como protótipo ou síndrome nuclear da depressão, de acordo com Del Porto (1999), o termo melancolia tem sido utilizado nas classificações atuais, como o DSM-IV, para designar um subtipo de depressão antes conhecido como

"endógeno", "vital", "somático" ou "endogenomórfico". Rush e Weissenburger (1994) salientam ser este um tipo de depressão marcado pela ausência de um fator precipitante, ainda que por estresse.

Em revisão intitulada “Sacrificing validity for feasibility in psychopathology: Seeing through a dark glass”, Ruiz-Doblado (2010) sublinha que a melancolia, presente desde Hipócrates, é um dos poucos transtornos que permaneceram válidos ao longo de mais de dois milênios. O autor chama a atenção, no entanto, para uma perda de precisão diagnóstica existente entre a melancolia e a depressão maior, por exemplo, nas atuais classificações.

Segundo as classificações correntes, conforme Juruena et al. (2011), a melancolia se caracteriza pela recorrência dos episódios, e é geralmente verificada em pacientes graves, com transtorno depressivo maior ou ainda transtorno afetivo bipolar. Tais manifestações referem-se à definição de melancolia enquanto especificador do DSM, o que sequer fornece uma descrição sintomatológica clara a ponto de estabelecer a melancolia como subtipo sintomatológico da depressão maior, por exemplo.

No século XIX já havia uma tendência em detrimento da melancolia. Dentre importantes contribuições, ele ficou marcado pela gradativa supressão do termo em relação à utilização da noção de depressão, em uma posição flagrantemente contraposta àquela pensada por Kraepelin. Advindo da língua francesa, o termo *depressão* esteve inicialmente vinculado à noção de melancolia. Contudo, o desenvolvimento da psiquiatria mostrou-se determinante para o que Moreira (2002) denominou como sendo "a invisibilidade da melancolia", fator este crucial para o processo de substituição terminológica.

A psiquiatria atual mantém uma evidente inclinação no sentido de um esvaimento da melancolia em relação à noção de depressão, de forma que, tornando-os sinônimos um do outro, os termos passem a se referir a quadros exatamente iguais. Contudo, vale ressaltar que apenas com a elaboração da *CID-6* (Classificação Internacional de Doenças), em meados do século XX, que uma definição para a depressão foi devidamente estabelecida. Esta contemplava os três tipos conhecidos de depressão: a depressão neurótica, a depressão involutiva e a depressão maníaco-depressiva. Atualmente, a critério de comparação, a depressão conta com mais de vinte e cinco subtipos catalogados (Berlinck & Fedida, 2000; Moreira, 2002).

O contexto atual apresenta a melancolia enquanto subcategoria dentro do amplo campo da depressão, intitulado como *Distúrbios do Humor*. É com a fundamental atenção a alguns marcadores fundamentais - tais como: duração, frequência e intensidade dos sintomas - que manuais e classificações fazem uso da descrição de fenômenos para assim, a partir das manifestações observadas, apresentarem proposições em relação à demarcação de diagnósticos.

Desta forma, o que outrora convencionou-se chamar *psicose maníaco-depressiva*, atualmente encontra-se sob o amplo grupo dos transtornos bipolares - que, por sua vez, estão circunscritos sob os transtornos do humor/afetivos -, e remetem não mais a uma "melancolia-mania", mas a uma "depressão-mania". Esse modo bipolar pode se apresentar de uma forma mais branda, classificada como *ciclotimia*. Já a depressão mostra-se de forma mais grave, como *depressão maior*, ou mais amena, enquanto *distimia* (Teixeira, 2005).

Baseando-se em todo o escopo levantado ao longo do presente capítulo, a posição sustentada por este estudo é a de a melancolia encontra-se amoitada sob outras

classificações, sendo atualmente diagnosticada como depressão endógena, distimia ou ainda depressão maior. Por fim, no intuito de restabelecer o sentido de melancolia para o qual este trabalho se propõe, e para que sejam investigados os necessários marcos estruturais e processos psíquicos envolvidos na constituição do psiquismo melancólico, bem como analisar os aspectos que demarcam a melancolia na contemporaneidade, nos capítulos que se seguem serão utilizadas como referências as perspectivas psicanalíticas de Freud e Green.

Capítulo III – Entre a perda do objeto e a clínica do vazio: a melancolia em Freud e Green

O terceiro capítulo propõe uma análise dos fundamentos estruturais e processos subjacentes à formação do psiquismo melancólico, com base em contribuições metapsicológicas derivadas das perspectivas de Freud e Green. As seções a seguir buscam delinear os elementos que permeiam a melancolia na contemporaneidade, mediante a intersecção entre os conceitos de ambos os autores. O objetivo é expandir e consolidar conceitos e postulados psicanalíticos relacionados ao psiquismo melancólico, visando à formulação de estratégias clínicas aplicáveis ao contexto do CAPS.

3.1. Observações à perspectiva freudiana de melancolia

Ao explorar o assunto da depressão na obra de Freud observa-se a ausência de uma teoria firmemente estabelecida, ao contrário de conceitos como o inconsciente, a transferência e a histeria, que já possuem fundamentos mais consolidados. Isso se deve, em parte, à inexistência do conceito contemporâneo de depressão há cem anos. Há, no entanto, indicadores significativos que possibilitam a extração de conclusões sobre o tema. Na troca de correspondências com Fliess (Freud & Fliess, 1986) encontram-se diversas alusões, e é relevante rastrear as ideias que Freud delineava.

Embora tenha inicialmente aproximado a melancolia da depressão, tratando ambas na neurose - como se derivassem de uma problemática comum, e inclinando-se a agrupá-las -, Freud (Freud & Fliess, 1986) acaba abandonando essa abordagem ao longo

do tempo. No *Rascunho A*, ele questiona a origem da "depressão periódica" e a concebe como uma variante de neurose de angústia. Nesse contexto, a associa diretamente à inadequação ou insatisfação sexual, sugerindo que isso levaria ao acúmulo de energia sexual, culminando em estados de angústia e depressão.

Já no *Rascunho B*, Freud (Freud & Fliess, 1986) distingue a "depressão periódica leve" da "melancolia genuína", destacando que a primeira possui uma "ligação aparentemente racional com um trauma psíquico" (p. 43). O trauma atuaria apenas como causa, uma vez que a origem específica da neurose de angústia reside no acúmulo de energia sexual não liberada.

Observa-se a consistência dessa proposição com a nosografia e visão de Kraepelin, que diferenciava a psicose maníaco-depressiva, atribuindo sua etiologia à hereditariedade dos estados de depressão psicogênica, nos quais eventos desfavoráveis na vida eram responsáveis pela determinação da síndrome. Para Freud, naquele momento, enquanto a "depressão periódica leve" estaria vinculada a um trauma psíquico, a "melancolia genuína" teria uma origem puramente endógena, sendo herdada. Essa distinção é claramente delineada no *Rascunho G*, dedicado exclusivamente à melancolia, onde ele isola "a forma hereditária periódica ou cíclica... [ou seja], a melancolia propriamente dita" (Freud & Fliess, 1986, p. 99), que pode manifestar-se periodicamente ou alternar-se ciclicamente com estados de mania.

Neste *Rascunho*, além das duas variantes mencionadas de melancolia, Freud identifica também a "melancolia neurastênica," previamente descrita ao apresentar o caso do Sr. Von F. de Budapeste, um homem de 44 anos:

Sendo um homem fisicamente sadio, queixa-se de que "está perdendo o ânimo e o gosto pela vida," de um modo que não é natural num homem de sua idade. Esse estado – em que tudo lhe parece indiferente, em que ele considera o trabalho um fardo e se sente tristonho e enfraquecido – é acompanhado por uma pressão intensa no alto e também na parte posterior da cabeça. Além disso, é regularmente caracterizado por má digestão, isto é, por uma desinclinação a alimentar-se e por flatulência e constipação (Freud & Fliess, 1986, p. 93).

Ao isolar esse quadro melancólico, Freud não está, de fato, introduzindo uma nova categoria clínica, mas sim seguindo uma tradição que remonta à Antiguidade e perdurou ao longo dos séculos. Galeno, por exemplo, mencionava uma "melancolia hipocondríaca" para descrever uma disfunção relacionada ao *hipocondrium*, uma víscera abdominal associada à digestão. A disfunção gastrointestinal, causadora de flatulência e distúrbios digestivos, supostamente afetaria o cérebro, resultando em um quadro melancólico com sintomas gastrointestinais – uma descrição que se baseia nos mesmos sintomas que Freud identificou nesse caso.

Freud sugere que, na "melancolia neurastênica", práticas sexuais desviadas impactariam a produção de excitação sexual somática, resultando em sua diminuição e enfraquecimento do grupo sexual psíquico. Na "melancolia periódica" essa perda no *quantum* de excitação sexual somática, e conseqüentemente no grupo sexual psíquico, também ocorreria. Ela se daria em circunstância de fatores hereditários, como na "melancolia cíclica" - com a particularidade de alternar períodos de aumento e cessação na produção de libido. Por outro lado, na "melancolia de angústia" não ocorreria anestesia sexual, pois práticas sexuais insatisfatórias levariam ao acúmulo de excitação sexual somática (e não à sua diminuição), desviando-a do grupo sexual psíquico e transformando-a - na fronteira entre o somático e o psíquico - em angústia, como acontece na neurose de angústia (Freud & Fliess, 1986).

Freud utiliza a expressão "a melancolia" no singular, partindo do pressuposto de que, em todos os casos, o princípio subjacente seria o mesmo: um "luto pela perda da libido" (Freud & Fliess, 1986, p. 99). Ele descreve a melancolia como uma "inibição psíquica com empobrecimento pulsional e dor em relação a isso" (Freud & Fliess, 1986, p. 102). O afeto associado seria o luto, uma saudade pela perda, entendida aqui como uma consequência direta da diminuição da energia sexual.

Nessa primeira nosografia, Freud apresenta a melancolia ao lado do que posteriormente chamou de "neuroses atuais", distinguindo-as das "neuroses de defesa". Isso ocorre porque não envolvem o mecanismo psíquico de defesa e os destinos do processo mnemônico, mas concentram-se exclusivamente na atualidade da vida sexual.

Essa explicação mecanicista, entretanto, foi prontamente abandonada, assim como a suposição de que uma única explicação poderia abranger fenômenos depressivos diversos, como a "melancolia de angústia" e a "melancolia neurastênica," junto com a "melancolia propriamente dita." Freud oferece indícios claros de ter abandonado essa hipótese: por um lado, as referências às categorias nosográficas de "depressão periódica leve," "melancolia de angústia" ou "melancolia neurastênica" desaparecem, enquanto, por outro lado, o termo "depressão" cresce em presença, utilizado de maneira descritiva em diversas psicopatologias. Freud mantém as referências à "melancolia propriamente dita", no entanto, não para designar estados depressivos genéricos, mas um quadro psicótico bastante específico.

Embora tenha identificado e descrito fenômenos depressivos em diversas categorias nosográficas, Freud não os agrupou sob o termo "melancolia" da mesma forma que os manuais psiquiátricos contemporâneos fazem. Ao invés disso, concebeu esses fenômenos como inerentes à condição humana. Ele aponta que, após uma análise

superficial, muitos casos são rotulados como hipocondria comum (neurastenia). Entretanto, na verdade, pertencem ao conjunto dos afetos obsessivos. Portanto, o que é comumente denominado "neurastenia periódica" ou "melancolia periódica" revela-se com notável frequência, segundo Freud, uma neurose obsessiva dessa segunda natureza.

Tal constatação representa uma descoberta terapêutica de grande importância. Assim, os fenômenos depressivos não são mais abordados como uma categoria nosográfica distinta, eles são contextualizados como uma forma de defesa dentro do âmbito da neurose obsessiva. Esse padrão é também observado no caso do *Homem dos Ratos* (Freud, 1909/1996), assim como na diferenciação entre o luto normal e o luto patológico característico das depressões obsessivas.

Pode-se verificar que, mesmo dentro do arcabouço psicanalítico, a posição nosográfica da melancolia perpassou por consecutivas atualizações ao longo do tempo até o então estabelecimento dos termos neurose e psicose - que se mantem em voga nos dias de hoje, principalmente no tocante ao campo psicanalítico. Mesmo considerando que Freud estivesse se remetendo inicialmente à descrição kraepeliana de psicose maníaco-depressiva, seus desenvolvimentos teóricos acabaram não sustentando a melancolia enquanto circunscrita ao campo diagnóstico das psicoses.

A melancolia esteve frente ao impasse entre a permanência ou não no quadro das *neuroses narcísicas*, no qual foi incluída em 1914. Sob essa definição, tanto a própria melancolia quanto a psicose - paranoia e esquizofrenia - eram caracterizadas pela retirada da libido do Eu. Já as denominadas *neuroses de transferência*, em oposição, se caracterizam por terem a libido deslocada para objetos reais e imaginários, sendo assim mais acessíveis ao tratamento psicanalítico (Laplanche & Pontalis, 2001).

O melancólico não se queixa de seu sofrimento, e até acredita ser merecedor de tal circunstância. Além desse fator, ele tende a construir vínculos precários e, assim, apresenta significativas dificuldades em relação ao campo transferencial. Nesse sentido, Gorog e Gorog (1990) salientam que as dificuldades em relação ao estabelecimento da transferência tornaram-se um ponto crucial para que Freud postulasse a distinção entre as neuroses narcísicas e as neuroses de transferência.

A partir do entendimento freudiano proposto em *Neurose e Psicose* (Freud, 1924/1996), no entanto, é oferecido um enquadre inovador: a melancolia é então situada em uma via diversa tanto das neuroses quanto das psicoses, e assim possibilita o balizamento dos limites existentes entre essas duas estruturas psíquicas. A utilização da expressão neurose narcísica acabou ficando restrita às afecções de tipo melancólico (Laplanche & Pontalis, 2001). A melancolia manteve-se, desta forma, como a única forma de neurose narcísica:

Podemos provisoriamente presumir que tem de haver também doenças que se baseiam em um conflito entre o ego e o superego. A análise nos dá o direito de supor que a melancolia é um exemplo típico desse grupo, e reservaríamos o nome de ‘psiconeuroses narcísicas’ para distúrbios desse tipo. (...) As neuroses de transferência correspondem a um conflito entre o ego e o id; as neuroses narcísicas, a um conflito entre o ego e o superego; e as psicoses, a um conflito entre o ego e o mundo externo (Freud, 1924/1996, p. 170).

Ainda que já tivesse se dedicado à questão da melancolia em trabalhos anteriores, foi em *Luto e Melancolia* que Freud (1917/1996) concedeu relevância aos desenvolvimentos realizados sobre o tema. O termo remete a uma entidade clínica específica, que já havia sido descrita por estudos anteriores aos seus. Mesmo preservando a nomenclatura utilizada, Freud entende a noção como apartada da psicose

maníaco-depressiva, então postulada por Kraepelin, e propõe uma etiologia psicogênica ao invés daquela baseada na hereditariedade.

Ainda assim, as concepções de Freud e Kraepelin se aproximam no tocante à identificação dos processos sintomáticos. Eles identificam quadros marcados pela diminuição significativa do prazer e da autoestima, perda do interesse e retração social. Aditivamente, a perspectiva freudiana evidencia ainda a presença ostensiva de autoacusações, que se encontram relacionadas às dificuldades notadas quanto ao amor-próprio. Essa forma de recriminação acaba se tornando o ponto-chave frente às distinções que se estabelecem entre a melancolia e a denominada reação normal de luto. Pois, diferentemente desta, no sofrimento melancólico o reconhecimento do que foi de fato perdido – o objeto da perda - não se dá (Freud, 1917/1996).

A presença dessas autorrecriminações e autoacusações passaram a ser entendidas como sendo dirigidas ao objeto que, abandonando o sujeito, volta-se contra o Eu. E este, por regressão narcísica, identifica-se ao objeto perdido. Portanto, a partir dos seus avanços teóricos, Freud (1917/1996) passa a empregar uma causalidade psíquica à melancolia. Assim, no funcionamento melancólico, a libido do objeto não é deslocada para um novo objeto, ela se retrai narcisicamente sobre o Eu. O melancólico está, desta forma, reduzido à "sombra do objeto que caiu sobre o ego" (p. 254), e o curso de trabalho do luto torna-se impossibilitado.

Mas, diante dessa impossibilidade e da permanência do sujeito em um sofrimento que aparentemente não cessa, como pode ser compreendido o funcionamento melancólico, do ponto de vista metapsicológico? Nesse sentido, as articulações entre as noções de *masoquismo* e *pulsão de morte* são fundamentais, e podem vir a apresentar significativas contribuições à questão que se coloca.

Para além das questões que envolvem o masoquismo e a pulsão de morte, Freud (1917/1996) salienta ainda para a presença de um elemento constitucional que certamente contribui para a formação sintomática, já que causas similares são passíveis de apresentar efeitos distintos no que se refere ao luto e à melancolia. Nos processos psíquicos regidos a partir da melancolia, o sujeito busca aniquilar a perda do objeto. Essa perda é intensificada em virtude do mecanismo da introjeção, que é utilizado sob a condição de incorporação do objeto no seio do Eu (Freud, 1917/1996).

Assim, Freud (1917/1996) relaciona a fase oral do desenvolvimento, e seu elemento canibalístico, à natureza dos processos de identificação e ao mecanismo da introjeção. Esse último, por sua vez, advém da incorporação oral do objeto perdido, sob uma escolha objetal narcísica. Desta forma, a introjeção sádico-oral do objeto mostra-se como elemento que aponta em direção à necessidade narcísica do objeto amado, de forma reprimida e ambivalente.

Em posteriores desenvolvimentos teóricos acerca dos processos de identificação, no texto *Psicologia de Grupo e Análise do Eu*, Freud (1921/1996) postula as distinções entre os três modos característicos da identificação: (1) a identificação primária, que se dá em um momento pré-edipiano, enquanto modo primitivo de estabelecimento do laço afetivo com o objeto e, sobremaneira, de constituição psíquica do indivíduo; (2) a identificação como substituto regressivo de uma escolha de objeto abandonado e; (3) a identificação em relação ao outro, bem como aos elementos comuns existentes entre si e esse outro, como por exemplo, o desejo de ser amado.

Vê-se, desta maneira, que, na perspectiva freudiana, a melancolia se encontra marcada, sobretudo, pela predominância do segundo e terceiro modos da identificação. Conforme aponta Freud (1917/1996), ainda que consciente acerca do processo de perda,

o sujeito é acometido pelo desconhecimento sobre o que de fato foi perdido. Associado a esse fator, há ainda a dissonância subjacente entre o Eu e o Supereu - resultando no sentimento de culpa -, e, assim, o sujeito desenvolve um alto grau de hostilidade contra si próprio.

3.2. A noção de desamparo e suas relações com a perda do objeto na melancolia

Ainda que atualmente seja um diagnóstico pouco frequente, a reflexão moderna sobre a melancolia segue ligada às suas bases, principalmente se a via analítica examinada for a da psicanálise. Esta, ao longo dos tempos, tem apontado para a questão de um desamparo fundamental, de uma complexa e problemática relação com a perda, a falta e o vazio estrutural do ser humano (Peres, 2003).

Mostra-se determinante demarcar que a noção de desamparo é uma das mais fundamentais na articulação do pensamento freudiano. Remete a algo muito primitivo na vida do sujeito. Não se limita à referência ao estado de insuficiência psicomotora da criança e nem se resume a uma condição meramente acidental do funcionamento psíquico. Nesse sentido, vale observar a definição utilizada por Laplanche e Pontalis (2001) para a concepção de *Desamparo*:

estado do lactante que, dependendo inteiramente de outrem para a satisfação das suas necessidades (sede, fome), é impotente para realizar a ação específica adequada para pôr fim à tensão interna. Para o adulto, o estado de desamparo é o protótipo da situação traumática geradora de angústia (p. 112).

A incapacidade biológica de um recém-nascido é um dado inevitável que marca a condição humana desde seu início com o selo do desamparo. Entretanto, não é só do ponto de vista biológico que a situação de uma criança é emblemática. A dependência, nesses casos, não é apenas biológica. É, sobretudo, uma dependência de amor e de desejo. E, nesta condição, o desamparo passa então a figurar como elemento, partícipe fundamental, no processo de inserção do sujeito no mundo da linguagem. Introduzindo o sujeito na dialética da alteridade, da intersubjetividade, obriga-o a renunciar à satisfação direta de suas pulsões.

Ainda que, devido à imaturidade biológica e psíquica, a *vivência* do sujeito não possa ser integrada como uma verdadeira *experiência*, na experiência primitiva do desamparo são inscritos traços cujos efeitos só ocorrerão à posteriori, convergindo assim a uma experiência de vida. A situação originária de desamparo se apresenta como modelo para outras situações posteriores de desamparo, com as quais o indivíduo inexoravelmente se defrontará durante o decorrer de sua vida, e com as quais reagirá de acordo com a configuração psíquica arquitetada naquele primeiro momento (Figueiredo, 1999).

O melancólico, por sua vez, mostra-se muito próximo da situação original de desamparo, isto é, do desamparo primordial. Essa vivência relaciona-se com o modo de identificação que, na melancolia, é uma identificação integral, que se encontra em oposição à identificação por traços. A essa ampla identificação subjaz a identificação narcísica, na qual a escolha de objeto não passa pela imagem do outro, mas pela própria imagem ou mesmo pela transformação do Eu em um ideal (Barra, Mendes & Viana, 2014).

Segundo Freud (1895/1996), o afeto que corresponde à melancolia é o luto, o desejo de recuperar algo que foi perdido. O processo melancólico dá-se, assim, a partir da perda de um “objeto amado”, ou melhor, “uma perda de natureza mais ideal” da qual não se tem notícias por não se conhecer o que foi perdido. Esse conjunto - que pode até mesmo revelar uma expectativa delirante de punição, e que expressa um caráter de escoamento do Eu - sustenta-se sobre uma perda.

