

Entre o cérebro e a clínica ampliada: psiquiatria biológica e reforma psiquiátrica no Brasil

Between the brain and the extended clinic: biological psychiatry and psychiatric reform in Brazil

Entre el cerebro y la clínica extendida: psiquiatría biológica y reforma psiquiátrica en Brasil

Entre le cerveau et la clinique agrandie: psychiatrie biologique et reforme psychiatrique au Bresil

MANOEL OLAVO LOUREIRO TEIXEIRA

Este artigo discute duas mudanças ocorridas na atenção psiquiátrica do Brasil nos últimos vinte anos: a adoção do modelo científico neurobiológico da psiquiatria dos EUA pela psiquiatria brasileira, enquanto especialidade médica; e a consolidação do movimento de Reforma Psiquiátrica, pela aprovação da lei 10216, de abril de 2001, que levou à implantação de um modelo de desinstitucionalização na rede de Saúde Mental e a adoção de prática renovadas de assistência, a chamada clínica da atenção psicossocial. O trabalho critica as distorções oriundas do reducionismo fisicalista gerado pela psiquiatria biomédica contemporânea. Também analisa a assistência oferecida pelos dispositivos da Reforma Psiquiátrica, destacando a necessidade de utilização de uma abordagem multiparadigmática dos transtornos mentais graves. Dessa forma, é possível levar em consideração aspectos biológicos, corporais, subjetivos, simbólicos e sociais do adoecimento mental, numa interação complexa e complementar, que permita a clínica ampliada e a prática renovada de atenção em Saúde Mental.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica. Psiquiatria biológica. Clínica da atenção psicossocial. Saúde mental. Clínica ampliada.

No decorrer dos últimos vinte anos, testemunhamos o desenrolar de duas ordens de acontecimentos concomitantes e contraditórios no campo da assistência psiquiátrica no Brasil.

Por um lado, observou-se uma hegemonização teórica da psiquiatria, como especialidade médica, pelo modelo de cientificidade da psiquiatria norte-americana. Esse modelo se estabeleceu a partir do salto de conhecimentos obtido pelas neurociências naquele país, por avanços tecnológicos que permitiram a obtenção de imagens funcionais e estruturais do cérebro *in vivo*, pela introdução de novos psicofármacos, e pela utilização dos critérios diagnósticos das várias versões do Manual Estatístico e Diagnóstico da Associação Psiquiátrica Norte-americana¹ (DSM), não apenas como instrumento para uniformizar categorias de pesquisa, mas como um manual clínico de referência e ensino na especialidade. Consolidou-se um modelo clínico-psiquiátrico de forte orientação neurobiológica, sendo possível falar num processo de *remedicalização* da psiquiatria. Esse processo foi amparado por um amplo espectro de novas descrições e categorias diagnósticas, em sua maioria baseadas nas hipóteses das neurociências, tratáveis por psicofármacos lançados em profusão, principalmente antidepressivos. As abordagens de natureza psicológica e intersubjetiva, as investigações psicopatológicas, as leituras de cunho social, todas estas viram diminuir sua relevância no ensino, pesquisa e assistência em psiquiatria.

Por outro lado, consolidou-se no Brasil o movimento da *Reforma Psiquiátrica*, tanto no campo da formulação das políticas públicas de assistência em Saúde Mental, quanto na adoção de um modelo assistencial baseado em novos dispositivos de cuidado que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e integram o Sistema Único de Saúde. A RAPS é formada por serviços e equipamentos variados, como unidades de atenção básica, núcleos de saúde de família, NAPS, CAPS (CAPS I, II e III, CAPSad, CAPSi), hospitais-dia, unidades de acolhimento, leitos de atenção em hospital geral, unidades de acolhimento, internação hospitalar, emergências, ambulatórios multiprofissionais, consultórios de rua, oficinas e centros de convivência, serviços residenciais terapêuticos, numa estratégia de desinstitucionalização que visa superar o modelo asilar tradicional e promover atenção integral e reabilitação psicossocial aos portadores de transtornos mentais graves (Portaria n. 3088, 2011). Difundiu-se a ideia de

¹ Atualmente utiliza-se a DSM-V, lançada em 2013.

promover uma assistência em liberdade, respeitando os laços territoriais e de sociabilidade dos sujeitos em sofrimento psíquico. Houve um esforço coletivo de construção de uma prática renovada em saúde mental, batizada de *clínica da atenção psicossocial*. Essa prática passou a articular-se com os diversos níveis e dispositivos assistenciais da rede de Saúde. Hoje, serviços de Saúde Mental que trabalham com equipes multiprofissionais são a regra, não mais a exceção. O grande hospital psiquiátrico de características manicomiais perdeu sua centralidade na assistência, houve uma redução drástica no número de leitos de internação e maior atenção aos direitos dos pacientes. A aprovação da lei 10.216, em abril de 2001, consagrou os princípios deste modelo de atenção, que é a política oficial do Estado brasileiro na área de Saúde Mental.