Para Freud (1895/1996), no caso da melancolia, é como se houvesse um buraco na esfera psíquica. Esse buraco remete a algo que não pôde ser representado e, neste sentido, o sujeito se perde com o objeto. Trata-se de uma perda pulsional, a perda da libido, tendo em vista que a libido regride, identificando-se com esse objeto perdido. O sujeito identifica-se, portanto, com o objeto introjetado no Eu (Barra, Mendes & Vianna, 2014).

Essa perda objetual é retirada da consciência e suscita o trabalho da melancolia e das defesas maníacas - processos bem intrincados. Indivíduos melancólicos normalmente apresentam características como desânimo, desinteresse pelo mundo, incapacidade de amar, inibição e diminuição da autoestima, além de dirigem a si mesmos as mais cruéis recriminações, que podem encontrar expressão numa expectativa delirante de punição, e culminar em práticas de agressão auto infligidas e em atos extremados (Freud, 1917/1996).

Ogden (2014) contribui ressaltando que o melancólico é aquele que não conseguiu lograr êxito na passagem entre o narcisismo e o amor objetual. Por conseguinte, diante da perda objetual, é incapaz de fazer o luto, ou seja, incapaz de enfrentar a perda de objeto. Com essa negação da perda, perde-se a possibilidade de investimento em outros objetos e de assim realizar um desprendimento do passado,

abrindo possibilidades às relações futuras. O melancólico, em suma, fica preso numa relação narcísica com o objeto internalizado. Ocorre então uma negação da realidade exterior com o indivíduo se agarrando ao objeto por meio de uma psicose alucinatória de desejo.

Mas o que impede a elaboração dessa perda? Freud (1917/1996) supõe existir uma predisposição patológica na qual, em algumas pessoas, sob as mesmas circunstâncias de perda, surja a melancolia em lugar do luto. Além deste fator, considerando o narcisismo como processo fundamental à constituição do Eu - não sendo este dado à priori, mas, sim, fruto do desenvolvimento -, notabiliza-se a existência de um componente que alcança destaque na investigação dos processos subjacentes à constituição melancólica: a ferida narcísica vivida na tenra infância que, em última instância, vincula-se à vivência do desamparo no caso do melancólico.

Nesse contexto, segundo Barra, Mendes e Viana (2014), o ser-humano nasce desprovido das condições básicas para sua sobrevivência. Sendo, desta forma, imprescindível a presença de alguém que exerça a função materna para que o processo de desenvolvimento se constitua. Zonas erógenas e estágios psicosssexuais encontram-se no espectro das possibilidades de fixação. E assim, em face à erogeneização do corpo do bebê - devido aos primeiros contatos com a mãe -, o Eu torna-se lugar do pulsional, constituindo-se através do próprio desenvolvimento, a partir da relação com o outro.

Barra, Mendes e Viana (2014) apontam ainda que as causas da melancolia se encontram intrinsecamente relacionadas à questão do narcisismo, através do excesso de investimento no Eu, de uma forte fixação no objeto erótico e, sobretudo, de uma fixação da libido no estágio infantil do narcisismo:

ao se deparar com a perda, real ou ideal, o melancólico regride a um estágio anterior no seu desenvolvimento, no qual houve uma ferida narcísica, ficando paralisado, impossibilitado de realizar o luto, uma vez que há uma retração da libido de volta ao eu. O melancólico se identifica com o objeto perdido (p. 426).

Conforme salientam Barra, Mendes e Viana (2014), houve num momento pretérito duas possibilidades de escolha: (1) a escolha de objeto - pautada nas primeiras relações objetais -, pela qual o Eu torna-se sujeito de investimento e; (2) a escolha narcísica - baseada no modelo da relação do sujeito com sua própria pessoa e com sua própria imagem -, com o Eu tornando-se seu próprio objeto de investimento. Pode-se assim postular que na melancolia ocorre uma escolha narcísica através da operação de substituição do amor depositado no objeto pela identificação com o próprio objeto - tendo o Eu se constituído a partir do investimento amoroso em si próprio (Barra, Mendes & Viana, 2014).

É nesse tipo de identificação - numa espécie de confusão na qual o Eu trata a si mesmo como objeto - que se ancora o ponto-chave para a compreensão da destrutividade advinda da melancolia. Pois, com a regressão narcísica, o seguinte cenário se estabelece: o objeto mostra-se mais poderoso que o Eu, e o melancólico passa, assim, a ser atacado pelo extremo teor acusatório de seu próprio Supereu. Desta forma, o que se perde para o melancólico é o seu próprio Eu.

Em suma, podem ser pontuadas as seguintes características basais ao processo de constituição da melancolia: (1) a dificuldade na constituição do Eu, advinda da precariedade do estabelecimento do amparo fundamental na relação mãe-bebê; (2) a identificação com o objeto, e o investimento na própria imagem, através de uma escolha

de tipo objetal e; (3) a presença marcante da rígida e opressora autocrítica de um Supereu que se volta ferozmente contra o Eu.

3.3. A melancolia entre a perda do objeto primário e o complexo da mãe morta

Como pode ser visto através do desenvolvimento do presente capítulo, teoria e clínica psicanalíticas não se constituem como sistemas fechados. A complexidade dos fenômenos abordados e a amplitude do alcance exigem um estudo exaustivo, marcado pelo processo constante de assimilação de conteúdos e reformulação de conceitos, numa necessária e continuada atividade de renovação.

Nesse sentido de revigoração, segundo Figueiredo (2010), Green desenvolveu um amplo e profícuo diálogo entre as diferentes escolas psicanalíticas (Klein, Winnicott, Bion, Lacan e outros). Ele é o principal representante e mais importante porta-voz e promotor da chamada "era trans-escolar". Esta, sendo posterior à "era das escolas" - marcada por modelos excludentes, peremptórios e dogmáticos -, inaugurou avanços incontestáveis no tocante ao "atravessamento dos paradigmas" contidos na prática psicanalítica.

Mantendo-se fiel à nomenclatura freudiana, Green buscou a Klein, Winnicott, Bion e Lacan, não para superá-los ou distinguir um em detrimento aos demais, mas sim como forma de alicerçar sua perspectiva clínica e construção teórica. No que tange à articulação entre o pensamento de Green e a melancolia enquanto objeto central de estudo do presente trabalho, a exploração do conceito de *mãe morta* faz-se fundamental. Entendido como paradigma no que se refere às situações traumáticas primitivas e à

investigação das questões que permeiam o trabalho do luto - denotando sua importância para a compreensão das patologias narcísicas tão evidentes na clínica psicanalítica contemporânea -, o termo remete à constituição dos casos-limite e à importância do trabalho do negativo nos processos psíquicos nos quais predominam as situações traumáticas primitivas (Garcia, 2012).

Introduzida em 1980, a metáfora da mãe morta é utilizada para caracterizar:

uma imago que se constitui na psique da criança, em consequência de uma depressão materna, transformando brutalmente o objeto vivo, fonte da vitalidade da criança, em figura distante, átona, quase inanimada, (...) morta psiquicamente aos olhos da pequena criança de quem ela cuida (Green, 1988a, p. 239).

Em *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*, Kehl (2015) aponta que na etiologia do melancólico, portanto, encontra-se uma mãe absorta no luto, na própria melancolia ou em alguma outra espécie de sofrimento psíquico que não lhe possibilite regozijar-se ante à chegada do próprio filho. A mãe apresenta-se onipotente e é percebida como um ser absoluto, não pela via da satisfação fusional, mas, pelo contrário, por prescindir da criança.

Green (1988a), em *A Mãe Morta*, demarca não se tratar de uma morte real, mas de uma morte simbólica da mãe. Tratam-se dos efeitos de uma convergência que se dá entre uma mãe vazia e uma criança que, diante deste cenário, pode vir a se constituir melancolicamente. O autor ressalta o caráter nefasto de uma perda real para a criança, contudo, salienta que a perda em si pode não vir a ser o fato primordial nesta configuração. O que causará ou não a catástrofe psíquica será a relação anterior à perda, ou a significância atribuída pela criança à relação objetal anterior.

Kehl (2015) observa que:

[na melancolia] a falta de objeto não se inscreve ao longo do atravessamento do complexo de Édipo, e sim muito antes, na etapa primordial da constituição do sujeito dominada pela oralidade, pela ambivalência e pela indiferenciação entre o infans e a mãe. Assim sendo, o objeto perdido praticamente se confunde com o eu (sua 'sombra recobre o eu', escreve Freud), contra o qual o sujeito dirige seus insultos e sobre o qual o supereu, representante das moções de gozo anteriores ao atravessamento do complexo de Édipo, dirige seu sadismo (Kehl, 2015, p.196).

Green (1988a) parte de uma dupla proposição para enunciar suas concepções acerca da constituição psíquica. Para o autor, esse processo se funda com a perda do objeto primário, sendo este seguido pelo estabelecimento da posição depressiva, formando assim uma configuração que remete tanto a um acontecimento inelutável ocorrido durante o desenvolvimento quanto a novas possibilidades para a emergência de objetos substitutos. O desenvolvimento do pensamento greeniano tem como fonte principal o material clínico advindo de suas análises e, assim, esclarece:

há pacientes, qualquer que seja a estrutura que apresentem, que parecem sofrer da persistência, mais ou menos intermitente e mais ou menos invalidante, de traços depressivos que parecem ultrapassar a reação depressiva normal, aquela que atinge periodicamente cada um de nós (Green, 1988a, p. 241).

Green (1988a) busca explorar as relações entre esses dois pontos que postula serem marcos inaugurais do psiquismo: a perda do objeto e a posição depressiva. Nesse sentido, aponta que o lado sombrio seria um material psíquico secundário que, por sua vez, remete a uma perda ao nível do narcisismo. A angústia, noção situada no cerne da

problematização evocada pelo autor, compõe um bloco teórico que perscruta a chamada *clínica do vazio*, ou *clínica do negativo*.

Green (1988a) afirma que tanto a angústia quanto a alucinação, a psicose e o luto formam os possíveis desenlaces de um dos componentes do recalçamento primário: "um desenvolvimento massivo, radical e temporário que deixa marcas no inconsciente sob a forma de 'buracos psíquicos' que serão preenchidos por reinvestimentos, expressões da destrutividade assim liberada por este enfraquecimento do investimento libidinal erótico" (p. 244).

As manifestações lúgubres e coléricas, contiguas a essa dinâmica, são secundárias ao desinvestimento central do objeto primário. Assim, a própria técnica psicanalítica acaba sendo afetada, uma vez que a utilização da interpretação não se dá diante do núcleo primário no qual as cargas afetivas encontram-se entranhadas (Green, 1988a).

Nas demandas com conteúdo depressivo, por exemplo, não raramente é evidenciada uma problemática narcísica em primeiro plano. Apenas às questões narcísicas, encontram-se exigências sádicas do ideal do Eu - por vezes acompanhadas por injunções cruéis advindas do Supereu - num quadro que estorva a resolução de situações conflitivas, atrapalha a capacidade de amar e de se valorizar, ou mesmo de sentir-se satisfeito com as próprias realizações. Restando, desta forma, um cristalino sentimento caracterizado pela impotência (Green, 1988a).

Diante do material advindo da clínica, pensando sobre o complexo da mãe morta, Green (1988a) contrapõe a neurose de transferência àquela que forja como *depressão de transferência*. Esta se notabiliza tanto pela lassidão materna quanto pela supressão de seu interesse na criança, mas, sobretudo, pela repetição de uma depressão

infantil que não ocorre pela via de um objeto perdido ou abandonado: "o traço essencial desta depressão é que ela se dá na presença de um objeto, ele mesmo absorto num luto" (p.247).

Após vivenciar um período afortunado, a criança se vê submetida a uma perda repentina e catastrófica. O que de fato a afeta é sua relação com uma figura materna absorvida por um luto incessante ocasionado por perdas significativas. A depressão experienciada pela mãe envolve um desinvestimento feroz, numa supressão de interesses que é recebida pela criança como inexplicável. O traumatismo narcísico se constitui numa desilusão antecipada e, a partir daí, promove uma sensação de perda do amor materno, atingindo radicalmente a capacidade de compreensão e de atribuição de sentido pela criança, tendo em vista a ausência de quaisquer esclarecimentos que a referenciem sobre o que aconteceu (Green, 1988a).

Conforme salienta Green (1988a), considerando-se o centro do universo materno, a criança percebe essa decepção como resultante de suas pulsões para com o objeto. Esse fator será intensificado, sobretudo, se a vivência da mãe morta sobrevier a uma mesma conjuntura caracterizada pelo reconhecimento do terceiro na dinâmica edipiana, o pai: "o novo investimento será interpretado como o motivo do desinvestimento materno" (p. 248).

Como examina Kehl (2015), nessa etapa constitucional inaugural, a mãe apresenta-se como morta e não consegue conferir um lugar como objeto de satisfação ao seu filho. Falta ao sujeito a marca da experiência de ter sido o falo, o significante da falta. O futuro melancólico não foi, portanto, marcado por uma identificação fálica - fundamental, inclusive, na comparação com os depressivos, que ocupam o lugar de falo antes de perdê-lo, no segundo tempo do conflito edipiano (Kehl, 2015).

No tocante à relação edípica, Kehl (2015) lembra que a posição subjetiva advém de uma escolha, no sentido freudiano do termo, num momento no qual o pai imaginário se coloca como rival da criança. Diante desse espectro, a competição dá lugar ao recuo. A autora ressalta que, ao invés da disputa, a opção do sujeito é retirar-se da rivalidade fálica e manter-se, como figura inofensiva e indefesa, sob o resguardo materno. Esse aporte gera, contudo, como custo ao sujeito, o abatimento, a impotência e a inapetência frente às vicissitudes da vida.

Kehl (2015) assinala ainda que, no esforço para reverter os efeitos de uma perda já ocorrida - uma vez que o lugar do pai no desejo é enunciado pelo discurso da mãe -, o sujeito escolhe permanecer na condição de castrado. Isso não indica que a castração tenha sido simbolizada. Esse recuo se dá porque o risco de fracasso - ou mesmo a possibilidade de um segundo lugar - não é admitido nessa disputa. Entre o "tudo" e o "nada", o sujeito acomoda-se ao lado do nada (Kehl, 2015).

Garcia (2012) corrobora observando que com a percepção da perda do amor materno algumas reações são deflagradas, como agitação, insônia, terrores noturnos. Mas também é promovido um júbilo artificial como tentativa de revigoramento da mãe e restabelecimento das relações com ela. A autora salienta que esse movimento, se não constituído, percebido e respondido a tempo, acaba redundando no desdobramento de dois movimentos decisivos ulteriores: o desinvestimento do objeto materno e a identificação com a mãe morta.

Green (1988a) revela que "o desinvestimento, sobretudo afetivo, mas também representativo, constitui um assassinato psíquico do objeto, realizado sem ódio" (p. 249). A partir do desinvestimento objetual materno, Green alcança a noção edípica de triangulação precoce, já marcada pela presença da criança, de sua mãe e do objeto. Esse

triângulo extemporâneo advém da agressividade destrutiva não dirigida à mãe - poupada devido à sua vulnerabilidade -, e que incita a criança a encontrar no pai um culpado, um bode expiatório. Esse é o arranjo que faz ebulir uma triangulação precoce a partir das qualidades atribuídas ao objeto: "o objeto desconhecido do luto e o pai condensam-se então para a criança, criando um Édipo precoce" (Green, 1988a, p. 250).

Aos objetos - que não se postam nem totalmente circunscritos, nem plenamente excluídos - resta o limite periférico, deixando a mãe morta na centralidade do Eu. Essa configuração é marcada pela identificação primária com a mãe morta e com a transformação da identificação positiva em identificação negativa, ou seja: a identificação não se dá com o objeto, mas com aquele buraco que foi deixado pelo desinvestimento.

Assim, no que tange à identificação com a mãe morta, ser como tal se apresenta como forma exclusiva de aproximação e única saída satisfatória diante da inexequível possibilidade de tê-la como objeto de investimento. Todo esse cenário é constituído, desta forma, para dar conta de uma tripla finalidade: manter o Eu vivo; revigorar a mãe morta; e rivalizar com o objeto do luto na triangulação precoce (Green, 1988a).

Garcia (2012) aponta que, ulteriormente, como efeito da compulsão à repetição, circunstâncias amorosas suscitarão movimentos de desinvestimento ante a objetos avistados como pontos de desilusão e desapontamento. A autora ressalta que a mãe morta permanece, assim, expondo as inscrições traumáticas que perduram, bem como as ameaças incessantes de seu ressurgimento a cada novo investimento afetivo ocorrido ao longo da vida do sujeito. O que está em jogo no complexo é a relação com as perdas: do seio, do objeto e da aprovação do Supereu.

Em “Pulsão de morte, narcisismo negativo, função desobjetalizante”, Green (1988c) observa que a angústia relacionada a tais perdas é representada por sentimentos de vazio que remetem à situação originária de um desinvestimento radical pelo objeto primário materno. Esse desinvestimento, por sua vez, deixa como marcas principais os buracos psíquicos permeados pela agressividade. Desta forma, é esculpido um cenário psíquico no qual prepondera o desnovelamento pulsional com a liberação da função desobjetalizante da pulsão de morte.

Como revela Garcia (2012), para a composição de um espaço psíquico que tenha condições de acolher representações e dar lugar a novos investimentos faz-se necessário que a separação inicial com o objeto primário tenha se concretizado, e que o processo de luto também se dê de forma construtiva e não impeditiva. A autora salienta que o complexo da mãe morta trabalha, contudo, num sentido oposto a esse, afetando a perda do objeto primário e sua necessária permuta por objetos substitutos investidos de pulsão. Esse processo evidencia um trabalho do negativo que não se deu.

Paradigmas para o estudo das bases constitutivas, as relações entre a perda do objeto primário e o complexo da mãe morta revelam-se nas patologias narcísicas graves. Mas são também de irrefutável importância no entendimento dos quadros menos severos, que se presentificam em cenários clínicos cotidianos, seja diante dos pacientes atendidos, como das situações traumáticas primárias ou das subjetividades contemporâneas.

3.4. Rumo a uma clínica do vazio: o trabalho do negativo e sua relevância na constituição dos estados-limite

É de amplo conhecimento que o estudo da neurose foi fundamental para os primórdios da psicanálise. Contudo, esse foco inicial acabou limitando a capacidade de explorar e compreender outras importantes dimensões do psiquismo de maneira mais extensa. Quando introduz o conceito de *narcisismo*, Freud (1914/1996) reconhece essa limitação, indicando que, ao centrar as pesquisas psicanalíticas nos sintomas neuróticos, determinadas áreas de estudo deixaram de ser devidamente consideradas: “Em nossas pesquisas, tomando como se tomou, os sintomas neuróticos como ponto de partida, essa parte da localização da libido permaneceu necessariamente oculta para nós no início” (p. 83).

Em outras palavras, ao destacar a neurose como ponto central, outras dinâmicas psíquicas importantes não receberam a devida atenção. Isso sugere uma evolução no pensamento freudiano, reconhecendo a necessidade de expandir a teoria psicanalítica para além das manifestações neuróticas, a fim de obter uma compreensão mais abrangente do psiquismo humano.

Portanto, a introdução do narcisismo na teoria psicanalítica pode ser vista como uma evolução a fim de que limitações teóricas anteriores fossem superadas. Foi em circunstância da formulação desse conceito - com a ulterior clarificação da segunda tópica freudiana - que o desenvolvimento das estruturas clínicas pôde ser melhor compreendido. Nesse contexto, no que tange à melancolia, Freud (1924/1996) realiza uma indicação relevante que a diferencia tanto da neurose - associada a um posicionamento de proximidade com o Isso - quanto da psicose, enquanto ruptura com as exigências externas:

Podemos provisoriamente presumir que tem de haver também doenças que se baseiam em um conflito entre o ego e o superego. A análise nos dá o direito de

supor que a melancolia é um exemplo típico desse grupo, e reservaríamos o nome de "psiconeuroses narcísicas" para distúrbios desse tipo (p. 169).

Portanto, se a proximidade intensificada com o Supereu é uma marca da melancolia, o melancólico - e, por extensão, o Supereu - ocupa um espaço intermediário entre o Isso e o desligamento com a realidade externa. O sujeito melancólico exibe, assim, uma fragmentação do Eu menos acentuada em comparação com as defesas encontradas na psicose.

Nesse contexto, Freud (1924/1996) sugere uma escala de organização do Eu que aumenta em complexidade e coesão, começando pela psicose (onde há uma grande desintegração do Eu), passando pela psiconeurose narcísica (estágio intermediário de organização do Eu, que inclui a melancolia), até a psiconeurose de transferência (na qual há uma maior estabilidade do Eu e uma capacidade de estabelecer relações objetais mais saudáveis). O autor ilustra, então, uma progressão na estruturação do Eu, delineada da seguinte forma: psicose / psiconeurose narcísica / psiconeurose de transferência. Esse gradiente demonstra a posição freudiana sobre como diferentes estruturas psíquicas refletem também diferentes níveis de organização e integração do Eu.

O indivíduo melancólico ocupa uma posição no espectro dos distúrbios psíquicos, situando-se entre extremos - representados pela psicose e pela neurose. Nesse campo, a capacidade de simbolização refere-se à habilidade de um indivíduo para processar e atribuir significado às experiências internas e externas de forma simbólica, algo fundamental para a maneira como o psiquismo lida com conflitos e desejos inconscientes.

Esse posicionamento dos indivíduos melancólicos como estando entre a neurose e a psicose é crucial para entender a diversidade de transtornos mentais além dessas categorizações tradicionais. Isso abre caminho para uma compreensão mais matizada dos diferentes tipos de sujeitos no espectro psíquico, especialmente aqueles que não se encaixam perfeitamente nas definições existentes de neurose ou psicose.

Nesse ponto, Green (1990/2017a) destaca que, apesar de Freud não ter formalizado uma categoria específica para os casos-limite - entendidos hoje como casos que não se encaixam de maneira clara nas tradicionais categorias da neurose e da psicose -, ele já reconhecia a existência de uma zona de transição ou de fronteira entre as diferentes estruturas clínicas. Ou seja, Freud entendia que a realidade clínica era mais complexa e matizada do que as divisões categóricas poderiam sugerir: “Freud não criou, nem utilizou a *fortiori* a categoria dos casos-limite, mas ressaltou a oposição existente entre as necessidades de uma conceitualidade intelectual e a complexidade de uma realidade clínica” (Green, 1990/2017a, p. 104).

Essa realidade clínica é multifacetada e as tentativas de categorização, embora úteis para a compreensão teórica, não capturam plenamente a variabilidade e a singularidade das experiências humanas. Esse aspecto enfatiza a importância de uma abordagem mais flexível e aberta na psicanálise, capaz de reconhecer e trabalhar com a complexidade inerente ao psiquismo humano.

Freud estava ciente das limitações das categorias diagnósticas rígidas frente à diversidade e complexidade dos fenômenos psíquicos observados na prática clínica. Ele reconhecia a tensão existente entre a necessidade de conceitos claros e definidos para o entendimento teórico e a descrição intelectual, e a rica complexidade dos casos

individuais que não se adequavam perfeitamente a essas categorias (Green, 1990/2017a).

Green (1990/2017a) ressalta ainda que os casos-limite sempre estiveram presentes nas descrições da psicanálise clássica – embora sua determinação não tenha sido suficientemente bem-sucedida -, sendo *O Homem dos Lobos* (Freud, 1918/1996) o exemplo emblemático do impasse diagnóstico. Observa também que a centralidade do modelo neurótico resultou em uma lacuna no conhecimento freudiano relacionado ao sujeito não neurótico:

Não que Freud tenha silenciado sobre as estruturas não neuróticas - sua contribuição para a psicose, para a melancolia, está longe de ser negligenciável, mas é preciso admitir que suas elaborações sempre partem do centro que é a neurose (Green, 1990/2017a, p. 42).

Segundo Candi (2010), Green dedicou-se a forjar construtos metapsicológicos que viabilizassem o incremento do método psicanalítico a pacientes que não conseguiriam suportar a característica rigidez da abstinência e do silêncio que evidenciam o enquadre psicanalítico padrão e que estariam, assim, no limite do analisável. Candi (2010) aponta, em *O duplo limite: o aparelho psíquico de André Green*: "a categoria limite - casos-limite, estados-limite, pacientes-limite, situações-limite - (...) permitiu a Green explorar e ampliar o movimento constitutivo da obra freudiana, alargando conseqüentemente o poder de ação da terapia psicanalítica" (p.198). Sendo um dos inusitados termos não pertencentes nem ao léxico tradicional da psiquiatria e nem à terminologia freudiana, o limite não se constitui como uma linha, mas sim como um amplo território, diante do qual nenhuma divisão precisa consegue apartar a loucura da não loucura.

Uma análise breve da literatura psicanalítica sobre a clínica das patologias limítrofes revela que o interesse por essas novas patologias, em conformidade com a tradição estabelecida por Freud, originou-se principalmente de desafios surgidos na prática clínica. Mesmo que, posteriormente, tenham se desdobrado em construções teóricas complexas e diversas. Desta forma, questões emergiram inicialmente na relação analítica, especialmente relacionadas aos ataques ao enquadre (Green, 1975, 1982), às defesas rígidas e resistentes, bem como às respostas contratransferenciais incomuns e intensas.

A noção de limite, por sinal, conforme ressalta Candi (2010), é uma das quais Green mais detidamente devotou atenção. Para a autora, o termo alude à concepção de fechamento/conclusão, mas suscita também a necessidade de transposição: estabelecer fronteiras para então extrapolá-las, não tangenciar ou obturar o campo psicanalítico a um pensamento hermético, peremptório, dogmático e unívoco, utilizando uma maior variabilidade de modelos que ampliam as possibilidades de interlocução entre si. Esses são desafios que se antepõem à perspectiva greeniana para uma psicanálise contemporânea.

Ainda que os estudos de Green (1994) contemplem amplamente o narcisismo, os estados-limite e o trabalho do negativo enquanto objetos principais de teorização, é possível, contudo, verificar a convergência do pensamento greeniano no tocante à questão da estruturação dos estados-limite. A noção de estado-limite remete ao entendimento greeniano sobre o locus principal que é ocupado pelo objeto no processo de constituição psíquica. E é nesse sentido que se destacam elementos fundamentais, como as vicissitudes do objeto, o estabelecimento dos limites intra e intersubjetivos e o trabalho do negativo. Entrelaçando-se entre si, esses pontos adquirem um formato

peculiar, no qual o trabalho do negativo alcança um ponto de primazia: o negativo resplandece sua relevância na constituição dos estados-limite.

Tracejado em 1975, e postulado conceitualmente a partir de 1993 – portanto, em momento anterior às questões que tangenciam o estado-limite -, o trabalho do negativo mostra-se, num primeiro momento, em sentido oposto e conflituoso em relação ao que porventura se nomeie positivo. Já numa segunda compreensão, essa relação passa a ser vista como simétrica e complementar. E, numa situação conseguinte, e de maior relevância à psicanálise, diz respeito a um conteúdo recalçado, representado por um tipo de ausência, o vazio. Esta última concepção do negativo, no entanto, ainda se desdobra em direção ao entendimento da ordem daquele algo que jamais aconteceu - a ausência de qualquer registro.

Para a psicanálise, a expressão *trabalho do negativo* conjuga variadas possibilidades de articulação que envolvem, especialmente, manifestações como o recalque, a forclusão, a negação e a alucinação negativa. Verifica-se, contudo, que o último destes demonstra ter sido o mais amplamente utilizado por Green (1988,1995a) no afã de desenvolver o sentido de negativo enquanto um tipo de ausência latente que persiste.

A partir de 1975 os estados-limite ficaram em evidência no pensamento greeniano, e a compreensão das experiências que se dão entre o analista e seus pacientes limítrofes alcançaram desenvolvimentos teóricos relevantes. Nesse sentido, a mobilização interna desses pacientes pode vir a se tornar um importante instrumento de simbolização. De forma ambivalente, esses mesmos movimentos internos apontam ainda para dificuldades no campo representacional, que se constituem com o desenlace entre falta e excesso do objeto no espaço psíquico – campo no qual a melancolia se vê circunscrita (Green, 1975).

Assim, mostra-se uma configuração composta pelo objeto inacessível que, em associação a uma presença maciça do objeto intrusivo, incita a impossibilidade representacional. O paciente se apresenta, desta forma, em uma relação ambígua de acesso ao prazer contaminado pela agressividade. Nessa relação são evidenciadas dinâmicas de vinculação e/ou disjunção, numa articulação que é também caracterizada pela alternância entre libido e destrutividade. Esses pacientes realizam movimentos psíquicos em direção à exclusão e à expulsão de elementos somáticos ou, ainda, ao desinvestimento libidinal que se apresenta sob a forma de uma depressão primária (Green, 1975).

Os estados-limite são, desta forma, marcados por intensas angústias de intrusão e de separação, as quais evidenciam o caráter regressivo – principalmente em termos do temor a uma ameaça de fusão – e a fragilidade de limites dos pacientes. As posições defensivas ante à fusão aparecem com a relação transferencial, e remetem ao que seria posteriormente teorizado como trabalho do negativo. Este, por sua vez, reivindica uma alucinação negativa do objeto-mãe enquanto possibilidade de constituição de um espaço interno neutro - ainda que possa ser parcialmente preenchido por relações objetais, ou como vazio radical e aniquilador, peculiar ao funcionamento limítrofe (Garcia, 2007).

Ainda que, no início da década de 70, Green não vinculasse propriamente - e de forma expressa - a amplitude dos estados-limite ao trabalho do negativo, ele já reconhecia a manifestação de elementos negativizantes nos conteúdos psíquicos. O fracasso do trabalho do negativo se constituiria, posteriormente, basilar à clínica dos limites - e na construção do espaço psíquico.

Em 1977, Green publica “O conceito de borderline”, peça de natureza clínica que demarca a passagem para o artigo “O duplo limite”, de 1982. Neste trabalho,

desenvolvido com base na constatação do vazio afetivo que prevalece nas sessões de análise e na intensa contratransferência do analista, o autor reitera a ideia de que a incapacidade de pensar, presente nos pacientes limítrofes, pode ser deduzida a partir da contratransferência provocada por eles (Garcia, 2007).

Realmente, durante essas análises, mostra-se importante que o analista empregue sua habilidade vinculativa no afã de compensar as deficiências representacionais apresentadas pelos pacientes, e assim viabilizar a expressão daquilo que eles são incapazes de representar. A questão central continua sendo a incapacidade de pensar - uma característica intrínseca a esses pacientes. Contudo, enquanto no texto anterior essa dificuldade é compreendida principalmente em relação às complexidades do objeto, neste trabalho é realizada uma interpolação a partir da qual a sobejidão ou a ausência radical do objeto provocam, inicialmente, uma divisão que se mostra responsável pelo comprometimento do pensamento (Garcia, 2007).

Em 1975, a cisão já havia sido citada como uma das estratégias defensivas adotadas pelos pacientes diante da ameaça de fusão regressiva. Neste contexto, entretanto, tanto a depressão primária quanto a cisão são reconhecidas como os dois mecanismos fundamentais que conduzem a atividade psíquica dos pacientes limítrofes. Ambos surgem como consequência do insucesso na relação com o objeto, seja pela sua ausência ou excessiva presença (Garcia, 2007).

Caracterizada por operar em dimensões distintas (tanto no limite interno/externo quanto entre núcleos egóicos), essa cisão radical desempenha um papel central na formação dos estados limite, e resulta na exclusão somática e na expulsão por meio da ação. Portanto, nos casos limítrofes, a cisão que ocorre intrapsiquicamente converge o espaço psíquico em um território ocupado por fragmentos egóicos que se

assemelham a conjuntos separados por vazios, o que obstrui a estruturação das representações - quadro observável no cenário melancólico (Green, 1975, 1990).

Embora em 1977 a questão do *negativo* não tenha sido devidamente explorada, sua presença já se fazia evidenciar na ênfase então atribuída à depressão primária. Esta última mostra-se como um desinvestimento pulsional radical que aponta em direção ao vazio - diferenciando-se assim da depressão secundária e reparadora, proposta por Klein. Nessas circunstâncias, algumas reações contratransferenciais são comuns à clínica dos casos limítrofes e, de forma específica, à melancolia (Garcia, 2007; Green, 1975).

Diferentemente do que ocorreu nos textos posteriores, o trabalho do negativo era abordado apenas pelo viés de seus efeitos patológicos, e não estava inicialmente no centro das questões levantadas por Green. A cisão típica dos estados limítrofes - que se diferencia tanto da cisão na perversão e na psicose, quanto na depressão primária - é uma manifestação radical do negativo e, utilizando termos winnicottianos, representa uma resposta ao ambiente suficientemente bom. Demarcar a incidência da cisão e suas consequências resulta, inevitavelmente, na consideração dos limites e de sua centralidade na constituição do espaço psíquico, o que é a questão central do texto “O duplo limite” (Green, 1982).

A experiência analítica com os estados limites evidencia a necessidade de desenvolver uma abordagem clínica e uma teoria do pensamento. Estas devem se apoiar em elementos organizadores essenciais, tais como: a fragilidade constante do limite interno/externo nesses contextos; a função representacional, foco principal da abordagem analítica, viabilizada pelo enquadramento analítico; a interconexão e suas relações com o desligamento, que possibilitam as representações e cuja transformação constitui o cerne de uma análise; e, por último, a abstração, que representa a faceta mais

específica do pensamento, exigindo, em sua gênese, o manejo do negativo (Green, 1982).

Revisitando conjecturas anteriores acerca da inacessibilidade do bom objeto idealizado e da constante presença do objeto intrusivo, Green (1982) opta por focar sua análise na problemática dos limites, cuja preservação se revela como uma questão fundamental na dinâmica dos casos limítrofes. Ele estabelece conexões entre essas hipóteses e o processo de formação dos limites nesses pacientes. Especialmente nos pacientes limítrofes, a preocupação em manter uma identidade constantemente frágil e ameaçada pelas angústias de intrusão e separação ocupa posição central nas relações de objeto.

De fato, a preservação dos limites psíquicos revela-se ainda mais vital do que a busca pelo investimento narcísico e a gratificação pulsional. Isso sugere que a prioridade está na defesa contra o objeto intrusivo e na garantia da continuidade sempre frágil das fronteiras psíquicas, relegando o impulso desejante a uma posição secundária.

Assim, a luta pela preservação do território egóico domina o cenário analítico, evidenciando a fragilidade dos limites interno/externo que se manifesta também internamente, por meio da natureza beligerante das vicissitudes objetais que predominam no mundo interno, obstruindo o pensamento. Desta forma, a relevância do objeto nessas circunstâncias é, portanto, absolutamente crucial, evidenciando a importância de manter a autonomia do Eu diante do objeto (Green, 1982).

Efetivamente, a completa ausência do objeto idealizado, por um lado, e a constante presença do objeto intrusivo, por outro, geram uma intensa pugnacidade interna que, de forma paradoxal, também atua como fundamento identitário na ausência de limites claramente definidos. Assim, assegurando uma certa coerência do Eu, essa

beligerância salvaguarda o sujeito contra a ameaça tanto da fusão regressiva quanto da dissolução psíquica (Green, 1982; Garcia, 2007).

Caracterizando um processo incipiente do trabalho do negativo, em *A Negativa*, Freud (1925/1996) aborda a formação das primeiras fronteiras entre o Eu-Outro, originados do juízo de atribuição, que se consolidam por meio da expulsão dos elementos desprazerosos para o mundo externo. Contudo, antes da instauração do juízo de existência, o sujeito confronta-se com o que foi expulso e agora retorna. E é nesse momento que se estabelecem os limites intrapsíquicos por meio da ação do recalçamento sobre o que retorna ao psíquico (Green, 1982).

Esse ato inaugural no psiquismo tem implicações de grande relevância, uma vez que resulta na divisão do sujeito entre consciente e inconsciente. O recalçamento desempenha um papel fundamental, permitindo o adiamento da satisfação, assegurando uma sensação de continuidade, viabilizando a realização alucinatória do desejo e possibilitando a construção das primeiras representações ainda que temporárias (Garcia, 2007; Green, 1982).

Entre a elaboração dessas primeiras representações e sua conexão no formato de pensamento, é essencial introduzir uma outra faceta do negativo, manifestada pela alucinação negativa da representação do objeto, como o seio ou a mãe, sendo imprescindível para a vinculação das representações e a formação do pensamento (Green, 1982). Somente nesse ponto, o sujeito adquire acesso à linguagem, na qual o trabalho do negativo é simbolizado pelo símbolo da negação apontado por Freud (1925/1996).

Desta forma, tanto os limites intrapsíquicos quanto as fronteiras dentro/fora são estabelecidos a partir do impacto do trabalho do negativo em suas variadas expressões - expulsão, recalque, alucinação negativa e negação. E é a partir do ponto de

interseção desse duplo limite que emerge o pensamento enquanto um processo terciário que media a interação entre interno/externo, facilitando a comunicação entre os processos primário e secundário (Green, 1990).

Contudo, em se tratando de pacientes limítrofes, a evolução psíquica expõe deficiências na execução dessas fases. A cisão substitui o recalçamento, e a expulsão inicial resulta em uma lacuna que não é incorporada à sequência de pensamentos. Assim, constantemente ameaçado pela possível invasão do objeto intrusivo ou pelas pulsões precariamente representadas, esse vazio interno avassalador manifesta-se clinicamente como um sentimento específico de morte psíquica - evidenciada por lapsos de memória ou sensações de mente vazia, frequentes nesses pacientes (Garcia, 2007).

Além disso, a incapacidade desses pacientes em realizar a alucinação negativa da representação do objeto mãe decorre da ausência de um bom objeto interno, segundo a perspectiva de Winnicott (1975). A representação não negativamente alucinada do objeto persiste, ocupando o espaço psíquico e impedindo o acesso à linguagem simbólica - nos quais, mais uma vez, o trabalho do negativo entra em ação, agora na forma da negação (Freud, 1925/1996). E, nesse contexto, a clínica dos limites se caracteriza pela ausência da ação necessária do negativo. Assim, são as manifestações extremas do negativo que se tornam evidentes - não mais como estruturantes, mas como patológicas.

Nesse sentido, a partir de uma análise contundente àquilo que considera uma abordagem ingênua e excessivamente empírica da teoria das relações objetais, Green (1988/1995a) argumenta que é impossível contemplar o objeto na psicanálise sem considerar o papel crucial do trabalho do negativo. Mesmo sem fazer menção direta aos pacientes limítrofes, o autor aborda o que denomina "clínica do vazio," caracterizada pelo efeito combinado do desinvestimento, da destrutividade, da fusão com o objeto e

da identificação com o objeto destruído pela separação – situação na qual a melancolia se vê inserida.

Portanto, além de possibilitar o surgimento de diversos objetos substitutivos, suscitando sentimentos de atração e repulsa, o trabalho do negativo desempenha um papel fundamental ao permitir que o objeto estimule e contenha adequadamente a pulsão. Ao explorar de forma abrangente as barreiras na formação psíquica dos pacientes, Green (1988/1995a) enfatiza a imperiosa necessidade de apagar o objeto absolutamente necessário - termo utilizado para referenciar a mãe como objeto primário - a fim de que o espaço psíquico possa ser construído de maneira que propicie a jornada do desejo e a atividade do pensamento.

Entretanto, a função principal desse objeto que se deixa apagar é, conforme salientam Figueiredo e Cintra (2004), a criação de um vazio estruturante. Em outras palavras, uma presença ausente que viabiliza o acesso ao desejo e proporciona a vivência da separação, evocando assim o terceiro significado do termo negativo ao qual Green (1993/1995b) faz referência. Desta forma, mesmo sua presença não sendo mais evidente, o objeto persiste como um componente da estrutura psíquica.

Quando o objeto não se revela como insuficiente e/ou falível - mantendo sua natureza de absoluto, e recusando-se a ser apagado -, a capacidade de contenção e suavização da pulsão é anulada, tornando-a ainda mais insuportável. Nesse cenário, ocorre uma deturpação de sua função primordial, levando à fusão do objeto com a pulsão.

O excesso de presença do objeto provoca expressões pulsionais que escapam à representação, como a passagem ao ato, a dependência química e as manifestações psicossomáticas. Esses fenômenos são observados na clínica dos limites, na qual a

onipresença do objeto, em última instância, resulta na incapacidade de realizar o processo de pensamento (Garcia, 2007).

O capítulo que aqui se encerra buscou fornecer os fundamentos em torno de uma contextualização contemporânea da melancolia. Para tanto, utilizou-se da posição de Freud e Green - presentes em seus respectivos escritos, *Luto e Melancolia* (1917) e *A Mãe Morta* (1988a) -, e, ainda, de elementos cruciais à caracterização da melancolia, tais como a perda do objeto, a noção de um desamparo primordial, o trabalho do negativo e a clínica do vazio.

Frente ao conteúdo até então desenvolvido, parte-se para a forma de escuta da melancolia no CAPS. Divido em três partes, o capítulo que se segue abordará as características clínicas e os elementos para uma clínica orientada sob a égide do convívio, bem como os aspectos que envolvem sua articulação em torno do trabalho com grupos, de forma específica com grupos de fala.

Capítulo IV - A escuta da melancolia no CAPS

Passados os capítulos anteriores, os quais se dedicaram à caracterização e contextualização tanto do CAPS quanto da melancolia, através de uma perspectiva que coaduna aspectos históricos e contemporâneos, o presente momento tem como objetivo a coalescência dos temas já abordados, e propõe assim a problematização de elementos que constituem a escuta da melancolia no CAPS. Portanto, segmentado em três partes, este capítulo derradeiro busca examinar os aspectos clínicos e os princípios subjacentes a uma abordagem fundamentada na ideia de convívio. Além disso, são analisados os elementos relacionados à implementação dessa abordagem por meio de intervenções grupais, com ênfase nos grupos de fala, a fim de elucidar a complexidade e a amplitude dessa articulação em relação à melancolia.

4.1. Que clínica pode ser feita?

Conforme delineado por Vilhena (2002), no processo de adoecimento, o imaginário social desempenha um papel crucial ao apresentar ao indivíduo as representações de loucura e sofrimento que são consideradas válidas ou legítimas na cultura vigente. Nesse contexto, o discurso institucional desempenha um papel significativo, contribuindo para a reprodução e o fortalecimento do sintoma social em curso.

A sociedade limita-se muitas vezes a atribuir ao indivíduo em situação de vulnerabilidade apenas necessidades, negligenciando o reconhecimento deles enquanto

sujeitos desejantes. Essa perspectiva redutiva do sofrimento psíquico não apenas estigmatiza, mas também diminui o sujeito único e singular, transformando-o em mero número nas estatísticas dos excluídos. Além disso, desconsidera a subjetividade e a singularidade dos indivíduos em sofrimento, contribuindo para a perpetuação de estigmas sociais e reforçando a marginalização daqueles que enfrentam desafios relacionados à saúde mental (Vilhena, 2002).

A compreensão do impacto do imaginário social e do discurso institucional torna-se crucial para a promoção de uma abordagem mais humanizada, que reconheça a complexidade do sujeito e busque superar estigmas que perpetuam a exclusão social. No decorrer desse processo, conforme aponta Vilhena (2002), os indivíduos frequentemente se deparam com a constatação de que, do ponto de vista psicanalítico, suas questões individuais se sobrepõem à mera rotulação diagnóstica que possam apresentar.