Como psiquiatra e docente, tive e continuo tendo a oportunidade de participar da implantação, do funcionamento e do cotidiano de experiências institucionais sintonizadas com o ideário da Reforma Psiquiátrica. Pude constatar a força da adesão de profissionais a estes novos dispositivos, seu compromisso com a humanização do tratamento, seu respeito às formas singulares de existência, seu empenho por práticas que incluam saberes sobre a subjetividade e aspectos sociais do sofrimento psíquico. Também verifiquei o enorme benefício obtido por usuários com o fim de longas internações em instituições manicomiais, o resgate de identidades esfaceladas, o combate à exclusão, a reconstrução de laços sociais e o renascimento de incontáveis vidas e esperanças.

Como psiquiatra e docente, tive e continuo tendo a oportunidade de verificar a força de penetração da psiquiatria biomédica produzida nos EUA, responsável pelo engajamento de psiquiatras à sedutora promessa de eficácia, de solução rápida, do conforto de protocolos clínicos pré-definidos, da abordagem essencialmente psicofarmacológica, que promete sintonia com uma modernidade que se julga apta para desvendar a etiologia dos transtornos mentais, por força da equação científicidade de ponta *plus* reducionismo fisicalista radical. Em decorrência do desenvolvimento das leituras neurocientíficas na psiquiatria das últimas décadas, reforçou-se a noção de que os transtornos mentais seriam a expressão exclusiva de uma alteração de base biológica no cérebro.

De fato, nos últimos vinte anos, testemunhamos o fortalecimento de dois modelos opostos de concepção saúde-doença na assistência psiquiátrica brasileira. São movimentos conflitantes no campo das ideias e das práticas sociais, que coexistem, se entrelaçam e se chocam todo o tempo. Para quem circula pelo território do conhecimento

psiquiátrico, o resultado do convívio destas tendências é inquietante, para não dizer assustadora. A psiquiatria de base neurobiológica e a clínica da atenção psicossocial partem de diferentes concepções sobre normalidade, patologia e adoecimento psíquico. Porém, ambas participam do campo da atenção e da prática psiquiátrica contemporâneas, o que gera desencontros e ruídos. Muitos psiquiatras de orientação biomédica estrita fazem parte das equipes multiprofissionais de serviços da Reforma Psiquiátrica, por exemplo. É como se estivéssemos diante de uma estranha criatura de duas cabeças, cujas perguntas e respostas não satisfazem a nenhum dos lados envolvidos.

A psiquiatria de resultados e o corpo desencantado

O conhecimento psiquiátrico desenvolvido a partir da chamada década do cérebro, como o Presidente norte-americano George Bush, pai, batizou os anos 1990, permitiu avanços em termos de mapeamento cerebral, aprimoramento de drogas, construção de hipóteses neurofisiológicas sobre o comportamento humano, além de fornecer uma sensação de certeza quantitativa no manejo de sintomas psiquiátricos, por meio de testagens cognitivas e neuropsicológicas. Desde então, entrou em cena uma abordagem psiquiátrica cada vez mais objetivista, cada vez mais ancorada em metodologias de tipo quantitativa, cada vez mais centrada na resolução farmacológica de sintomas, cada vez menos dada a reflexões sobre a subjetividade e a natureza sociocultural das relações e dos comportamentos humanos. Este tem sido um fenômeno não apenas brasileiro, mas mundial.

Na abordagem fisicalista da psiquiatria contemporânea, estabeleceu-se uma relação de equivalência entre a descrição neuronal e a mental, isto é, “eventos mentais se relacionariam a eventos cerebrais de maneira específica, circunscrita e unicausal. A mente, nas suas diferentes expressões, seria um efeito do cérebro” (GAMA, 2012, p. 1408). Teorias que empregam vocabulários de outra natureza, como narrativas subjetivas, intersubjetivas ou psicossociais, seriam desprovidas de valor científico, segundo esta visão epistemológica.