A perspectiva psicanalítica ressalta a importância de transcender o rótulo diagnóstico e focalizar a singularidade do sujeito. Ao iniciar o tratamento, é comum que os usuários estejam inicialmente centrados na doença e em suas características específicas. Ao longo do processo terapêutico, no entanto, a abordagem psicanalítica busca conduzir esses indivíduos a expressarem mais abertamente questões relacionadas aos seus vínculos afetivos, conflitos existenciais e outras dificuldades enfrentadas, independentemente de sua condição de saúde mental (Vilhena, 2002).

No âmbito do trabalho psicanalítico, centrado na exploração do inconsciente, como ressalta Vilhena (2002), destaca-se a prática fundamental da escuta da verdade do sujeito, conforme preconizado pelos princípios da psicanálise. Enfatiza-se aí a importância de que o sujeito, ainda que inicialmente não compreenda ou aceite completamente sua própria verdade, tenha espaço para se expressar.

Desta forma, mostra-se fundamental compreender o sujeito para além da sua patologia, reconhecendo a complexidade e a singularidade de cada história. O tratamento psicanalítico oferece um espaço para a exploração mais profunda das questões subjetivas, permitindo que os usuários se apropriem de suas narrativas e busquem uma compreensão mais ampla de si mesmos, para além do diagnóstico que possam carregar (Vilhena, 2002).

Nesse contexto, a psicanálise se utiliza de mecanismos específicos, como a expressão verbal, a transferência e a capacidade de elaboração simbólica. A expressão verbal permite que o sujeito dê voz às suas experiências, enquanto a transferência envolve a projeção de sentimentos e relações passadas no presente. Já a capacidade de elaboração simbólica refere-se à habilidade de atribuir significados simbólicos a pensamentos e sentimentos, facilitando a compreensão do inconsciente (Vilhena, 2002).

Contudo, essa abordagem terapêutica só se concretiza na medida em que o sujeito encontra um espaço seguro e acolhedor para dirigir suas palavras, compartilhar suas dores e expressar seus desejos. O terapeuta, ao se tornar esse interlocutor receptivo, desempenha um papel crucial no processo, proporcionando as condições necessárias para a exploração e compreensão do universo psíquico do sujeito (Vilhena, 2002).

No CAPS, conforme esclarece Costa (2006), observa-se uma prevalência significativa de transtornos psíquicos severos. Esses transtornos abarcam uma gama de experiências vivenciadas pelos usuários, que enfrentam angústias excessivas e desorganizadoras, além de afetos intensos e desestabilizadores. Essa complexidade de sintomas compromete o funcionamento dos indivíduos em diversos domínios, incluindo o âmbito individual, familiar, institucional e social.

A categorização dos transtornos psíquicos severos, apontada por Costa (2006), engloba uma variedade de fenômenos existenciais, abrangendo a clínica de casos limítrofes, depressões graves e psicoses. É a interdisciplinaridade presente no CAPS que oferece o suporte e tratamento adequados para lidar com essa casuística desafiadora e multifacetada. Demandando uma atenção especializada e uma compreensão aprofundada da complexidade desses quadros clínicos, esse tipo amplo de abordagem reflete a diversidade e a intensidade dos desafios enfrentados pelos usuários.

Na prática clínica institucional, é comum identificar a presença das estruturas neurótica e psicótica. Essas duas categorias representam distintas formas de manifestação dos transtornos psíquicos. A neurose caracteriza-se pela existência de um desacordo entre o sujeito e suas próprias inclinações. Esse desajuste interno pode gerar uma gama de sintomas e conflitos, revelando as complexidades inerentes à dinâmica do sujeito neurótico (Costa, 2006).

Por outro lado, na psicose ocorre a destruição, total ou parcial, do Eu enquanto entidade capaz de gerir o funcionamento experiencial. A psicose representa um estágio no qual há uma perda significativa do contato com a realidade e comprometimentos cruciais em relação ao sentir e ao existir. Evidenciam-se aí problemáticas relacionadas à cisão do Eu, prejuízos extremos no âmbito do sentir, além das agonias mais primitivas e intrusões ambientais (Costa, 2006).

A prática clínica, conforme ressalta Costa (2006), deve ser pautada por essa diferenciação para evitar equívocos significativos na relação com os indivíduos. No entanto, a realidade dos atendimentos no CAPS apresenta uma dinâmica peculiar, na qual profissionais acompanham simultaneamente usuários com diversas estruturas, especialmente nos grupos terapêuticos. Essa abordagem multifacetada reflete a

complexidade da clientela atendida, que pode apresentar uma diversidade de manifestações clínicas.

De acordo com Enriquez (1991), os usuários das instituições de tratamento em saúde mental se caracterizam como indivíduos que enfrentam excessos, sendo confrontados com o arbitrário ao invés de uma lei estruturante. O que muitas vezes se estabelece é precisamente uma falta de esperança, associada a um aumento nas angústias relacionadas à morte, manifestadas por sentimento de vazio e desmoronamento.

Esses indivíduos são descritos por como pessoas fragmentadas, atravessadas pela pulsão de morte. A pulsão de morte, conceito central na psicanálise, impulsiona esses usuários a um estado de intensa angústia e desespero. Além disso, eles carregam consigo um sentimento de ódio direcionado tanto a si mesmos quanto aos outros (Enriquez, 1991).

O cenário delineado por Enriquez (1991) sugere um ambiente psicossocial complexo, no qual os pacientes lidam não apenas com seus desafios internos, mas também com as dinâmicas adversas presentes nas instituições de saúde mental. E a compreensão dessas condições mostra-se fundamental para uma abordagem terapêutica eficaz e compassiva, reconhecendo a complexidade das experiências e dos sofrimentos enfrentados por esses indivíduos.

Nesse sentido, conforme apontam Leal e Delgado (2007), o CAPS foi concebido como uma abordagem terapêutica, sendo moldado especialmente para essa finalidade. Seus objetivos centrais incluem a reabilitação e socialização dos usuários, e suas metas, em parte, têm sido alcançadas ao longo do tempo. A prática de acolhimento e a ampliação dos espaços de interação e fortalecimento de vínculos também têm

desempenhado um papel crucial. Um outro aspecto notável nesse processo é a colaboração ativa dos próprios usuários, que contribuem para a configuração do CAPS, garantindo uma perspectiva mais inclusiva e participativa.

Através da promoção de práticas como o acolhimento e a criação de espaços de convívio e interação, o CAPS proporciona um ambiente propício para a expressão e compreensão do sofrimento psíquico. Ele tem se consolidado como um local dedicado a oferecer amparo e sentido ao sofrimento, além de criar formas inovadoras de lidar com as angústias e vivências dos usuários (Leal & Delgado, 2007).

Transformando-se em um espaço que oferece suporte fundamental para a elaboração de experiências intensas, atualmente o CAPS vai além de ser meramente um local de tratamento. Seu formato de trabalho, progressivo e integrativo, promove modos de transformação e contribui para a construção de caminhos mais saudáveis e significativos para os usuários (Leal & Delgado, 2007).

Entretanto, ao analisar seu funcionamento, percebe-se uma tendência em apagar a incômoda singularidade do *pathos*. Essa inclinação para suprimir a singularidade está relacionada ao fato de que, junto com essa singularidade, surge inevitavelmente uma falta a ser significada. Lidar com essa ausência nunca é uma tarefa simples, especialmente quando se manifesta de maneiras peculiares, como é comum na experiência da loucura, envolvendo crises, delírios, agressividade e outras expressões que destoam das expectativas sociais de convivência (Alberti & Figueiredo, 2006).

A complexidade em lidar com a singularidade do sofrimento psíquico no contexto do CAPS, conforme observam Alberti e Figueiredo (2006), reflete desafios intrínsecos à compreensão do sofrimento e da loucura, que muitas vezes se manifesta de maneira desafiadora e disruptiva em relação às normas sociais. A necessidade de

significar a falta, a ausência de sentido, é uma demanda constante, destacando a importância de abordagens sensíveis e individualizadas no âmbito do cuidado psicossocial. O reconhecimento e a aceitação da singularidade de cada experiência são cruciais para o estabelecimento de um ambiente terapêutico eficaz e para o atendimento adequado das necessidades dos usuários do CAPS.

Nesse sentido, de acordo com Garcia (2007), o campo da produção psicanalítica contemporânea tem experimentado um notável aumento no número de publicações que abordam o que - embora haja críticas associadas à expressão - é comumente denominado "novas patologias". Esse fator evidencia o interesse marcante da comunidade psicanalítica em discutir questões relacionadas à prática da psicanálise na contemporaneidade. O interesse se reflete também na pesquisa de casos clínicos que se distanciam do modelo clássico da neurose, sinalizando uma evolução e adaptação da psicanálise diante das complexidades do mundo contemporâneo.

A abordagem dessas novas patologias demonstra uma necessidade de compreender e integrar fenômenos psíquicos que talvez não encontrem uma correspondência direta nos quadros clínicos tradicionalmente delineados pela psicanálise. Esse movimento de ampliação do escopo da psicanálise destaca a relevância de se adaptar a essa disciplina, a fim de melhor compreender e abordar as complexidades do sofrimento psíquico na sociedade atual. O diálogo contínuo sobre essas novas perspectivas e desafios clínicos contribui para o enriquecimento e a evolução da teoria e prática psicanalítica (Garcia, 2007).

Garcia (2007) aponta ainda que, embora não se possa afirmar de forma categórica que se trata de um novo tipo de sujeito, as atuais manifestações subjetivas revelam aspectos até então pouco evidentes. Essa perspectiva indica um distanciamento

maior da concepção de perversão, conforme definida por Freud (1905/1996) como *o negativo da neurose*, e, por outro lado, uma maior aproximação da psicose. Para a autora, a relação com o outro e a fragilidade da estrutura do Eu emergem como elementos fundamentais. E esse aspecto crucial justifica a adoção do termo "limítrofe" para descrever as novas configurações psíquicas que se apresentam na contemporaneidade.

A caracterização desses sujeitos limítrofes sugere ainda uma complexidade que transcende as categorias tradicionais da psicanálise, desafiando a compreensão convencional das estruturas psíquicas. Essa noção encontra-se mais próxima da psicose - associada à fragilidade do Eu e à peculiaridade na relação com o outro – e intensifica a necessidade de ampliação dos conceitos psicanalíticos para abranger as nuances das manifestações subjetivas contemporâneas. A discussão dessas novas configurações psíquicas contribui para a evolução da teoria psicanalítica, possibilitando uma compreensão mais abrangente e atualizada do panorama subjetivo na contemporaneidade (Garcia, 2007).

Nesse cenário, observa-se o reconhecimento da eficácia do trabalho clínico em saúde mental no ambiente ambulatorial, ressaltando sua contribuição para alterações no posicionamento subjetivo diante do sofrimento psíquico. Essa constatação reforça a importância desse tipo de intervenção como uma ferramenta valiosa dentro da rede de atenção psicossocial. Contudo, surge a indagação: qual é o impacto clínico efetivo das ações realizadas no CAPS? Pode-se, de fato, falar em transformação subjetiva?

O trabalho realizado no ambiente do CAPS não se restringe à remissão de sintomas, mas aspira a uma mudança mais profunda na subjetividade dos usuários. Portanto, a resposta à indagação acima demanda uma análise cuidadosa dos resultados

obtidos nas práticas do CAPS. É imperativo considerar não apenas indicadores quantitativos, como a redução de sintomas ou frequência de crises, mas também as transformações observadas nos usuários.

A transformação subjetiva implica uma reconfiguração das vivências psíquicas, uma resignificação do sentido atribuído ao sofrimento e uma reconstrução das relações consigo mesmo e com o entorno social. Para avaliar esse impacto, é necessário considerar não apenas o momento presente, mas também a trajetória do sujeito ao longo do acompanhamento no CAPS. A escuta qualificada, a oferta de suporte emocional e a promoção da autonomia são elementos fundamentais nesse processo.

Assim, ao abordar o impacto das ações realizadas no CAPS, é crucial adotar uma perspectiva abrangente, que contemple não apenas aspectos sintomáticos, mas também as transformações subjetivas que evidenciem a efetividade do trabalho em saúde mental no ambiente ambulatorial. De acordo com Damous e Erlich (2017), mesmo considerando os efeitos terapêuticos observados no CAPS, é preciso cautela ao afirmar como se dá a prática nesse contexto. A ênfase encontra-se voltada à reinserção social, não sendo seu foco a condução de uma prática clínica tradicional. Indo além das questões sociais de exclusão, o transtorno mental não é apenas uma condição individual, mas também uma posição discursiva e estrutural.

Nessa perspectiva, tratar usuários não se limita simplesmente à inclusão social e ao resgate da cidadania perdida. A compreensão das idiossincrasias em saúde mental vai além de meras considerações sobre os efeitos da exclusão social. A atuação do CAPS se destaca não apenas por tratar sintomas, mas por promover a reinserção social considerando a complexidade da subjetividade dos usuários, respeitando a

autonomia e a singularidade de cada indivíduo dentro do contexto. Isso implica uma prática que vai além dos limites da prática clínica convencional, centrada na compreensão do sujeito em sua totalidade. Ela demanda atenção às dimensões sociais, subjetivas e culturais envolvidas na vivência do transtorno mental e destaca-se pela compreensão mais ampla e sensível das singularidades presentes (Amancio, 2012).

Segundo Amancio (2012) e Damous e Erlich (2017), a compreensão da clínica no contexto do CAPS requer uma análise cuidadosa do envolvimento ativo do sujeito no processo terapêutico. A questão central é se o que ocorre no CAPS pode ser genuinamente considerado uma prática clínica ou se seria mais apropriado caracterizá-lo como um promotor de cuidado ao invés de um tratamento propriamente dito.

A essência da clínica, conforme proposto, reside na participação ativa tanto do usuário quanto do profissional no processo terapêutico. Quando há um envolvimento profundo e uma responsabilidade compartilhada nesse encontro, pode-se afirmar que uma verdadeira prática clínica está em andamento. No entanto, na ausência desse comprometimento mútuo, a clínica deixa de se estabelecer (Amancio, 2012; Damous & Erlich, 2017).

A abordagem terapêutica em um CAPS deve priorizar a acolhida da escuta do sujeito, destacando-se como uma distinção fundamental em relação a outras abordagens. Embasada na psicanálise, essa perspectiva ressalta a importância de considerar a dimensão clínica, mesmo nas questões burocráticas, diferenciando-se de abordagens que não priorizam a singularidade do sujeito (Amancio, 2012; Damous & Erlich, 2017).

A contribuição da psicanálise para os desafios enfrentados pela Reforma Psiquiátrica está intrinsecamente ligada à ética da posição subjetiva. Assim, uma clínica da singularidade obtém destaque ao rejeitar qualquer abordagem que busque tratar os

casos de forma generalizada. O enfoque ético proposto ressoa na necessidade de compreender e lidar com cada sujeito de maneira única, considerando suas particularidades e singularidades (Amancio, 2012; Damous & Erlich, 2017).

A ênfase na escuta ressoa com a concepção de que a fala e a expressão do sujeito são fundamentais para a simbolização dos sofrimentos e das exigências internas, o que é um objetivo terapêutico. Desta forma, a abordagem psicanalítica contribui para uma prática mais centrada na subjetividade, favorecendo a construção de vínculos terapêuticos sólidos e promovendo uma ética do cuidado que vai além das demandas burocráticas, reconhecendo a importância da dimensão clínica na efetividade do cuidado (Amancio, 2012; Damous & Erlich, 2017).

No âmbito do pensamento voltado para uma clínica antimanicomial, Lobosque (1997) contribui ressaltando três princípios fundamentais: singularidade, limite e articulação. Dentre esses princípios, o da singularidade assume um papel central, que se distancia do conceito de individualidade. A singularidade, conforme proposta, não se deixa aprisionar por perspectivas de unidade ou totalização, mas, ao contrário, busca promover a produção de um coletivo. Esse coletivo é construído pela articulação de diversas singularidades entre si, formando uma trama complexa e rica em diversidade.

Ao adotar esse princípio, a clínica antimanicomial busca romper com as práticas tradicionais que tendem a generalizar e estigmatizar, favorecendo assim uma abordagem mais inclusiva e respeitosa da diversidade humana. A singularidade, nesse contexto, é vista como um elemento enriquecedor que contribui para a construção de um coletivo mais plural e sensível às diversas formas de expressão do sofrimento psíquico (Amancio, 2012).

A orientação do tratamento na clínica antimanicomial, de acordo com Amancio (2012), transcende a lógica de normalização e padronização, frequentemente presente em práticas clínicas convencionais. Ao invés de moldar o sujeito para se adequar às normas predefinidas, a clínica antimanicomial promove a valorização das diferenças, incentivando o sujeito a construir seu próprio percurso terapêutico, em sintonia com suas singularidades e em diálogo com o ambiente cultural que o cerca.

Os desafios clínicos são notáveis, envolvendo casos extremamente complexos que abarcam desde neuroses até psicoses, passando por estados-limítrofes e outros transtornos que possam apresentar risco iminente de atos impulsivos. A diversidade de casos e a complexidade das situações exigem abordagens sensíveis e adaptáveis, características fundamentais da prática psicanalítica (Rinaldi, 2003).

A aplicação da psicanálise no contexto público sugere uma abertura para lidar com a diversidade de demandas e a complexidade das condições dos usuários, reforçando a ideia de que essa abordagem não é exclusiva de contextos elitizados. Pelo contrário, a psicanálise, ao se inserir nos serviços públicos de saúde mental, demonstra seu potencial inclusivo e sua capacidade de oferecer recursos terapêuticos relevantes para as diversas realidades enfrentadas pelos usuários do sistema público de saúde (Rinaldi, 2003).

Portanto, a não elitização da psicanálise encontra respaldo em Quinet (2008), que argumenta não haver contraindicação para a aplicação dessa prática no contexto público. Essa perspectiva se mostra particularmente relevante no cotidiano do CAPS, no qual os profissionais lidam com uma gama de vulnerabilidades relacionadas às condições sociais, situações econômicas e relações afetivas dos usuários que procuram os serviços públicos de saúde mental.

4.2. Por uma clínica da melancolia baseada no convívio

Aqui o escopo volta-se à compreensão do convívio enquanto dimensão do cuidado, sustentado pelos princípios da atenção psicossocial, e integrado à inclusão social. Neste momento, portanto, a iniciativa e o empenho têm vistas à utilização do convívio como um meio de lidar com os processos de subjetivação na clínica da melancolia no CAPS.

Nesse sentido, vale de antemão salientar que, sob uma perspectiva clínica, o convívio já tem sido considerado como um dispositivo adicional e substitutivo no âmbito da atenção psicossocial em relação às práticas hospitalocêntricas tradicionalmente adotadas, tendo sido explorado também como uma resposta contrária aos dispositivos de controle. Sua relevância no âmbito da saúde mental, e particularmente nas práticas de reforma psiquiátrica sob a perspectiva psicossocial, tem sido ressaltada por agentes sociais envolvidos na criação de serviços alternativos ao hospital psiquiátrico.

É notável observar que a expressão “conviver” tenha adquirido a designação de um recurso terapêutico, sendo incluída, por exemplo, entre as atividades estabelecidas no contrato e no plano terapêutico dos usuários de serviço mental. Isso acontece quando se reconhece que, para além da participação em atendimentos, grupos ou oficinas, a presença no CAPS é significativa para o usuário naquele momento.

Nas práticas desenvolvidas pelo CAPS, por sinal, o ato de conviver emerge como elemento de um arsenal de estratégias destinadas a oferecer uma alternativa de resposta ao sofrimento, ao excesso e aos elementos que se encontram marginalizados ou

sem espaço dentro do contexto sociocultural vigente. Este mecanismo se estabelece também como uma contraposição aos sistemas de dominação e controle prevalentes, sugerindo a sua incorporação como uma modalidade de intervenção terapêutica diante das complexidades.

Kinoshita (2001) sugere tomar o convívio como um dispositivo de cuidado enquanto estratégia do CAPS. O autor pondera sobre a participação dos usuários nos processos de trocas sociais após a desmontagem do manicômio. Ele enfatiza a importância de que sejam produzidos dispositivos nos quais possam ocorrer experimentações e mediações a fim de que sejam alcançados valores aptos ao intercâmbio. O convívio é compreendido, nessa perspectiva, como uma estratégia - baseada em intercâmbios e relações interpessoais - em favor da expressão da subjetividade.

Ao abordar os objetivos e práticas de cuidado, Tenório (2001) corrobora a relevância do convívio. Por princípio, os serviços substitutivos de saúde mental devem estruturar-se com base na lógica psicossocial, tendo como meta a inclusão social por meio da construção de projetos de vida. É importante, sobretudo, conforme ressalta Demo (2005), que o convívio seja compreendido como um dispositivo de cuidado no qual suas diferentes dimensões estejam entrelaçadas entre si em alguma medida.

Desta forma, a vertente clínica do convívio mostra-se intrinsecamente ligada à concepção de subjetividade, situando-se como um campo de prática que se orienta por uma visão abrangente e diversificada, focada na promoção da inclusão social e no resgate da cidadania. Nesse contexto, a função do CAPS é operar no espaço intermediário entre a instituição e o território, funcionando como um catalisador para a elaboração e remodelação das experiências cotidianas. Os ambientes proporcionados

pelo CAPS servem como vetores para o fomento do convívio coletivo, desempenhando um papel crucial no processo de reintegração dos indivíduos à dinâmica familiar e social, através do aprimoramento de suas habilidades. Ademais, contribui para o suporte e manejo de manifestações psicopatológicas como delírios, alucinações, ideações e processos associativos (Mendonça, 2005; Ribeiro, 2004; Santos, 2003).

Historicamente, conforme examinam Passos e Benevides (2006), a prática clínica originou-se em torno do ato de observar atentamente o paciente, com o propósito primário de diagnosticar e tratar enfermidades. Contudo, o foco progressivo no diagnóstico alterou a natureza da interação clínica, transformando o paciente em um objeto de estudo e, conseqüentemente, reconfigurando a relação médico-paciente em termos de uma hierarquia de poder. Esta evolução reflete uma mudança significativa na abordagem clínica, de uma atenção individualizada para uma dinâmica que muitas vezes subordina o sujeito ao seu diagnóstico.

Assim, o desafio contemporâneo na saúde mental e na prática clínica envolve reconciliar a necessidade de diagnóstico com a imperativa valorização da jornada subjetiva do paciente, buscando restaurar a coparticipação no processo terapêutico. Passos e Benevides (2006) e Resende (2015) instigam, portanto, uma reflexão crítica sobre o papel transformador potencial da clínica, encorajando um paradigma que prioriza a construção de novos caminhos existenciais em conjunto com aqueles que buscam ajuda.

A evolução conceitual da clínica transcende a mera etimologia do termo, historicamente ligada ao cuidado junto ao leito do enfermo. Esta perspectiva tradicional, focada na observação e no tratamento direto do paciente, evoluiu para uma compreensão mais ampla da prática clínica como um campo de atuação que abarca a

capacidade de provocar desvios e bifurcações nas trajetórias de vida dos indivíduos. Longe de se restringir ao diagnóstico e tratamento de doenças, a clínica moderna é vista como um espaço de potencial transformação, onde a intervenção terapêutica visa não apenas a remissão de sintomas, mas também a promoção de novas possibilidades existenciais para os pacientes (Passos & Benevides, 2006).

A prática clínica pode ser vista como um domínio permeado pela contínua exploração de novas dimensões existenciais, posicionando-a como um campo de profundas incursões nos domínios afetivos, onde o objetivo primordial é acompanhar os contornos fluidos da experiência vivida. Esta abordagem prioriza a análise dos processos dinâmicos e transformacionais - os fluxos e as forças motrizes em detrimento das estáticas condições ou características inerentes - enfatizando o movimento e a transição em direção a uma exterioridade (Passos & Benevides, 2006).

Ademais, Passos e Benevides (2006) expandem a perspectiva freudiana sobre a experiência subjetiva, transcendendo a noção de que esta se confina ao âmbito individual, para abraçar uma interpretação que reconhece a subjetividade como um fenômeno coletivo e distribuído. Eles postulam que a subjetividade não deve ser entendida como uma entidade estática ou um estado definitivo, mas sim como um processo contínuo de construção ou um conjunto de condições propícias à emergência de efeitos existenciais significativos.

Miranda e Onocko-Campos (2012) corroboram tal entendimento, destacando a importância do trabalho clínico como elemento capaz de promover uma ruptura nas concepções tradicionais. Concepções estas marcadas por uma abordagem terapêutica primordialmente voltada à remissão ou mitigação dos sintomas, e que se caracterizam por um processo de medicalização do sofrimento que negligencia as estratégias individuais dos sujeitos para lidar com as experiências.

Em contrapartida, há também uma esfera de ordem ética que emerge como facilitadora para que a prática clínica se desvincule de uma institucionalização que tende ao disciplinamento ou ao assistencialismo reducionista. No entanto, particularmente entre os profissionais da área, enfrenta-se o dilema de que o repúdio aos métodos clínicos convencionais possa inadvertidamente conduzir ao retorno de práticas assistencialistas e tutelares, as quais falham em reconhecer e valorizar a singularidade da trajetória subjetiva de cada usuário (Miranda & Onocko-Campos, 2012).

Lancetti (2008) também observa que, diante das dificuldades enfrentadas pelo CAPS em operar de forma integrada e em encontrar estratégias eficazes para reduzir as internações psiquiátricas, alguns profissionais tendem a reproduzir a lógica manicomial. Ao invés de explorar novas abordagens clínicas, esses profissionais tendem a condicionar os usuários à conformação com as alternativas preexistentes nos serviços oferecidos.

Ao situar-se no âmbito da atenção psicossocial neste estudo, o convívio encontra-se integrado à política nacional de desinstitucionalização em saúde mental, tornando-se parte de um contexto em que os dispositivos estão voltados para a construção de uma resposta social alternativa ao sofrimento psíquico grave. E mesmo empreendendo esforços no sentido de promover o convívio e a inclusão, é essencial considerar as nuances das interações sociais, evitando abordagens que possam inadvertidamente excluir ou alienar os indivíduos envolvidos. O foco, portanto, é buscar formas de inclusão social, reconhecendo que existem diversas maneiras de proximidade que podem ser alienantes (Costa, 2010; Foucault, 2008; Resende, 2015).

Assim, o convívio deve ser interpretado como uma resposta ao dispositivo de dominação e controle da loucura, delineado por Foucault (2008). Trata-se de um mecanismo que atua no dia a dia, exercendo influência no tempo e no espaço de forma a

impactar na esfera subjetiva. Além disso, é um campo que possui variadas vozes e perspectivas, sendo aberto a uma pluralidade de formas de existência.

Desempenhando um papel fundamental na interconexão de experiências, bem como na criação de laços sociais, o convívio tem a capacidade de estabelecer conexões entre pessoas, lugares e ações - função esta fundamental, principalmente, quando se remete ao característico quadro da melancolia, no qual a capacidade de conexão encontra-se tão prejudicada. Portanto, o convívio se revela como um gerador de subjetividade em um contexto intrinsecamente interpessoal, e sua influência é significativa na formação das experiências individuais em interação com outros indivíduos.

Sobretudo, em relação à clínica da melancolia, o convívio deve ser concebido como um dispositivo adaptável e, mesmo constituindo-se enquanto uma experiência de âmbito coletivo, deve ser sensível às necessidades individuais, respeitando as particularidades e reconhecendo a dimensão idiossincrática do contexto melancólico. Nesse sentido, mostra-se fundamental que esse dispositivo encontre o equilíbrio, situando-se entre o cuidado sem tutelar e a não desassistência, ou seja: deve atuar sem a imposição de um controle excessivo, mas também sem negligenciar as necessidades individuais.

Contudo, para que o dispositivo seja eficaz em sua proposta ambiciosa enquanto elemento para uma clínica da melancolia, faz-se necessário que seja incorporada uma dimensão reflexiva e avaliativa. E esse fator implica que a equipe envolvida no processo deva estar engajada em refletir sobre suas práticas e ações, avaliando criticamente o que está sendo realizado. Essa atitude reflexiva e avaliativa é essencial para ajustar e aprimorar continuamente o dispositivo do convívio, adaptando-

se às necessidades em constante evolução e garantindo uma abordagem eficaz e sensível (Resende, 2015).

Essa proposta de aplicação do convívio enquanto dispositivo à melancolia entra no eixo das abordagens opostas à tradicional prática clínica. O contraponto à clínica tradicional é mencionado por Lancetti (2008) como a "anti-clínica". Em vez de focar-se intensivamente no sujeito, essa perspectiva propõe que as pessoas se coloquem de pé, destacando a importância de promover a autonomia e a escolha ativa por parte dos indivíduos. Como lembra Resende (2015), a anti-clínica representa, portanto, uma abordagem que busca se desviar do modelo tradicional de intervenção centrada no profissional e, ao invés disso, incentiva a participação ativa e a autodeterminação dos sujeitos, assumindo um papel mais ativo em seu processo de cuidado.

Assim, a proposta de uma clínica da melancolia baseada no convívio envolve, inerentemente, a promoção de flexibilidade social, bem como de um suporte adaptável para lidar com situações desafiadoras. E há ainda a necessidade de se mediar a reconstrução do convívio, o qual é incompatível com características como rigidez, autoritarismo e apego ao poder. Em suma, baseada em Lobosque (2001), a intervenção proposta não deve se limitar a questões clínicas individuais, mas se estender a uma transformação mais ampla no tecido social para melhor acomodar as necessidades e a participação dos usuários do CAPS.

Para superar os desafios institucionais associados à questão do convívio torna-se essencial resgatar os processos de subjetivação por meio da adoção de um enquadre próprio, no contexto específico, a clínica da melancolia no CAPS. Ao reconhecer que o convívio não deve ser rigidamente codificado, mostra-se necessário ajustar o enquadre terapêutico de acordo com as capacidades e particularidades de cada sujeito.

Nesse cenário, os profissionais deixam de ocupar posições centrais, e são instados a assumir outros papéis em um embate de conhecimentos e transformações nas dinâmicas de poder. Essa mudança implica em uma combinação entre conhecimento técnico e pessoalidade, evidenciando sensibilidade ao outro - o que significa proporcionar uma disposição para se colocar na mesma perspectiva -, experimentação e participação, proporcionando espaços e condições para acolher a autêntica expressão de cada sujeito (Oury, 1989).

Conforme ressalta Oury (1989), trata-se de buscar um tipo de convívio igualitário, evitando uma solidariedade superficial que não promova mudanças estruturais. A proposta é lidar com o inusitado, não reduzir tudo ao mesmo, evitar a institucionalização e estar aberto a se surpreender e a encontrar a diferença no outro. O desafio à clínica da melancolia consiste, assim, em construir um tipo de convívio desprovido de paternalismo e rigidez institucional, fundamentado nos desejos e necessidades, e promovendo um tipo de relação propícia à construção de narrativas pessoais e à elaboração de propostas concretas para o cenário do CAPS (Demo, 2005; Vasconcelos, 2003).

Portanto, trata-se de considerar o convívio como um elemento terapêutico à melancolia e, sobretudo, como um espaço propício para a formação da subjetividade por meio de processos intersubjetivos. As relações intersubjetivas são elementos essenciais no processo melancólico e, nesse sentido, justifica-se a necessidade de mudança no papel desempenhado pelos profissionais.

Essa modalidade de convívio em articulação com a melancolia - que inclui supervisão e reflexão pessoal e em equipe, e que se aprofunda no território existencial - tem atuação significativa sobre o corporativismo e a estreiteza profissional. Assim, faz-se importante o estabelecimento de um tipo de cuidado que não tutele, mas que também

não deixe de prover assistência. Ou seja, o cuidado não deve ser paternalista, mas precisa evitar desamparos, conforme corroboram Lancetti (2008), Lobosque (2001, 2003) e Tenório (2001).

Contudo, vale ressaltar que a efetiva aplicação do cuidado à melancolia, conforme tem se desenvolvido até aqui, não se apresenta apenas para o desamparo e a vulnerabilidade, mas também para a solidão - especialmente em um contexto de expansão do individualismo e das formas de sofrimento psíquico a ele associadas, como salienta Plastino (2009). Elementos constantes na dinâmica melancólica, a solidão e a falta de sentido na vida são demandas recorrentes e expressam as consequências da predominância de formas de organização das relações sociais baseadas em uma concepção individualista, na qual o outro é visto como um rival ou inimigo, através de um processo de identificação com o objeto (Freud, 1915/1996).

Nesse cenário, o convívio pode ser utilizado como técnica (Plastino, 2009), ressaltando o efeito da ausência de amistosidade na construção do sofrimento humano, de acordo com Baremlitt (1997). Pois diante da hegemonia de uma concepção individualista, a falta de conexão amistosa e solidária contribui para sentimentos de desamparo e vulnerabilidade, tornando essencial a abordagem do convívio como forma de contrapor essas questões emocionais e sociais.

Verifica-se, assim, uma modalidade que tem como objetivo maior auxiliar no bem-estar e em uma melhor inserção social do usuário por meio do convívio enquanto dispositivo. Esse tipo de cuidado pode ou não ter como eixo principal a dialogicidade na relação terapêutica. O fator fundamental é que nesse processo relacional, afetivo e cognoscitivo, o sujeito tenha condições de expor livremente suas experiências de vida, sem receios ou expectativas de julgamentos normalizadores ou moralistas.

A abordagem dialogal, é válido sublinhar, não é vista apenas como uma interação interpessoal básica, mas como um processo profundo em que o profissional e o usuário compartilham convicções, significados, emoções e conhecimentos de forma empática, dentro de uma linguagem comum que ambos entendem e aceitam. Isso é feito com espírito de criticidade e afeto, promovendo uma relação de poder cooperativo, em oposição à dominação. Esta cooperação mostra-se fundamental para o desenvolvimento efetivo da comunicação terapêutica e para a interação com a rede de serviços do CAPS (Vieira Filho, 2003; Vieira Filho & Morais, 2003).

O próprio modo de trabalho utilizado no CAPS contraria o uso de procedimentos que possam ser considerados invasivos ou desrespeitosos para com o universo sociocultural do usuário. Um exemplo disso seria uma situação terapêutica que desconsiderasse sua cultura, e que pudesse pressioná-lo a assimilar, sem questionamento, as visões de mundo e as representações do profissional. Ao invés disso, a abordagem proposta valoriza e respeita as diferentes visões de mundo entre o profissional e o usuário. Se necessário, essas diferenças são abordadas e discutidas, sempre considerando a situação sócio existencial do usuário.

De caráter essencialmente simbólico, intersubjetivo e comunicativo, o espaço terapêutico experienciado no CAPS é aberto e dotado de características que lhe são peculiares, facilitando um tipo de atendimento focado no respeito à integridade e à privacidade do sujeito. Isso significa que o ambiente é construído para promover significados compartilhados, interações baseadas na compreensão mútua e uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde e usuários. Assim, os atendimentos são realizados de forma que sejam evitadas as interações invasivas, e é dada prioridade à manutenção do sigilo profissional e às regras cidadãs do contrato terapêutico.

Esse enquadre é flexível, vale ressaltar, e pode ser ajustado conforme a evolução da demanda de cuidados do usuário e a necessidade de intervenções complementares. Tais intervenções podem ainda incluir uma gama variada de suportes, como assistência para a inserção social do usuário, visitas domiciliares e apoio jurídico, demonstrando uma abordagem multidimensional e interdisciplinar no cuidado à saúde mental (Vieira Filho, 2001).

É válido salientar, ainda, que as necessidades básicas, aspirações sociais e pessoais, o processo identitário, os aspectos somáticos (alimentação, sono, ritmos biológicos, etc.) e psicossomáticos, bem como aqueles de ordem eco ambientais (saneamento básico, poluição, habitação, etc.) também merecem importante atenção no decorrer dos atendimentos e demais ações terapêuticas. Tais elementos podem, por vezes, indicar a necessidade de intervenções clínicas específicas e a colaboração de outros profissionais, destacando assim a importância de uma rede de apoio integrada que aborde as diversas necessidades do usuário. Portanto, busca-se oferecer um cuidado que vá além do foco tradicional em saúde mental, incorporando uma visão mais abrangente do bem-estar do sujeito, considerando-o em seu contexto sociocultural e ambiental.

Os processos conscientes e inconscientes, bem como a resignificação do sofrimento melancólico, passam, assim, por um olhar que vai além do indivíduo isolado, e que privilegia a dinâmica de convívio de um sujeito que está situado em sua sociedade, cultura e história – e, por extensão, contextualizado em sua experiência em relação à melancolia. Por este motivo, uma parte essencial do cuidado consiste ainda em explorar e entender as relações interpessoais do indivíduo, sua inserção em uma rede social, e o impacto dessas dinâmicas em sua condição. Isso implica em identificar conflitos significativos dentro dessas teias de relações, avaliar o apoio (ou a falta dele)

que o usuário recebe de sua família e outros contatos próximos, especialmente em momentos de crise, e determinar quais relações podem ser fortalecidas ou criadas para auxiliar em sua reintegração social (Sluzki, 1997; Vieira Filho, 1998).

Porém, não se pode confundir esses dois aspectos: a rede significativa pessoal e a rede de apoio que o CAPS pode vir a construir junto ao usuário. O primeiro caso (a rede significativa pessoal) refere-se ao conjunto de pessoas e grupos com os quais o usuário já tem uma relação estabelecida, marcada por confiança, afetividade e, em alguns casos, relações profissionais. Essa rede é composta por indivíduos e grupos que são significativos na vida do usuário, como familiares, amigos, colegas de trabalho, e outros que possam contribuir para seu bem-estar e suporte emocional. O mapeamento dessa rede é crucial para compreender o contexto social e afetivo em que o usuário está inserido, fornecendo insights valiosos para o processo terapêutico (Sluzki, 1997; Vieira Filho, 1998).

Diferentemente da rede significativa pessoal, que é preexistente, na rede construída pelo CAPS, o apoio é desenvolvido por meio de intervenções diretas ou indiretas, visando fortalecer o suporte ao usuário. Intervenções diretas podem incluir o engajamento ativo de profissionais e serviços dentro do próprio CAPS ou de outros recursos comunitários. Intervenções indiretas podem ocorrer quando o usuário, incentivado pelo processo terapêutico, busca ativamente expandir sua própria rede de apoio, ou quando outros envolvidos (como familiares) são motivados a participar mais ativamente no cuidado. A rede de serviços do CAPS, incluindo os profissionais que ali atuam, também é considerada uma parte vital dessa rede de apoio, oferecendo suporte específico e solidariedade ao usuário (Sluzki, 1997; Vieira Filho, 1998).

Desta forma, o profissional do CAPS acompanha, de forma constante e cotidiana, a demanda de cuidados à saúde mental do usuário, que é compreendida não

apenas como a necessidade de atendimento psicológico ou psiquiátrico, mas também como um apelo por atenção e por encontrar sentido na experiência existencial do usuário. Isso reflete uma visão holística da saúde mental, que abrange aspectos além dos sintomas psiquiátricos, incluindo as questões existenciais e contextuais que afetam o indivíduo. Situação essa inserida no contrato terapêutico, cujas ações são cuidadosamente planejadas para serem únicas a cada indivíduo, levando em consideração a cultura e as vivências do usuário, o que sublinha a importância de estratégias e recursos terapêuticos que são sensíveis e respeitosos em relação ao contexto cultural do indivíduo (Vieira Filho, 2001).

4.3. Pensar o Grupo de Fala: um excerto da experiência no CAPS

O fragmento de experiência apresentado a seguir, busca identificar e apresentar aspectos da dinâmica de funcionamento de um *Grupo de Fala* no CAPS. E, como um desdobramento disso, visa ainda contribuir com as discussões sobre o cuidado e a clínica da melancolia por meio do processo de mediação simbólica proporcionado por este dispositivo de atuação grupal. Desta forma, o conteúdo ao qual se remete, diz respeito, sobretudo, ao estabelecimento de vínculos e à elaboração de tensões e conflitos existentes por meio do convívio propiciado pelo grupo.

O CAPS opera em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Mental, integrada ao SUS. A missão primordial desse dispositivo é prover serviços de saúde mental à população dentro de sua área geográfica de influência, promovendo o acompanhamento clínico e a reabilitação psicossocial dos usuários. Seu escopo de atuação abrange a facilitação de acesso dos usuários a oportunidades de emprego e atividades de lazer, a defesa e promoção dos direitos civis,

assim como o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Este modelo de atenção é orientado para a desinstitucionalização e visa a reintegração social dos usuários por meio de estratégias que valorizam a autonomia, a cidadania e a participação ativa na sociedade.

O CAPS, a partir do qual este relato foi construído, é uma unidade da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), e localiza-se em Taguatinga. Foi inaugurado em dezembro de 2006, e é classificado como um CAPS II. Atualmente possui mais de 1.800 usuários ativos, e sua área de abrangência é ampla, perfazendo a cobertura das seguintes localizações: Águas Claras, Areal, Arniqueira, Colônia Agrícola Samambaia, Taguatinga, Vicente Pires e, parcialmente, Ceilândia. Assim, o CAPS dá suporte a uma região com aproximadamente 1 milhão de habitantes. É um serviço que faz parte da “atenção psicossocial estratégica/especializada”, em nível de atenção secundária, da Região Sudoeste de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal. Baseado em Portaria do Ministério da Saúde, ele deve prestar assistência a indivíduos adultos, com transtornos mentais graves e persistentes, em atendimento “portas-abertas”, para o qual não se faz necessário qualquer tipo de encaminhamento de quaisquer instituições (ou seja, contempla egressos ou não de internações psiquiátricas ou de outros serviços de saúde).

O recorte aqui apresentado é baseado no funcionamento de um grupo, denominado *Grupo de Fala*. Definida pela equipe técnica, sua frequência é de uma vez por semana. Contudo, em casos mais graves, ou mesmo num contexto de crise, alguns usuários podem vir a ter, temporariamente, uma participação diária em outras atividades disponibilizadas pelo CAPS. O número de participantes do grupo varia entre 12 e 20 pessoas. Sua faixa etária normalmente contempla indivíduos entre 20 e 60 anos de

idade, pertencentes a estratos sociais de baixa renda. Os encontros duram entre 90 e 120 minutos.

Os usuários optam por participar do grupo após serem inseridos no serviço e conhecerem brevemente, ainda que por meio de uma apresentação, todas as atividades disponibilizadas pelo CAPS - ou aquelas às quais são encaminhados pelos técnicos, por estes perceberem uma demanda para a respectiva atividade. O grupo apresenta uma rotatividade de integrantes relacionada ao plano terapêutico singular, ou seja, algumas pessoas estão no CAPS há alguns anos e outras há apenas alguns meses ou há poucas semanas. Há ainda os que estão no CAPS de forma ininterrupta, e outros tendo interrompido e posteriormente retomado sua participação. Percebe-se, de antemão, que essa flexibilidade traz benefícios em relação ao acolhimento dos novos usuários pelos mais antigos, já que estes também exercem funções importantes de cuidado e atenção, ao mesmo tempo em que buscam elaborar suas próprias experiências.