Portanto, a psiquiatria contemporânea redefiniu seu objeto, reduzindo-o a um subproduto exclusivo de disfunções biológicas das vias de neurotransmissão central. Um número crescente de antigos quadros psiquiátricos e de novos transtornos recém-introduzidos foram incorporados a este modelo de compreensão. A neurotransmissão central tornou-se o epítome de todos os sinais, sintomas, síndromes, transtornos e

comportamentos humanos. Diversos padrões de comportamento e sofrimento psíquico, antes pensados como condições relacionadas a conflitos da existência humana, foram reinterpretados como sendo o resultado direto de alterações da neurotransmissão cerebral. Semelhante tipo de objetificação essencialista colocou em segundo plano a tradição psiquiátrica de pensar o sujeito em sofrimento psíquico como parte do universo da cultura e da linguagem, onde a dor e o sofrimento fazem sentido, comunicam algo e estão relacionadas às instâncias socioculturais da existência humana.

De acordo com Gama:

“É toda essa estrutura contextual e relacional que se perde ao reduzir a descrição mental à descrição neuronal. E essa perda implica uma psiquiatria amputada de suas características humanistas e uma equiparação indevida do indivíduo ao seu cérebro” (GAMA, 2012, p. 1409).

Restou-nos desta forma um corpo desencantado e fragmentário, refém e consequência de disfunções neuroquímicas e leituras materialistas e localizacionistas do sistema nervoso cerebral. Um corpo disfuncional e silencioso, pronto para ser manipulado ou medicado indiscriminadamente. O avanço de pesquisas genéticas e biomoleculares da medicina também reforçou leituras determinísticas e atavismos de toda sorte. Revigorou-se a antiga ideia de que a natureza humana, em geral, e seu comportamento e dimensão psicológica, em particular, são condicionadas por seu código genético. Disfunções desta ordem teriam, por conseguinte, uma base constitucional pré-determinada.

Repercussões na prática psiquiátrica

Esses fenômenos geraram mudanças na relação médico-paciente dentro da clínica psiquiátrica. O encontro inerente ao exercício da psiquiatria dissolveu-se em ações prescritivas que ignoram o universo simbólico e relacional, inscrito e mediado pela linguagem e cultura, onde o sujeito se constitui, se manifesta, vive, desfruta e sofre. O discurso do paciente ganhou estatuto de mero epifenômeno de uma verdade subjacente que seria, em última análise, corporal. Trata-se apenas do trabalho de recolher sintomas, e decidir qual psicofármaco prescrever. Podemos falar num esvaziamento da dimensão do humano, em troca do facilitário do *soma*, como anteviu Aldous Huxley no Admirável Mundo Novo, publicado em 1932.

“E, se acontecer, por algum mau acaso, algo desagradável, então há sempre o *soma* para ajudá-lo a fugir dos fatos. E sempre há *soma* para acalmar uma ira, para reconciliá-lo com os inimigos, para o tornar paciente e tolerante. Outrora só se podia conseguir isso com grande esforço, e após anos de intenso treinamento moral. Agora, tomam-se dois ou três comprimidos de meio grama e pronto. Todos podem ser virtuosos hoje. Pode-se conduzir consigo pelo menos a metade da moralidade num frasco”. (HUXLEY, 1982, p. 287)

Mesmo o sólido edifício do conhecimento psicopatológico parece ameaçado, visto que os sinais e sintomas psicopatológicos são tomados como descrições objetivistas de coisas, como noções substancializantes, e não como traduções, possibilitadas pelo procedimento fenomenológico, de vivências e representações do campo da consciência humana. Reduzir sintomas psicopatológicos a materialidades, oriundas de mensuração obtida pela aplicação de um formulário qualquer, por mais fidedigno que esta possa parecer, significa matar a psicopatologia, como fundamento, método e instrumento de investigação. O psiquismo é tomado como uma instância material, fixa e imutável. As categorias usadas na psicopatologia deixam de ter sentido, perde-se a dimensão da intuição (*Anschauung*), da compreensão empática, da identificação, de que nos falou Biswanger (BISWANGER 2019). Não se pode mais investigar, não se pode compreender o mundo vivido dos pacientes, não se pode ir além de descrições já existentes.

No entanto, esta prática psiquiátrica ancorada exclusivamente no modelo neuroquímico tem tido sucesso e parece aliviar o sofrimento de muitas pessoas. Ela permite a redução sintomatológica, provocando alívio. Ademais, não deixa de ser confortador, de um certo ponto de vista, saber que *temos* TOC, ou que *temos* transtorno do pânico, ou que *temos* depressão. O sofrimento desconhecido ganha uma tradução no vocabulário biomédico. Entende-se que algo se apossou de nosso corpo, algo que o faz sofrer, e que deve ser modulado ou extirpado. Trata-se, portanto, de não sentir dor, de livrar-se a qualquer custo da angústia e da dor emocional. Isto certamente tem grande eficácia simbólica, embora não pareça dizer respeito a quem manifesta o sofrimento.