Trata-se de um grupo fechado que, a partir do contexto pós-pandêmico, adotou um novo modelo de funcionamento adaptado à circunstância da alta demanda: o grupo passou a ter um eixo temporal concreto, funcionando por aproximadamente 5 meses, depois se desfazendo para dar início a um novo grupo com novos integrantes. Ao final de cada uma dessas configurações grupais são avaliadas as possibilidades de encaminhamento, tanto para dentro do CAPS (enquanto reinserção em outros grupos) quanto para fora dele (em atividades nas UBS, centros olímpicos comunitários, etc.), ou mesmo a indicação de alta do serviço. Portanto, os participantes do grupo são renovados periodicamente. E esse formato privilegia o fluxo e intercâmbio de usuários em relação à diversidade das demais ações terapêuticas propostas; o contínuo estabelecimento de vínculos com outros usuários, outros profissionais e novas propostas; além da “oxigenação” (circulação de afetos) no CAPS.

Conforme as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, evidenciadas nas Portarias 224/92 e 336/GM de 2001 e 2004, respectivamente, os serviços oferecidos pelo CAPS são orientados a priorizar modalidades de atendimento grupais. Essa estratégia reflete uma abordagem terapêutica que reconhece a importância da interação social e do suporte mútuo como elementos fundamentais no processo de recuperação e reabilitação psicossocial dos usuários.

No CAPS e em serviços análogos, as configurações dos grupos apresentam variedade e heterogeneidade estrutural significativas. O trabalho em grupo é caracterizado por sua diversidade e capacidade de adaptação às necessidades e interesses dos usuários, resultando em uma gama variada de atividades que se categorizam em quatro principais vertentes: grupos de fala, que proporcionam um espaço para troca de experiências e expressão verbal; grupos artísticos, que exploram as potencialidades criativas e expressivas por meio das artes; grupos de atividades físicas, voltados para a promoção da saúde física e bem-estar; e grupos de geração de renda, que visam ao desenvolvimento de habilidades profissionais e à reintegração econômica dos participantes. A organização desses grupos, muitas vezes, é influenciada pelas sugestões dos próprios usuários, evidenciando o compromisso do CAPS com uma prática inclusiva e participativa.

A relevância do Grupo de Fala é ressaltada por sua função tanto de instrumento clínico quanto de ambiente seguro, que facilita o reconhecimento e processamento de experiências excessivas e traumáticas. O grupo tem o propósito de fornecer um ambiente no qual seus participantes possam expressar-se livremente, recebendo suporte para seu sofrimento e suas necessidades. Ele se destina a usuários que se encontram em sofrimento psíquico grave. De acordo com Costa (2006), esse tipo de sofrimento psíquico, caracterizado por uma angústia profunda e perturbadora, e

emoções avassaladoras que afetam severamente a vida dos usuários em vários aspectos, constitui a maior parte da clínica do CAPS.

Em relação ao quadro melancólico, observa-se frequentemente um cenário dominado pela ausência de esperança, a qual se encontra intrinsecamente ligada à intensificação das angústias relacionadas à morte, manifestadas através de sensações de vazio e desmoronamento. Os indivíduos afetados por essa condição frequentemente percebem o meio social como uma entidade ameaçadora e iminente, o que contribui para uma autoimagem marcada por desajuste e fragmentação.

Essa experiência subjetiva é profundamente influenciada pela pulsão de morte, resultando em uma relação conflituosa com o Eu, caracterizada pelo autodesprezo. Tal dinâmica psíquica ressalta a complexidade do tratamento da melancolia, exigindo abordagens terapêuticas que não apenas a reconheçam, mas que consigam manejá-la, inclusive no tocante à hostilidade voltada contra o próprio sujeito.

As tendências autodestrutivas, como discutido por Green (1988a), estão vinculadas a processos desenvolvidos durante a infância. Tais dinâmicas psíquicas podem ser compreendidas à luz da teoria psicanalítica, que explora a origem e a manutenção dessas tendências no contexto das primeiras relações objetais e experiências de vida. A relevância desses conteúdos para a compreensão do público assistido pelo CAPS ressalta a importância de abordagens terapêuticas sensíveis à complexidade dos processos psíquicos em jogo. Reconhecer as origens infantis dessas tendências destrutivas, bem como as implicações das vivências excessivas e traumáticas, mostra-se fundamental para a elaboração de estratégias de cuidado que visem a reestruturação psíquica e a promoção de um processo de recuperação mais integrado.

No contexto atual, o CAPS desempenha um papel fundamental na recepção e na expansão dos ambientes propícios à interação e ao reforço dos laços interpessoais, oferecendo uma estrutura de suporte essencial para o processamento de vivências marcadas por sua intensidade. Funciona proporcionando contenção e atribuição de significado ao sofrimento, além de facilitar a transmutação das inquietações e das experiências dos sujeitos, conforme articulado por Leal e Delgado (2007).

O suporte institucional viabiliza a manifestação e a simbolização de experiências em múltiplas dimensões e registros, atendendo a um espectro variado de demandas e necessidades. Portanto, esse mecanismo se apresenta com o desafio primordial de promover a desinstitucionalização, sendo imperativo reconhecê-lo como uma prática de cuidado integrada e reflexiva, em contraponto à sua concepção como simples unidade de saúde.

As abordagens de cuidado e intervenção adotadas pelo CAPS, que se estendem além dos limites convencionais e abrangem o território, também representam um desafio significativo e requerem uma análise reflexiva e contínua dos mecanismos de assistência oferecidos. Assim, no que tange ao manejo da melancolia, mostra-se crucial considerar os efeitos psíquicos das vivências subjetivas, com o objetivo de desenvolver estratégias que proporcionem acolhimento e promovam a elaboração dessas experiências. Essa abordagem envolve inicialmente o reconhecimento dessas vivências, seguido por sua simbolização, como etapas fundamentais para facilitar o processo terapêutico.

Na abordagem à melancolia, torna-se imperativo o desenvolvimento de dispositivos de cuidado capazes de promover um ambiente terapêutico seguro que facilite o enquadramento clínico e as mediações dentro de um espectro simbólico.

Roussillon (1995) enfatiza a importância de um acolhimento sensível a essas demandas, sugerindo que os dispositivos de cuidado devam ser estruturados de modo a apoiar o processo de simbolização, adaptando-se à capacidade de simbolização específica de cada indivíduo. Essa abordagem reconhece a necessidade de uma intervenção que vá além do suporte emocional, engajando-se ativamente com as particularidades do processo de simbolização do sujeito. Desta forma, a clínica da melancolia no CAPS exige uma consideração cuidadosa das dimensões simbólicas da experiência subjetiva, propondo uma prática que valorize a singularidade do processo terapêutico.

De maneira complementar, Lancetti (1993) propõe uma visão expandida da saúde mental. Em seu modelo, o tratamento realizado em grupos, apoiado pelo suporte e pela contenção oferecidos pela equipe terapêutica, demonstra ser particularmente eficaz, especialmente quando são criados espaços dedicados à reflexão e à elaboração. Na ausência desses espaços, contudo, as angústias mais arcaicas predominam e as estratégias defensivas se tornam rígidas, obstruindo a possibilidade de ajustar o enquadramento terapêutico às necessidades específicas do sujeito.

Para Kaës (2014), o grupo constitui-se como uma entidade única, e possui dinâmicas e estruturas próprias. A premissa fundamental reside na interconexão das elaborações individuais de cada participante com as suas representações singulares, as quais influenciam seu discurso associativo, bem como com as elaborações dos demais membros. Assim, cada elemento assimilado através dos movimentos transferenciais enriquece a tessitura associativa que se estabelece enquanto narrativa coletiva.

Em relação ao campo de atuação daquele que conduz o grupo, Vitta (2008) salienta a importância de o profissional manter-se como uma presença constantemente vigilante e engajada, direcionando sua atuação no sentido de identificar e fomentar o

desenvolvimento de vínculos sociais entre os membros do grupo. Este papel ativo e atento do profissional é crucial para a promoção de um ambiente terapêutico que estimule a interação social saudável e a coesão grupal.

No mesmo sentido, Furlan e Ribeiro (2011) ressaltam a importância de o profissional empregar abordagens inovadoras e criativas em cada sessão grupal, mantendo-se fiel aos fundamentos teóricos e metodológicos que regem suas intervenções. Eles atribuem à dinâmica de escuta em grupo no CAPS um papel instrumental no fomento da autonomia, criatividade, aprimoramento das relações interpessoais e facilitação da reinserção social, sublinhando sua eficácia na promoção da expansão dos laços entre os membros.

A prática do Grupo de Fala, portanto, possui características intrínsecas que são influenciadas por uma série de fatores, incluindo a natureza da instituição a que está vinculado, os objetivos delineados, o perfil dos sujeitos acolhidos, os critérios de seleção, a modalidade do grupo (fechado ou aberto), bem como sua duração. Desta maneira, evidencia-se a importância do Grupo de Fala no âmbito do CAPS, considerando a multiplicidade de variáveis que impactam na sua efetividade e na condução terapêutica.

A dinâmica de funcionamento do grupo

A cada primeiro encontro, observa-se um ritual de apresentações mútuas entre os participantes, marcado por uma expressão de novidade e singularidade individual, que atua como catalisador para a geração contínua de subjetividade entre os membros.

Este ato inicial estabelece um processo de reconhecimento intersubjetivo, desencadeando indagações fundamentais sobre a identidade, sentimentos e comportamentos dos participantes. Tal interação se estende tanto aos novos integrantes quanto àqueles já conhecidos em circunstância de outras atividades também disponibilizadas pelo CAPS.

Na sequência, na tentativa de mitigar a sensação de estranhamento frente ao desconhecido representado pelos outros participantes, conforme discutido por Berenstein (2003), os usuários iniciam um processo de identificação de semelhanças e diferenças, examinando as histórias pessoais, diagnósticos e outros aspectos relevantes de cada indivíduo. Este exercício de comparação serve tanto para a identificação de casos de maior ou menor complexidade quanto para uma exploração profunda dos sentimentos pessoais e histórico de cada um desde sua vinculação ao CAPS, inclusive abordando o uso de psicofármacos e as reações a esse tratamento crônico. De acordo com Puget (2000), este exercício comparativo é interpretado como um esforço representacional, por meio do qual os sujeitos definem uns aos outros e a si mesmos, baseando-se em critérios de similaridade e divergência.

A formação do grupo foi impulsionada pela demanda tanto de usuários quanto de profissionais do serviço, com o propósito de criar um espaço dedicado primordialmente ao acolhimento do sofrimento, das vivências e das necessidades expressas verbalmente. Desde sua concepção, o grupo tem se consolidado como um ambiente em que os participantes confrontam e compartilham suas angústias, experiências de excessos, violências e traumas, abrangendo tanto as dimensões de presença quanto de ausência no tecido social e pessoal.

Além da unívoca questão do sigilo em relação aos conteúdos, uma das regras do grupo, tal como outras construídas coletivamente, é a de que os temas sejam abertos e as pessoas se manifestem livremente, mas de maneira respeitosa, e que evitem aconselharem-se demasiadamente. Outra regra utilizada é a da não propagação de fatores e/ou narrativas extremamente impactantes, que possam impelir a atos ou causar sérios danos a outros usuários (por exemplo, a exposição de um método para que um suicídio seja consumado).

Em prol de um melhor funcionamento do grupo, bem como em respeito aos conteúdos ali manifestos, uma outra prática adotada é a da não aceitação de participantes eventuais, tais como estagiários ou pesquisadores que não terão presença regular e o necessário engajamento em torno das narrativas expostas no grupo. Essas propostas seguem a vertente de Roussillon (1995), que compreende que um dispositivo clínico somente tem valor se organiza em seu seio um espaço de liberdade associativa para o usuário.

No tocante às regras estabelecidas ao grupo, observa-se ainda o predomínio de regras institucionais sobre as regras próprias do grupo. Por exemplo, se eventos institucionais - como festas, assembleias ou reuniões, em que os usuários do grupo participam - são planejados no dia do encontro do grupo, este encontro é normalmente cancelado, de maneira que os participantes também possam acompanhar o referido evento. Nesse sentido, Kaës et al. (1991) fundamenta que o grupo, ao mesmo tempo em que é continente do sujeito, é conteúdo de um meta-continente, que é a instituição. Esta é tomada como um conjunto de formas e estruturas sociais instituídas pela lei e pelo costume, que precede o grupo, regulando-o e determinando-o.

O Grupo de Fala constitui-se como um ambiente primordial, não apenas para a interação e expressão dos participantes, mas também como um eixo reflexivo sobre a estrutura da própria instituição e as múltiplas relações e vínculos por ela fomentados. À medida que os indivíduos se familiarizam com o espaço e ganham confiança, emergem discussões críticas relativas tanto às dinâmicas grupais quanto às operações do CAPS. Em um encontro recente, após algumas pessoas expressarem seus incômodos concernentes ao CAPS, foi então decidido coletivamente encaminhar as questões ali suscitadas a uma assembleia que aconteceria dias após. Essa ação culminou em melhorias significativas no ambiente institucional e no engajamento ampliado dos usuários. Tal dinâmica evidencia a importância do processo reflexivo e crítico propiciado pelo grupo, crucial para a avaliação e reconceituação dos cuidados prestados pelo CAPS, prevenindo a perpetuação de relações de violência e subjugação.

Ademais, o Grupo de Fala destaca-se por sua capacidade de facilitar a expressão de vivências intensas e angustiantes, promovendo a transição para outros mecanismos de apoio e possibilitando o trabalho de elaboração e mediação institucional. Nota-se que alguns usuários, através da participação no grupo, realizam um processo de elaboração e simbolização de suas experiências, enquanto outros apresentam um discursivo repetitivo que reflete estagnação e dificuldade em engajar-se efetivamente com o grupo de maneira integradora e terapeuticamente produtiva.

As complexidades e desafios inerentes à gestão e à capacidade de contenção do Grupo de Fala, em certa medida, são efeitos da sua própria característica de acolher - talvez em maior extensão do que outros grupos no CAPS - indivíduos frequentemente categorizados como "pacientes difíceis". De um lado, observa-se que certos membros do grupo relatam experienciar efeitos traumáticos e desestabilizadores, demandando a contenção proporcionada por outros mecanismos assistenciais disponíveis no CAPS. De

outro lado, evidencia-se a presença de participantes que desenvolvem uma interação substancialmente benéfica com o grupo, culminando em significativos benefícios terapêuticos advindos da dinâmica de mediação grupal, conforme elucidado por Roussillon (2014a, 2014b).

Este fenômeno de mediação e vinculação dentro do grupo é examinado sob uma ótica vincular, fundamentada na psicanálise das configurações vinculares. Esta vertente teórica psicanalítica expande seu espectro de análise ao focar as interações entre os indivíduos. Conforme postulado por Berenstein (2003), o vínculo é concebido como uma estrutura inconsciente que interliga dois ou mais indivíduos em uma dinâmica de presença recíproca, erigindo-os enquanto sujeitos desse vínculo. O caráter inconsciente do vínculo é acessado pelo sujeito através da sensação de pertencimento, que é inerentemente transitória e requer uma constante reafirmação por parte do sujeito, bem como o reconhecimento pelos demais participantes.

Essa abordagem teórica enfatiza a relevância da construção e manutenção de laços dentro do Grupo de Fala, ressaltando a importância do processo de vinculação não apenas como uma ferramenta terapêutica, mas também como um elemento crucial na constituição da identidade e da agência dos participantes dentro do grupo. Tal perspectiva sublinha a potencialidade do Grupo de Fala enquanto espaço de transformação, ao mesmo tempo em que aponta para os desafios associados à gestão de dinâmicas grupais complexas e à necessidade de estratégias de contenção eficazes para enfrentar as manifestações disruptivas que possam emergir.

O Grupo de Fala é concebido por seus participantes, inclusive por meio de expressões verbais, como espaço de suporte, onde há uma deliberação coletiva acerca das necessidades individuais e coletivas por assistência. Esta deliberação abrange tanto

as necessidades de ajuda para si quanto a busca de auxílio para outros que necessitam. De forma geral, nas recomendações feitas entre si, os participantes do grupo valorizam atitudes positivas de uns em relação aos outros, bem como a maneira de se posicionarem no mundo. A maneira de comunicar os conselhos, opiniões e recomendações tem sido avaliada como positiva.

Ainda nesse sentido das possibilidades de comunicação entre o grupo, é válido registrar que ultimamente tem sido observada, sob livre manifestação dos participantes, a criação de grupos interativos em aplicativos de mensagens - sem a participação do profissional que conduz o grupo. Uma outra alternativa em relação à comunicação grupal tem sido a utilização de um grupo online voltado apenas à transmissão de conteúdos pontuais. Nessa modalidade não há a interação convencional, e os participantes não tem acesso ao envio próprio de mensagens. O profissional responsável pelo grupo participa apenas fornecendo informações significativas (uma eventual suspensão de encontro ou mesmo a confirmação de um outro que estava sob dúvida, por exemplo). Esta transformação no âmbito do Grupo de Fala e a adaptação às tecnologias de comunicação digital refletem uma evolução nas práticas de suporte psicológico, evidenciando tanto a capacidade de auto-organização dos participantes quanto a flexibilidade dos formatos de assistência psicológica para atender às demandas contemporâneas de comunicação e interação.

Frequentemente, os participantes do grupo descrevem o espaço como local privilegiado de expressão, onde podem verbalizar pensamentos e sentimentos que encontram restrições em outros contextos, incluindo no ambiente familiar. Com o desenvolvimento de laços de vinculação, e sentimentos de pertencimento ao longo do tempo, o grupo passa a ser percebido por seus membros como um espaço significativo de inserção social, sendo, inclusive, comparados à estrutura familiar. Neste sentido, é

comum a articulação de expressões que reforçam a coesão e a confidencialidade grupal, como: “Esse grupo é uma família. O que se fala aqui, fica aqui dentro”. Adicionalmente, alguns participantes relatam que sua integração nesse coletivo fomentou uma reconfiguração em suas dinâmicas familiares e promoveu uma compreensão ampliada por parte de seus familiares, os quais também se envolvem em atividades promovidas pelo CAPS, como assembleias e grupos direcionados aos familiares.

Outra característica recorrente na dinâmica do grupo é a manifestação de sentimentos ambivalentes, oscilando entre a vergonha associada à participação no CAPS, decorrente da estigmatização da doença mental, e um sentimento de orgulho e bem-estar pela forma de tratamento percebida como mais humanizada em comparação ao internamento psiquiátrico. Esta ambivalência reflete a internalização do CAPS pelos usuários como um referencial dentro do movimento da Reforma Psiquiátrica.

Em suas narrativas, os participantes frequentemente distinguem o hospital psiquiátrico como o "lugar dos loucos", associando a internação psiquiátrica a um estado de descontrole exacerbado. Este posicionamento revela uma profunda relação de contraposição com o modelo asilar, ainda que perdure um reconhecimento do hospital psiquiátrico enquanto espaço de contenção em momentos de crise aguda.

As narrativas dos usuários do grupo refletem, portanto, uma contínua negociação de identidade e pertencimento, marcada pela consciente distinção entre as modalidades de tratamento psiquiátrico e de uma busca por reconhecimento e dignidade dentro do paradigma da desinstitucionalização. Tais discussões evidenciam não apenas a complexidade das experiências individuais no contexto do CAPS, mas também destacam a importância desses espaços como alternativas viáveis e respeitadas à

hospitalização psiquiátrica, reiterando a centralidade do suporte comunitário e da autonomia dos usuários na trajetória de recuperação e reintegração social.

Dentre diversos conteúdos, os participantes frequentemente expressam apreciação pelo Grupo de Fala, citando a oportunidade de observar que existem indivíduos enfrentando circunstâncias substancialmente mais adversas. Este fenômeno parece fornecer um alívio subjetivo, emergindo particularmente da identificação com as experiências alheias, sobretudo aquelas de natureza mais dolorosa, que tendem a provocar um certo nível de estímulo emocional no coletivo. Paralelamente, a revelação dessas experiências intensas pode gerar preocupação e temor em alguns membros, sinalizando uma necessidade de intervenção profissional. No entanto, como apontado por Lancetti (1993), tais intervenções nem sempre são capazes de neutralizar os riscos de desintegração psíquica ou de manejar adequadamente as intensidades transferenciais, conforme também discutido por Roussillon (2014b).

Para uma parcela dos participantes, o Grupo de Fala é percebido como um ambiente emocionalmente "árduo, difícil", derivado tanto da sensação de sobre-exposição quanto do enfrentamento de experiências de terror psicológico diante do coletivo. Em tais circunstâncias, a gestão e a contenção do "transbordamento de angústias" requerem uma abordagem mais individualizada, tendo em vista as dificuldades inerentes ao grupo em exercer essa função de contenção. A desesperança, o agravamento das angústias relacionadas à morte, sentimentos de hostilidade e a percepção do social como ameaçador (Enriquez, 1991) são aspectos que se intensificam em momentos específicos, contribuindo para a desestabilização de certos membros do grupo, especialmente daqueles que se colocam em vulnerabilidade através da exposição de suas experiências.

Os diálogos promovidos no Grupo de Fala frequentemente abordam a invisibilidade e a indiferença experimentadas pelos participantes em seus contextos cotidianos. O engajamento por meio de questionamentos e reflexões críticas, inclusive acerca do próprio serviço oferecido pelo CAPS, culmina na apropriação simbólica desse espaço pelos usuários. A transição de um discurso que paralisa para um discurso ativo, participativo e crítico fomenta transformações significativas na esfera da comunicação e da autonomia. Assim, a promoção dessa autonomia emerge como um elemento cada vez mais fundamental no processo de cuidado facilitado pelo CAPS, o que reflete a importância dessas estratégias terapêuticas.

Considerações Finais

Ao longo do percurso trilhado durante o trabalho, pôde-se examinar a melancolia sob importantes nuances até o deslindamento acerca de uma clínica aplicada ao CAPS. O primeiro capítulo foi destinado a caracterizar e contextualizar o CAPS enquanto cenário sobre o qual se propõe a incidência de uma clínica da melancolia. Ao longo desse capítulo foram abordados aspectos institucionais do CAPS e as devidas aproximações com o discurso psicanalítico, bem como as relações com os princípios que fundamentam a reforma psiquiátrica brasileira. Foram ainda expostos elementos importantes de seu funcionamento e de sua dinâmica de trabalho, tais como as relações de poder e a utilização das práticas por meio da interdisciplinaridade.

Contrariamente ao paradigma institucional de cuidados em saúde mental, caracterizado por um modelo asilar, que historicamente marginaliza o indivíduo com transtorno mental, rotulando-o como objeto de intervenção clínica, o cerne da proposta do CAPS é criar um ambiente terapêutico que reconheça o sujeito como agente ativo de seu próprio processo de recuperação. Nesse contexto, buscou-se estabelecer uma dinâmica colaborativa que não apenas visa tratar os sintomas psicopatológicos, mas também promover a autonomia e o protagonismo do indivíduo no enfrentamento de suas dificuldades emocionais. Essa sinergia procura, através de um ambiente que não apenas trata sintomas, mas também empodera o indivíduo, uma abordagem mais humanizada e inclusiva em relação aos transtornos.

Além da remissão dos sintomas, o propósito primordial das ações de cuidado é a instituição de um domínio de existência subjetiva e territorial para o indivíduo, delineado por estruturas e vínculos que possibilitem a sua inserção no contexto. Em

termos mais precisos, visa-se fornecer ao sujeito uma posição significativa e participativa na esfera social. O cuidado direcionado a um usuário sob esse cenário, portanto, envolve a implementação de dispositivos que facilitem a conquista desse espaço, promovendo a constituição de redes sociais de uma complexidade adequada para garantir aspectos vitais, incluindo a própria preservação da vida.

É imprescindível reconhecer a relevância de uma abordagem mais abrangente, que leve em consideração não apenas os aspectos tangíveis, mas também os elementos subjetivos e simbólicos que constituem a vivência de cada indivíduo. Nessa perspectiva, o foco no diagnóstico médico e na intervenção farmacológica tem exacerbado os conflitos e agravado questões significativas, incluindo a perpetuação do modelo clínico institucionalizado, que continua a influenciar os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde mental. Diante das dificuldades em implementar uma abordagem integral e em desenvolver estratégias eficazes para reduzir a hospitalização psiquiátrica, alguns profissionais tendem a reproduzir a lógica do tratamento manicomial. Ao invés de explorar novos paradigmas clínicos, acabam por esperar que os usuários se conformem com as opções disponíveis nos serviços.

Na direção das terapêuticas oferecidas, embora o diagnóstico psiquiátrico possa ser considerado como um ponto de partida significativo, a abordagem integral e centrada na pessoa demanda uma superação dessa categorização restrita. O reconhecimento da singularidade de cada sujeito, juntamente com a apreciação da complexidade de suas experiências e traumas, tem emergido como um componente essencial para a promoção de intervenções terapêuticas mais eficazes e respeitosas.

Portanto, a proposta de encerramento dos manicômios transcende o mero fechamento de instituições físicas e a eliminação de barreiras físicas. Ela engloba, de

fato, a cessação de uma perspectiva que não acolhe a diversidade. O modelo manicomial não se encontra circunscrito exclusivamente sob limites das instituições hospitalares psiquiátricas, mas se estende para uma forma particular de conceber e apreender o sujeito. A prática mostra que desafiar essa perspectiva torna-se uma demanda premente, implicando uma ruptura radical que vai além das estruturas físicas para alcançar a essência do entendimento em torno da saúde mental.

O segundo capítulo apresentou a trajetória da melancolia entre a antiguidade e a psicanálise. Considerando a busca por uma contextualização atual, esse capítulo promoveu ainda uma análise histórica que abarca tanto o caráter da melancolia em si, quanto o processo de invisibilidade, supressão e substituição terminológica pelo qual ela sofreu. Processo esse que se mostra fundamental quando estão em voga as relações estabelecidas entre melancolia e depressão, um contexto que influencia significativamente o tipo de abordagem utilizado nos dias de hoje.

Esse capítulo evidenciou o século XIX enquanto um período marcado pela tendência de marginalização da melancolia em favor da depressão, e o avanço da psiquiatria desempenhou um papel determinante nessa invisibilidade da melancolia. A psiquiatria contemporânea continua a demonstrar uma clara inclinação para o esvanecimento da melancolia em favor da concepção de depressão, resultando na equiparação desses termos e em sua utilização como sinônimos, sugerindo que se refiram a condições clinicamente idênticas.

Assim, as concepções têm gradualmente se entrelaçado, gerando confusão entre elas. A melancolia tem sido caracterizada como uma subcategoria específica dentro do amplo espectro dos transtornos depressivos. Entretanto, a posição sustentada pelo estudo aqui apresentado é a de que ela se apresenta como uma entidade clínica com

contornos próprios que, no entanto, encontra-se atualmente abrigada sob outras denominações diagnósticas, tais como a depressão endógena, a distímia e a depressão maior.

Atualmente, a depressão figura como uma das enfermidades mais prevalentes nos países, impondo significativos encargos aos sistemas públicos de saúde e exercendo um impacto substancialmente adverso na produtividade laboral. Embora os antidepressivos sejam eficazes no tratamento da depressão, sua eficácia em relação à melancolia é limitada. Desta forma, o indivíduo consegue superar a depressão, mas permanece sob os efeitos da melancolia. Esse caráter, em particular, afeta sobremaneira as perspectivas do estudo em curso, tendo em vista o delineamento dos tipos de ação utilizados.

No terceiro capítulo foram utilizadas as perspectivas psicanalíticas de Freud e Green a fim de que fossem investigados os marcos estruturais e processos envolvidos na constituição do psiquismo melancólico. No intuito de demarcar os aspectos que tangenciam a melancolia na contemporaneidade, além dos conteúdos abordados em *Luto e Melancolia* (Freud, 1917/1996) e *A Mãe Morta* (Green, 1988a), neste capítulo foram ainda utilizados elementos cruciais à fundamentação da melancolia, tais como a perda do objeto, a noção de um desamparo primordial, o trabalho do negativo e a clínica do vazio.

A revisitação aos postulados freudianos revelou-se imperativa ao abordar os conceitos nucleares da psicanálise, ao passo que a obra de Green emerge como preeminente devido à sua abrangência e ao valor significativo de suas contribuições para a psicanálise contemporânea, oferecendo fundamentos essenciais para uma contextualização pertinente ao momento atual. Este processo de retorno e reflexão não apenas reafirma a relevância dos alicerces teóricos estabelecidos por Freud, mas

também destaca a importância de adaptações e expansões teóricas frente às demandas e compreensões modernas, as quais Green habilmente articula e desenvolve, enriquecendo assim o diálogo contínuo dentro do campo psicanalítico.

Assim, perpassando por conceitos fundamentais, através de uma dialética intrínseca entre as teorias supramencionadas, vê-se que a problemática da melancolia impulsiona uma reflexão crítica acerca dos determinantes estruturais e aspectos de uma dinâmica contemporânea. Esse cenário ilustra a complexidade no estabelecimento de fronteiras diagnósticas claras, evidenciando a necessidade de uma abordagem que contemple as diferentes dimensões no estudo dos transtornos mentais, e desafiando as concepções tradicionais que buscam categorizar rigidamente as patologias em dicotomias simplistas.

O desenvolvimento deste capítulo demonstrou ainda que o melancólico se mostra muito próximo da situação original de desamparo, isto é, do desamparo primordial. Para Freud (1895/1996), é como se houvesse um buraco na esfera psíquica. Esse buraco remete a algo que não pôde ser representado e, neste sentido, o sujeito se perde com o objeto. Trata-se de uma perda pulsional, a perda da libido e, tendo em vista que a libido regride, o sujeito identifica-se, portanto, com o objeto introjetado no Eu.

Essa perda dá origem a um complexo trabalho de melancolia e às defesas maníacas, em processos intrincados. Os indivíduos melancólicos frequentemente apresentam características como desânimo, desinteresse pelo mundo, incapacidade de amar, inibição e diminuição da autoestima, além de dirigirem a si mesmos as mais cruéis recriminações, que podem encontrar expressão em expectativas delirantes de punição e culminar em práticas de autoagressão e atos extremos.

Portanto, de um ponto de vista freudiano, o melancólico é aquele que falha na transição entre o narcisismo e o amor objetal. Diante da perda do objeto, é incapaz de

vivenciar o luto, ou seja, de lidar com a perda. Ao negar essa perda, perde-se a capacidade de investir em outros objetos e, assim, realizar o desapego do passado, o que abriria possibilidades para relacionamentos futuros. O melancólico, em resumo, fica retido em uma relação narcísica com o objeto internalizado. Desta forma, ocorre uma negação da realidade exterior, com o indivíduo agarrando-se ao objeto por meio de uma psicose alucinatória de desejo.

Já na perspectiva greeniana, a etiologia do quadro melancólico encontra-se relacionada à figura materna imersa em um estado de luto, numa melancolia própria ou em outro tipo de aflição psíquica que a impossibilita de experimentar alegria diante da chegada do filho. A mãe é percebida como um ser absoluto e onipotente, não pela via da satisfação fusional, mas sim pelo distanciamento emocional em relação à criança.

Green (1988a) delineia que não se trata de uma morte literal, mas sim de uma morte simbólica da mãe. Trata-se dos efeitos resultantes de uma convergência entre uma mãe, que se apresenta como vazia, e uma criança que, confrontada com essa situação, pode vir a se constituir melancolicamente. O autor enfatiza a natureza nociva de uma perda real para a criança. Mas destaca, no entanto, que a perda em si pode não ser o fator primordial nessa dinâmica. O determinante em relação a esse aspecto mostra ser a qualidade da relação estabelecida anteriormente à perda, ou a importância atribuída pela criança a essa relação objetal prévia.

Nas demandas que apresentam conteúdo melancólico, é frequentemente observada uma proeminente problemática narcísica. Além das questões dessa ordem, emergem demandas sádicas relacionadas ao ideal do Eu, às vezes acompanhadas por exigências cruéis originadas do Supereu. Essa configuração dificulta a resolução de conflitos, compromete a capacidade de estabelecer relações amorosas e de se valorizar,

bem como de experimentar satisfação com as próprias conquistas. Como resultado, instaura-se um sentimento cristalino de impotência.

Desta forma, segundo a proposição greeniana, no que tange à identificação com a mãe morta, ser como tal se apresenta como forma exclusiva de aproximação e única saída satisfatória diante da inexequível possibilidade de tê-la como objeto de investimento. Todo o cenário assim constituído tem por função dar conta de uma tripla finalidade: manter o Eu vivo, revigorar a mãe morta, e rivalizar com o objeto do luto na triangulação precoce.

Com desenvolvimento do estudo aqui proposto, foi possível verificar que o sujeito melancólico ocupa uma posição única no espectro psíquico, situando-se entre extremos. Nesse campo, a capacidade de simbolização refere-se à habilidade para processar e atribuir significado às experiências internas e externas de forma simbólica, algo fundamental à clínica da melancolia, tendo em vista a maneira como o psiquismo lida com conflitos e desejos inconscientes.

Esse posicionamento da melancolia mostra-se crucial para o entendimento da diversidade em relação às categorias psíquicas, para além das categorizações tradicionais da neurose e da psicose. Esse fator abre caminho para uma compreensão mais matizada dos diferentes tipos de sujeitos no espectro psíquico, especialmente aqueles que não se encaixam perfeitamente nas definições existentes.

Diante de todo o material até então desenvolvido, foi então possível dar voz ao campo da escuta, partindo das questões próprias que envolvem a intersecção entre melancolia e CAPS. Nessa confluência, buscou-se demonstrar que o manejo clínico exige atenção e escuta especiais, principalmente no tocante à crueldade e à violência

com as quais o Eu melancólico se defronta - tendo a si próprio como alvo da destruição -, situação essa que deixa como marcas as paralisias nos processos de representação.

A essa altura, o intuito era problematizar, mas também demonstrar as nuances que acompanham as possibilidades do trabalho psicanalítico no contexto da saúde mental pública brasileira e, de forma mais específica, as questões que propriamente perpassam a clínica da melancolia a partir das experiências que se dão no CAPS. Portanto, segmentado em três partes, o capítulo derradeiro dedicou-se à exploração dos aspectos clínicos e dos fundamentos para uma abordagem clínica pautada na lógica do convívio. Adicionalmente, abordou os elementos concernentes à sua implementação por meio do trabalho grupal e, com particular atenção, através dos denominados grupos de fala, desvelando a complexidade e a riqueza de tal articulação em relação à melancolia.

Partindo do princípio de que uma compreensão do sofrimento psíquico emerge da inabilidade do indivíduo em internalizar sua própria narrativa e vivência subjetiva, a eficácia terapêutica de quaisquer intervenções se encontra intrinsecamente ligada a um marco pré-estabelecido acerca do sofrimento, bem como dos métodos de cuidado utilizados. Frente ao momento desenvolvido nesse quarto capítulo, o esforço que se mostrou pungente foi o de caracterizar o convívio enquanto um dispositivo de cuidado em saúde mental fundamental no contexto propositivo para uma clínica da melancolia no CAPS. A potencialidade do convívio pôde exatamente se revelar em virtude da ausência do script preestabelecido sobre como se relacionar, o que permite uma maior flexibilidade e espontaneidade nas interações.

O cenário delineado sugere um ambiente psicossocial complexo, no qual os usuários lidam não apenas com seus desafios internos, mas também com as dinâmicas adversas presentes nas instituições de saúde mental. E a compreensão dessas condições mostra-se fundamental para uma abordagem terapêutica eficaz e compassiva,

reconhecendo a complexidade das experiências e dos sofrimentos enfrentados por tais indivíduos.

Nesse sentido, o estudo procurou demonstrar que o CAPS foi concebido como uma abordagem terapêutica, sendo moldado especialmente para tal finalidade. A prática de acolhimento e a ampliação dos espaços de interação e fortalecimento de vínculos também desempenham um papel crucial. Ele tem se consolidado como um local dedicado a oferecer amparo e sentido ao sofrimento, além de criar formas inovadoras de lidar com as angústias e vivências dos usuários. Seu formato de trabalho, progressivo e integrativo, promove modos de transformação e contribui para a construção de caminhos mais saudáveis e significativos para os usuários.

O teor do estudo realizado demonstra ainda que os objetivos do CAPS não se restringem à remissão de sintomas, mas aspiram a uma mudança mais profunda na subjetividade dos usuários. Portanto, mostra-se imperativo considerar não apenas indicadores quantitativos, como a redução de sintomas ou frequência de crises, mas também as transformações observadas nos usuários. Essa transformação de ordem subjetiva implica na reconfiguração das vivências psíquicas, resignificação do sentido atribuído ao sofrimento e reconstrução das relações consigo mesmo e com o entorno social. E para avaliar esse impacto é necessário considerar não apenas o momento presente, mas também toda a trajetória do sujeito ao longo do acompanhamento no CAPS. A escuta qualificada, a oferta de suporte emocional e a promoção da autonomia são elementos fundamentais nesse processo.

O convívio também foi alçado a elemento determinante desse processo. Ele é considerado um dispositivo adicional e substitutivo no âmbito da atenção psicossocial em relação às práticas hospitalocêntricas tradicionalmente adotadas, tendo sido explorado também como uma resposta contrária aos dispositivos de controle. Foi

desenvolvida a ideia de que a vertente clínica do convívio se mostra intrinsecamente ligada à concepção de subjetividade, bem como à de transformação subjetiva, e se situa como um campo de prática orientado por uma visão abrangente e diversificada, focada na promoção da inclusão social e no resgate da cidadania.

Nesse contexto, a função do CAPS tem se mostrado eficaz, no sentido de operar no espaço intermediário entre a instituição e o território, funcionando como um catalisador para a elaboração e remodelação das experiências cotidianas. Os espaços oferecidos funcionam como catalisadores para a promoção de interações sociais, desempenhando um papel essencial na reintegração dos indivíduos à sua rede familiar e social, por meio do desenvolvimento de suas competências. Além disso, contribui para o suporte e manejo de manifestações psicopatológicas, como delírios, alucinações e ideações.

Verificou-se ainda que, no âmbito da atenção psicossocial pertinente a este estudo, o convívio encontra-se integrado à política nacional de desinstitucionalização em saúde mental, tornando-se parte de um contexto em que os dispositivos estão voltados para a construção de uma resposta social alternativa ao sofrimento psíquico grave. E, mesmo empreendendo esforços no sentido de promover o convívio e a inclusão, é essencial considerar as nuances das interações sociais.

No contexto da clínica da melancolia, o convívio pode ser considerado como um mecanismo capaz de adaptar-se às necessidades individuais, mesmo estando configurado como uma experiência de âmbito coletivo. É importante que esse dispositivo encontre um equilíbrio entre o cuidado sem coação e a não desassistência, ou seja, operando sem impor um controle excessivo, mas também sem negligenciar as particularidades e as demandas individuais que surgem no contexto melancólico.

Portanto, trata-se de considerar o convívio como um elemento terapêutico à melancolia e, sobretudo, como um espaço propício para a formação da subjetividade por meio de processos intersubjetivos. Essas relações intersubjetivas são elementos essenciais no processo melancólico e, nesse sentido, justifica-se, inclusive, a necessidade de mudança no papel desempenhado pelos profissionais. Eles abandonam suas posições tradicionais e são incentivados a adotar novos papéis. Essa transformação pressupõe uma integração entre competência técnica e sensibilidade interpessoal, que envolve uma disposição para compreender a perspectiva do outro e criar um ambiente propício para a expressão autêntica de cada indivíduo.

O objetivo é promover um tipo de convívio igualitário que vá além de uma solidariedade superficial, visando efetivar mudanças estruturais. Essa abordagem requer a capacidade de lidar com o inesperado, de reconhecer e valorizar as diferenças individuais, e de evitar a rigidez institucional. O desafio na prática da clínica da melancolia reside, portanto, em desenvolver uma forma de convívio baseada nas necessidades e desejos dos usuários, favorecendo a construção de narrativas pessoais.

Verifica-se, assim, uma modalidade que tem como objetivo maior auxiliar no bem-estar e em uma melhor inserção social do usuário por meio do convívio enquanto dispositivo. Esse tipo de cuidado pode ou não ter como eixo principal a dialogicidade na relação terapêutica. O fator fundamental é que nesse processo relacional, afetivo e cognoscitivo, o sujeito tenha condições de expor livremente suas experiências de vida, sem receios ou expectativas de julgamentos normalizadores ou moralistas.

A abordagem dialogal, é válido sublinhar, não é vista apenas como uma interação interpessoal básica, mas como um processo profundo em que o profissional e usuário compartilham convicções, significados, emoções e conhecimentos de forma

empática, dentro de uma linguagem comum que ambos entendem e aceitam. Isso é feito com espírito de criticidade e afeto, promovendo uma relação de poder cooperativo.

Nesse sentido de uma abordagem dialogal, a relevância do Grupo de Fala é ressaltada devido à sua função tanto de instrumento clínico quanto de ambiente seguro, que facilita o reconhecimento e processamento de experiências excessivas e traumáticas. O grupo tem o propósito de fornecer um ambiente no qual seus participantes possam expressar-se livremente, recebendo suporte para seu sofrimento e suas necessidades. Ele se destina a usuários que se encontram em sofrimento psíquico grave. E esse tipo de sofrimento, caracterizado por uma angústia profunda e perturbadora, e emoções avassaladoras que afetam severamente a vida dos usuários em vários aspectos, constitui a maior parte da clínica do CAPS, conforme ressalta Costa (2006).

Em relação ao quadro melancólico, observa-se frequentemente um cenário dominado pela ausência de esperança, a qual se encontra intrinsecamente ligada à intensificação das angústias relacionadas à morte, manifestadas através de sensações de vazio e desmoronamento. Os indivíduos afetados por essa condição frequentemente percebem o meio social como uma entidade ameaçadora e iminente, o que contribui para uma autoimagem marcada por desajuste e fragmentação.

Essa experiência subjetiva é profundamente influenciada pela pulsão de morte, resultando em uma relação conflituosa com o Eu, caracterizada pelo autodesprezo. Tal dinâmica psíquica ressalta a complexidade do tratamento da melancolia, exigindo abordagens terapêuticas que não apenas a reconheçam, mas que consigam manejá-la, inclusive no tocante à hostilidade voltada contra o próprio sujeito.

Essas tendências autodestrutivas, como discutido por Green (1988a), estão vinculadas a processos desenvolvidos durante a infância. Tais dinâmicas psíquicas podem ser compreendidas à luz da teoria psicanalítica, que explora a origem e a manutenção dessas tendências no contexto das primeiras relações objetais e experiências de vida. A relevância desses conteúdos para a compreensão do público assistido pelo CAPS ressalta a importância de abordagens terapêuticas sensíveis à complexidade dos processos psíquicos em jogo. Reconhecer as origens infantis dessas tendências destrutivas, bem como as implicações das vivências excessivas e traumáticas, mostra-se fundamental para a elaboração de estratégias de cuidado que visem a reestruturação psíquica e a promoção de um processo de recuperação mais integrado.

Nesse sentido, o trabalho aqui desenvolvido aponta que o CAPS desempenha um papel fundamental na recepção e na expansão dos ambientes propícios à interação e ao reforço dos laços interpessoais, oferecendo uma estrutura de suporte essencial para o processamento de vivências marcadas por sua intensidade. Funciona proporcionando contenção e atribuição de significado ao sofrimento, além de facilitar a transmutação das inquietações e das experiências dos sujeitos.

O suporte institucional facilita a expressão e a representação de vivências em diversas dimensões e formas, abordando uma ampla gama de demandas e requisitos. Conseqüentemente, este mecanismo se depara com o desafio central de fomentar a desinstitucionalização, sendo essencial percebê-lo como uma prática de cuidado abrangente e reflexiva, em oposição à sua concepção como uma mera unidade de saúde.