O corpo assim pensado não supõe um sujeito que o encarne, nem permite a sua implicação num projeto de resolução do sofrimento. Este tipo de sofrimento não pode ser tematizado. É somente um lastro substantivo para sustentar disfunções neurofisiológicas. Embora passível de prescrições medicamentosas e supressão sintomatológica pontual, o corpo desencantado não se reconhece, não escolhe, não constrói, não experimenta dilemas

éticos. Não consegue ser feliz. Cronicamente insatisfeito, incompleto, perdido no labirinto da existência contemporânea, torna-se presa fácil de fetiches e ideais de consumo, da busca sem fim de algum complemento material, de algum preenchimento, da necessidade de produzir e consumir *ad infinitum*. Individualista em seu isolamento, anti-intelectual em sua recusa de reflexão, esse corpo desencantado vaga pela modernidade, sem saber como ocupar a lacuna aberta em sua subjetividade.

Todavia, não se trata simplesmente de desqualificar a prática psiquiátrica de base biológica, nem de condenar o uso de psicofármacos, ou a aplicação de instrumentos de avaliação e diagnóstico. Não é razoável uma recusa *a priori* de recursos terapêuticos que podem ser úteis, se usados com propriedade, e felizmente estão à nossa disposição. O problema é reduzir-se a psiquiatria inteira a esta única dimensão, só admitindo tal leitura como científica e válida. Não se trata de combater o avanço tecnológico, mas sim de usá-lo conforme imperativos éticos, em sua devida escala e limitação. A questão que desejamos levantar é de outra ordem: para sermos modernos, não precisamos incorporar o reducionismo fisicalista da doutrina neurocientífica da psiquiatria norte-americana à prática terapêutica. Prometer felicidade e resposta para todos os enigmas e dores humanas apenas com intervenções farmacológicas ou neuroimagem não é psiquiatria: é *show business*.

Os novos herdeiros da assistência

Neste contexto, verificamos que psiquiatras que aderem ao fisicalismo radical tendem a se afastar dos dispositivos de atenção em Saúde Mental identificados com a Reforma Psiquiátrica, como os CAPS, onde temas como liberdade, subjetividade, autonomia, qualidade de vida, sociabilidade, lugar social da loucura, limites éticos da atuação psiquiátrica, projeto terapêutico individual, trabalho em equipe multiprofissional são constantemente discutidos. A reflexão sobre a psicose, sobre os mecanismos da exclusão social e os desafios da reinserção, parece-lhes sem sentido e anticientífica.

Vários psiquiatras recém-formados têm se afastado desses serviços e do trabalho no campo da Reforma Psiquiátrica. Muitos não têm acesso a uma formação profissional humanista e plural, que lhes permita compreender e enfrentar esta problemática. Não recebem os meios, não são instrumentalizados para lidar com a dimensão simbólica, cultural e social do ser humano em sofrimento. Quando algo escapa ao preenchimento de

critérios diagnósticos da DSM ou ao uso de medicamentos, reagem com irritação e incredulidade, e se afastam.

Cada vez mais psiquiatras abdicam da travessia conjunta, fruto do convívio dia a dia com pacientes que apresentam graves transtornos mentais. Refugiam-se em projetos de pesquisa envolvendo psicofármacos, em serviços privados especializados em neuroimagem e testagem neurocognitiva, em ações prescritivas individuais nos consultórios privados. Vencedores de uma batalha imaginária, arautos do fim do sofrimento humano pela aposta no materialismo exclusivista e na adequação do sujeito às demandas sociais da modernidade, deixam os espaços onde antes reinavam – (os hospitais psiquiátricos, os dispositivos de Saúde Mental, o serviço público) – nas mãos de novos herdeiros: os cavaleiros da cruzada da Reforma Psiquiátrica.