Assim, no que tange ao manejo da melancolia, mostra-se crucial considerar os efeitos psíquicos das vivências subjetivas, com o objetivo de desenvolver estratégias

que proporcionem acolhimento e promovam a elaboração dessas experiências. Essa abordagem envolve, inicialmente, o reconhecimento dessas vivências, seguido por sua simbolização, como etapas fundamentais para facilitar o processo terapêutico.

Sob esse cenário, o grupo é entendido como uma entidade única, e possui dinâmicas e estruturas próprias. Sua premissa fundamental reside na interconexão das elaborações individuais de cada participante com as suas representações singulares, as quais influenciam seu discurso associativo, bem como com as elaborações dos demais membros. Na vivência em grupo, cada elemento assimilado através dos movimentos transferenciais enriquece a tessitura associativa que se estabelece enquanto narrativa coletiva.

Os diálogos promovidos no Grupo de Fala frequentemente abordam a invisibilidade e indiferença experimentadas pelos participantes em seus contextos cotidianos. O engajamento por meio de questionamentos e reflexões críticas, inclusive acerca do próprio serviço oferecido pelo CAPS, culmina na apropriação simbólica desse espaço pelos usuários. A transição de um discurso que paralisa para um discurso ativo, participativo e crítico fomenta transformações significativas na esfera da comunicação e da autonomia. Assim, a promoção dessa autonomia emerge como um elemento cada vez mais fundamental no processo de cuidado facilitado pelo CAPS, o que reflete a importância dessas estratégias terapêuticas.

Em uma visão expandida da saúde mental, o tratamento realizado em grupos, apoiado pelo suporte e pela contenção oferecidos pela equipe terapêutica, demonstra ser particularmente eficaz, especialmente quando são criados espaços dedicados à reflexão e à elaboração. Na ausência desses espaços, contudo, as angústias mais arcaicas

predominam e as estratégias defensivas se tornam rígidas, obstruindo a possibilidade de ajustar o enquadramento terapêutico às necessidades específicas do sujeito.

Uma vez transpostas as barreiras emocionais, emergem oportunidades para o estabelecimento de vínculos mais autênticos e genuínos com o outro. A centralidade, portanto, no contexto da clínica da melancolia, reside na disposição pessoal para se engajar e na receptividade à construção de um espaço relacional caracterizado, dentre outros aspectos, por autenticidade, diálogo e empatia.

Desta forma, através de uma análise exploratória e também propositiva, o estudo apresentou e problematizou as nuances que acompanham as possibilidades do trabalho psicanalítico no contexto da saúde mental pública brasileira e, de forma mais específica, as questões que perpassam a clínica da melancolia a partir das experiências que se dão no CAPS. Transitando pelo contexto que propiciou a implantação da Política de Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica, o trabalho de tese possibilitou a análise de elementos concernentes à constituição e ao funcionamento do CAPS, bem como as aproximações da perspectiva psicanalítica em relação ao discurso da Reforma. E, posteriormente, caracterizou a clínica da melancolia nesse cenário, através de elementos como o convívio e a prática de trabalhos em grupo.

O convívio foi caracterizado como um dispositivo que possibilita a construção de relações intersubjetivas, a partir da inserção social, de um enquadre flexível e do respeito integral ao outro. Desempenhando um papel fundamental na interconexão das experiências, bem como na criação de laços sociais, o convívio tem a capacidade de estabelecer conexões entre pessoas, lugares e ações - função esta fundamental, principalmente, quando se remete ao característico quadro da melancolia, no qual a capacidade de conexão encontra-se significativamente comprometida.

Já o trabalho em grupo foi investigado em diferentes dimensões, incluindo a sua função como um meta-continente institucional, sua capacidade de proporcionar acolhimento sensível e expressão de vivências angustiantes, e, especialmente, seu direcionamento no enfrentamento às tendências autodestrutivas associadas à melancolia, as quais têm raízes em processos desenvolvidos durante a infância. A importância desses temas para a compreensão do público atendido pelo CAPS destaca a necessidade de abordagens terapêuticas que sejam sensíveis à complexidade dos processos psíquicos envolvidos. Portanto, a atuação do CAPS mostra-se notável por sua ênfase na promoção da reinserção social, levando em consideração a complexidade da subjetividade dos usuários, e respeitando a autonomia e a singularidade de cada indivíduo, o que contribui para uma abordagem mais inclusiva e respeitosa da diversidade humana.

Referências Bibliográficas

- Alberti, S. (2006). A Estrutura e as redes em psicanálise. In S. Alberti & A. C. Figueiredo. *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (pp. 81-100). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Alberti, S. & Figueiredo, A. C. (2006). Apresentação. In S. Alberti & A. C. Figueiredo. *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (pp. 7-18). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Amancio, V. R. (2012). *Um clínica para o CAPS: a clínica da psicose no dispositivo da Reforma Psiquiátrica*. Curitiba: Editora CRV.
- Amarante, P. (1994). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fio Cruz.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. & Torres, E. H. G. (2001). A constituição de novas práticas no campo da Atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, 25(58), p. 26-34.
- Augé, M. (1994). *Não-lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade*. Campinas: Papirus.
- Baldwin, J. M. (1901). *Dictionary of Philosophy and Psychology*. London: MacMillan.
- Baremlitt, G. (1982). *Grupos: teoria e técnica*. Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda.
- Baremlitt, G. (1997). Amigos qualificados... ou acompanhantes terapêuticos? In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Orgs.). *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*, p. 177-182, São Paulo: EDUC.
- Barra, O., Mendes, E. D. & Vianna, T. C. (2014). Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30 (4), p. 423-431.
- Basaglia, F. (1968). *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal.
- Benício, C. A. (2011). *Da interpretação às construções: aspectos da evolução e limites do método freudiano de psicanálise*. [Dissertação de Mestrado. Universidade de

- Brasília. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura].
<http://repositorio2.unb.br/jspui/handle/10482/10750>
- Berenstein I. (2003). Reflexões sobre uma psicanálise do vínculo. In Green A. (Org.). *Psicanálise contemporânea: revista francesa de psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Berlinck, M. T. & Fédida, P. (2000). A clínica da depressão: questões atuais. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 3, 2, p. 9-25.
- Berrios, G. (2012). Melancolia e depressão durante o século XX: uma história conceitual. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 590-608.
- Birman, J. (2000). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Brasil. (2002). *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar sim, excluir não*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004). *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bueno, D. S. & Pereira, M. E. C. (2002). Sobre a situação analítica: a experiência de psicoterapia psicanalítica no hospital universitário da Unicamp. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 15(157), 15-24.
- Campos, D. T. F., Rosa, C. M. & Campos, P. H. F. (2010). A confusão de línguas e os desafios da psicanálise em instituição. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, 30(3), 504-523.
- Candi, T. S. (2010). *O duplo limite: o aparelho psíquico de André Green*. São Paulo: Escuta.
- Carvalho Júnior, A. C. N., Amparo, D. M. & Nogueira, R. N. (2019). O Grupo de Escuta como um dispositivo clínico em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II). *Revista Psicologia Clínica*, 31(1), p. 123-143.
- Cordás, T. A. (2002). *Da bile negra aos neurotransmissores: uma introdução histórica*. São Paulo: Lemos.

- Correia, V. R.; Barros, S. & Colvero, L. A. (2011). Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev. esc. enferm. USP*. v.45, n.6, p. 1501-1506. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032>.
- Costa, I. I. (2006). Adolescência e primeira crise psicótica: Problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave. In: *II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental*, 2006, Belém. Anais do II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Pulsional.
- Costa, I. I. (2010). *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem complexa*. Brasília: Kaco.
- Damous, I. & Erlich, H. (2017). O ambulatório de saúde mental na rede atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 27 (04), p. 911-932.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21(1), p. 6-11.
- Del Volgo, M. (1998). *O instante de dizer*. São Paulo: Escuta.
- Demo, P. (1994). *Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Demo, P. (2005). *Éticas multiculturais: sobre convivência humana possível*. Petrópolis, Vozes.
- Diniz, M. (2018). O(a) pesquisador(a), o método clínico e sua utilização na pesquisa. In: Ferreira, T. & Vorcaro, A. (Orgs.). *Pesquisa e psicanálise: do campo à escrita*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Dor, J. (1989). *Introdução à leitura de Lacan*. Artes Médicas. Porto Alegre.
- Dunker, C. (2021). *Uma biografia da depressão*. São Paulo: Planeta.
- Enriquez, E. (1991). O trabalho de morte nas instituições. In: Kaës, R.; Bleger, J.; Enriquez, E.; Fornari, F.; Fuster, P.; Roussillon, R.; Vidal, P. (orgs.). *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*, p. 73-98. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Figueiredo, A. C. (1996). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: A clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

- Figueiredo, L. C. (1999). As províncias da angústia (Roteiro de viagem). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2 (1), p. 50-63.
- Figueiredo, L. C. (2010). Prefácio. In T. Candi, *O duplo limite: o aparelho psíquico de André Green*. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. & Cintra, E. U. (2004). Lendo André Green: O trabalho do negativo e o paciente limite. In M. R. Cardoso (Org.), *Limites*, pp. 13-58. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. & Minerbo, M. (2006). Algumas ideias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39 (70), pp. 257-278.
- Foucault, M. (1997). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1961)
- Foucault, M. (1998). *O nascimento da clínica*. São Paulo: EPU.
- Foucault, M. (2008). *Microfísica do poder*. 25ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Freud, S. (1996). Manuscrito G. Melancolia. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)
- Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
- Freud, S. (1996). Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 10). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1909)
- Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (1996). O instinto e suas vicissitudes. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (1996). Luto e melancolia. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917[1915])

- Freud, S. (1996). História de uma neurose infantil. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 17). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1918[1914])
- Freud, S. (1996). *Sobre o ensino da psicanálise nas universidades*. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 17). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919)
- Freud, S. (1996). Psicologia de Grupo e Análise do Eu. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1921)
- Freud, S. (1996). Neurose e Psicose. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1924[1923])
- Freud, S. (1996). A negativa. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1925)
- Freud, S., & Fliess, W. (1986). *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess: 1887-1904*. Rio de Janeiro: Imago.
- Furlan, V., Ribeiro, S. F. R. (2011). A escuta do psicoterapeuta em grupo com pessoas em sofrimento mental atendidas em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Vínculo*, 8, p. 22-29.
- Garcia, C. A. (2007). Os estados limite e o trabalho do negativo: uma contribuição de A. Green para a clínica contemporânea. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, v. 7 (1), p. 123-135.
- Garcia, C. A. (2012). O trauma em André Green. *Alter – Revista de Estudos Psicanalíticos*, v. 30 (2), p. 19-30.
- Garcia-Roza, L. A. (1994). Pesquisa de tipo teórico. In *Psicanálise e universidade*, n. 1, p. 9-32, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.
- Ginzburg, J. (2001). Conceito de melancolia. In *A clínica da melancolia e das depressões*. *Revista da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, n. 20, p. 102-116.
- Goffman, E. (2001). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1961)

- Gorog, J. & Gorog, F. (1990). Questões sobre a estrutura da psicose maníaco-depressiva. *Papéis do Simpósio do Campo Freudiano*.
- Green, A. (1975). The analyst, symbolization and absence in the analytic setting (on changes in analytic practice and analytic experience). *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 1-22.
- Green, A. (1982). La double limite. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 25, 267-283.
- Green, A. (1988a). A Mãe Morta. In *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta.
- Green, A. (1988b). *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta.
- Green, A. (1988c). Pulsão de morte, narcisismo negativo e pulsão desobjetalizante. In A. Green et al., *A Pulsão de Morte*. São Paulo: Escuta.
- Green, A. (1990). The borderline concept. In *On private madness* (pp 60-83) Madison: International Universities Press. (Trabalho original publicado em 1977)
- Green, A. (1994). *Um psicanalista engajado: Conversa com Manuel Macias*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Green, A. (1995a). Seminario sobre el trabajo de lo negativo. In *El trabajo de lo negativo*, pp. 386-392. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1988)
- Green, A. (1995b). Aspectos de lo negativo: Semântico, linguístico, psíquico. In *El trabajo de lo negativo*, pp 31-46. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1993)
- Green, A. (2017a). A psicanálise e o pensamento habitual. In *A loucura da vida privada: psicanálise de casos-limite*. São Paulo: Escuta. (Trabalho original publicado em 1990)
- Green, A. (2017b). A virada dos anos loucos. In *A loucura da vida privada: psicanálise de casos-limite*. São Paulo: Escuta. (Trabalho original publicado em 1990)
- Guerra, A. M. C. (2004). Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: Costa, C.; Figueiredo, A. C. (orgs.). *Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental – Sujeito, Produção e Cidadania*, 23-58. Rio de Janeiro: Contracapa.

- Hermann, F. (2001). *Introdução à teoria dos campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Juruena, M. F., Calil, H. M., Fleck, M. P. & Del Porto, J. A. (2011). Estudos latino-americanos sobre melancolia: um transtorno do humor melhor definido para o CID-11. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 33(1), p. 537-547.
- Kaës, R., Bleger, J., Enriquez, E., Fornari, F., Fustier, P., Roussillon, R. & Vidal, J. P. (1991). A instituição e as instituições. In *A instituição e as instituições* (pp. 171-171).
- Kaës, R. (2014). Les médiations entre les espaces psychiques dans les groupes. In Brun, A. (org.). *Les médiations thérapeutiques*, p. 49-57. Toulouse: Éditions érès.
- Kehl, M. R. (2015). *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo.
- Kinoshita, R. T. (2001). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In Pitta, A. M. F. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, p. 55-59.
- Kobori, E. T. (2013). Algumas considerações sobre o termo psicanálise aplicada e método psicanalítico na análise da cultura. *Revista de Psicologia da UNIFESP*, 12(2), P. 73-81.
- Lambotte, M.-C. (2000). *Estética da melancolia*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Lancetti, A. (1993). Clínica grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem. In Lancetti, A. (org.). *SaúdeLoucura, nº 4: Grupos e coletivos*, p. 155-72. São Paulo: Hucitec.
- Lancetti, A. (2008). *Clínica Peripatética*. 3. ed. São Paulo: Hucitec.
- Laplanche, J. (1987). *Novos fundamentos para a psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2001). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Leal, E. & Delgado, P. (2007). Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: Pinheiro, P. (org.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*, p.137-154. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO.

- Lobosque, A. M. (1997). *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Hucitec.
- Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Lobosque, A. M. (2003). *Clínica em movimento. Por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Maia, E. A. (2018). Apresentação. In: Ferreira, T. & Vorcaro, A. (Orgs.). *Pesquisa e psicanálise: do campo à escrita*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Mendonça, T. C. P. (2005). As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 25(4), p. 626-635.
- Mezan, R. (1985). *Freud, pensador da cultura*. São Paulo: Brasiliense.
- Mezan, R. (1994a). Pesquisa teórica em psicanálise. In *Psicanálise e universidade*, n. 2, p. 51-75, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.
- Mezan, R. (1994b). *Freud: a trama dos conceitos* (5ª edição). São Paulo: Perspectiva.
- Mezan, R. (2002). *Interfaces da Psicanálise*. São Paulo: Companhia das letras.
- Miranda, L. & Onocko-Campos, R. (2012). Funções clínicas do trabalho de referência junto a paciente psicóticos: uma leitura winnicotiana. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 29, n. 4, p. 519-529.
- Moreira, A. G. C. (2002). *Clínica da melancolia*. São Paulo: Escuta/Edufpa.
- Nicácio, M. F. S. (1990). *Produzindo uma nova instituição em Saúde Mental. O Núcleo de Atenção Psicossocial*. Santos: Mimeo.
- Ogden, T. H. (2014). *Leituras criativas: ensaios sobre obras analíticas semanais*. São Paulo: Escuta.
- Oury, J. (1989) *Création et schizophrénie*. Paris: Galilée.
- Passos, E. & Benevides, R. (2006). Passagens da clínica. In: Maciel, A.; Kuperman, D.; Tedesco, S. (Orgs.). *Polifonias: Clínica, Política e Criação*. Rio de Janeiro: Conreacapa, p. 89-100.
- Pereira, M. E. C. (2000). A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia. In R. Pacheco, *Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Peres, U. T. (2003). *Depressão e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Pessoti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. São Paulo: Ed. 34.
- Pichon-Rivière, E. (1986). *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes.
- Plastino, C. A. (2009). A dimensão constitutiva do cuidar. In Maia, M. S. (Org.). *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009, p. 53-88.
- Puget J. (2000). Traumatismo social: memória social y sentimiento de pertenencia. *Memoria social-memoria singular. Rev Psicoanal*, 22(2): 455-82.
- Quinet, A. (2008). *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Resende, T. I. M. (2015). *Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental*. [Tese de Doutorado. Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura]. <http://repositorio2.unb.br/jspui/handle/10482/21117>
- Ribeiro, A. M. (2005). Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. *Psicologia USP*, 16(4).
- Ribeiro, R. C. F. (2004). Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial. In: Costa, C.; Figueiredo, A. C. (orgs.). *Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental – Sujeito, Produção e Cidadania*, p. 105-116. Rio de Janeiro: Contracapa.
- Rinaldi, D. L. (1999). *Clínica e Política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental*. Disponível em [//www.interseccaopsicanalitica.com.br](http://www.interseccaopsicanalitica.com.br). Acesso em 16 de abril de 2011.
- Rinaldi, D. L. (2003). Clínica do sujeito e atenção psicossocial: Novos dispositivos de cuidado no campo da saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 3(1), p. 97-100.
- Rodrigues, J. & Brognoli, F. (2014). Acolhimento no serviço de atenção psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. v.6, n.13, p.61-74.
- Rosa, C. M. & Vilhena, J. (2011). A clínica psicanalítica nos espaços abertos do CAPS. *Arquivos de Psicologia*, 63(3), p. 129-147.
- Roudinesco, E. (2000). *Por que a Psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar.

- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Roussillon, R. (1995). *Logique et archéologiques du cadre psychanalytique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Roussillon, R. (2014a). Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations. In: Brun, A. (org.). *Les médiations thérapeutiques*, p. 23-34. Toulouse: Éditions érès.
- Roussillon, R. (2014b). Théorie du dispositif clinique. In: *Manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie*. Paris: Elsevier Masson.
- Ruiz-Doblado, S. (2010). Sacrificing validity for feasibility in psychopathology: Seeing through a dark glass. *Rev Chil Neuro-psiquiatr*. v. 48(3), p. 232-44.
- Rush, J. A. & Weissenburger, M. A. (1994). Melancholic symptoms features and DSM-IV. *Am J Psychiatry*.; 151: 489-98.
- Santos, A. O. (2003). “Está vazio”: desritualização e dispersão na oficina de rádio. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(1), 44-49. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000100007>
- Santos, I. M. V. & Santos, A. M. (2011). Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *Revista de Salud Pública*. v.13, n.4, p. 703-716.
- Schneider, K. (1978). *Psicopatologia clínica*. São Paulo: Mestre Jou.
- Scliar, M. (2003). *Saturno dos trópicos: a melancolia européia chega ao Brasil*. São Paulo: Cia das Letras.
- Sigal, A. M. (1989). Psicanálise, grupos, instituição pública. *Revista Percurso*, (2), 42-44.
- Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica*. Alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Teixeira, B. S. (2009). Construindo (n)a reforma psiquiátrica: um relato de experiência. In: Costa, I. I.; Grigolo, T. M. (Orgs.). *Tecendo Redes em Saúde Mental no Cerrado*. Brasília: UnB e Ministério da Saúde, p. 153-177

- Teixeira, M. A. R. (2005). Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. *Revista de Psicologia da UNESP*, 4(1), p. 40-56.
- Tenório, F. (2001). *Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Vasconcelos, E. M. (2003). *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Paulus.
- Vertzman, J. (1995). *Tristeza e depressão: pensando nos problemas da vida*. São Paulo: Vozes.
- Vieira Filho, N. G. (1998). Situação de “crise” e atendimento psicossocial à família. In N. G. Vieira Filho (Org.), *Clínica psicossocial. Terapias, intervenções, questões teóricas* (pp.55-73). Recife: Editora UFPE.
- Vieira Filho, N. G. (2001). Souffrance psychotique et esprit obsédant. Entre l’action thérapeutique et l’accueil religieux. *Bulletin de Psychologie*, 54(2), 137-145.
- Vieira Filho, N. G. (2003). O processo dialógico na atenção terapêutica psicossocial. Contribuições de Paulo Freire. In *Anais do III Colóquio Internacional Paulo Freire*. João Pessoa: Editora UFPB.
- Vieira Filho, N. G. & Morais, S. R. S. (2003). A prática da clínica psicossocial. Construindo o diálogo com o cliente dito “psicótico”. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(3), 34-41.
- Vilhena, J. (1993). Apartheid clínico: uma visão violenta e autoritária da prática clínica. In *Cadernos do Serviço de Psicologia Aplicada: uma prática em debate*, n. 5. Rio de Janeiro: PUC-Rio.
- Vilhena, J. (2002). Da cidade onde vivemos a uma clínica do território. Lugar e produção de subjetividade. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 15(163), 48-54.
- Vilhena, J. (2008). Palavras sufocadas... atos desesperados. Violência, lei e subjetivação. *Latin American Journal of Psychopathology Online*, 5(2), 241-252.
- Vilhena, J. & Santos, A. (2000). Clínica psicanalítica com comunidades. Um desafio contemporâneo. *Cadernos do Tempo Psicanalítico*, (32), 09-35.
- Vitta, A. R. (2008). O grupo e a psicose: articulações sobre a direção do tratamento. *CliniCAPS*, 2(5).

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198360072008000200004&lng=pt&tlng=pt (acessado em 24-mar-2018).

Wing, J., Cooper, J. & Sartorius, N. (1974). *The measurement and classification of psychiatry symptoms*. London: Cambridge University Press.

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.