Hoje, os profissionais comprometidos com a Reforma Psiquiátrica são herdeiros de muitos dos impasses e desafios da loucura e sua abordagem institucional. Sabemos que, em geral, herdeiros são malvistas pelo senso comum, que neles identifica uma tendência a administrar mal os bens recebidos. No caso em questão, os novos herdeiros são vistos sob suspeita por muitos médicos, que os acusam de não ter um atributo essencial: a experiência. Muito se fala da suposta inexperiência dos profissionais da Reforma Psiquiátrica no tratamento de transtornos mentais graves. Porém, experiência, em matéria de abordagem institucional da psicose, não significa a repetição acrítica do passado. Significa construir novos parâmetros, sem perder de vista as lições do passado. Sem perder de vista que este passado referendou um modelo que consagrou o manicômio, a exclusão, o isolamento, a estigmatização e o silenciamento de vidas identificadas como psicóticas ou desviantes.

Uma abordagem multiparadigmática

Neste tópico, pretendemos discutir o atendimento de sujeitos com graves transtornos mentais, vale dizer, o exercício clínico que se faz a cada encontro, consulta ou atividade proposta nos dispositivos da Reforma Psiquiátrica brasileira, com suas particularidades e complexidades. Os desafios enfrentados pelos profissionais que trabalham nesses dispositivos assistenciais devem permitir, a partir da reflexão sobre eles, que surjam conceitos renovados e adequados às novas necessidades.

A pergunta que desejamos formular é: como exercer, da melhor maneira possível, a tarefa de acolher, aliviar, acompanhar, conviver, ressignificar, tratar e construir

autonomia com pessoas que portam uma marca diferencial em sua existência – por exemplo, um diagnóstico de psicose?

O modelo de atenção da clínica da atenção psicossocial, ao lidar com sujeitos em grave sofrimento psíquico, num cenário clínico-institucional diferente daquele observado nos antigos manicômios, condiciona outras demandas assistenciais e exige novas respostas para esta pergunta.

Em passagens anteriores, criticamos distorções oriundas da postura reducionista da psiquiatria biomédica. Vimos que o fisicalismo não oferece respostas úteis, pois reduz a totalidade da experiência do adoecimento mental a efeitos de alterações da neurotransmissão cerebral. Ademais, estimula a ideia de que a evolução dos transtornos mentais depende unicamente de aspectos relacionados ao modelo biomédico, como etiologia, diagnóstico, prognóstico e genética. Portanto, a resposta à nossa pergunta não pode vir exclusivamente do conhecimento biomédico. Neste ponto, precisamos de um esforço de teorização.

A história das teorias sobre o adoecimento mental e seus dispositivos de atenção não tem uma evolução linear. É marcada por rupturas, mudanças, ascensão e queda de paradigmas teóricos e institucionais. Não se trata do aperfeiçoamento contínuo de uma única concepção. No campo da assistência em Psiquiatria e Saúde Mental, convivem diferentes saberes e formulações teóricas, e uma variada prática clínica empírica de tipo pluralista. Muitos dos recursos disponíveis se originaram em momentos históricos distintos em relação à compreensão dos transtornos mentais. É evidente que não podemos lançar mão de qualquer ferramenta presente neste conjunto de ideias e práticas. Tudo depende de onde queremos chegar no trabalho assistencial com os usuários. A clínica da atenção psicossocial deve assumir um consenso ético que permita descartar teorias e práticas que serviram para a estigmatização, a cronificação e a exclusão social dos portadores de transtornos mentais graves.

A nosso ver, transtornos mentais são fenômenos complexos, irreduzíveis a uma única visão epistemológica. A experiência vivida de adoecimento mental permite, e inclusive solicita, diferentes perspectivas de descrição e compreensão. O desafio assistencial dos transtornos mentais requer o emprego de múltiplos paradigmas de cientificidade e diversos modos de enfoque e manejo. A heterogeneidade de conceitos teóricos e práticas terapêuticas pode condicionar dimensões diferentes e complementares de descrição, análise e abordagem dos transtornos mentais. Dessa forma, podemos

considerar a utilização de leituras e recursos da psiquiatria biológica, da psicanálise, da psicologia, das ciências sociais, como sociologia e antropologia, de narrativas grupais ou em primeira pessoa, da criação artística, de redes de sociabilidade, de ações comunitárias e políticas, da reabilitação psicossocial, da intervenção no imaginário social sobre a loucura etc. Todas essas possibilidades podem ser cogitadas, desde que balizadas pelo compromisso ético de fornecer melhores condições de existência singular para um sujeito culturalmente reconhecido como psicótico. Nenhuma delas, isoladamente, dará conta da totalidade de questões que envolvem a prática assistencial com sujeitos psicóticos. Porém, cada uma delas pode ser útil na medida que ofereça recursos para, pontualmente, resolver uma determinada ordem de problemas, aliviar sofrimento, gerar autonomia e permitir uma melhor existência singular.

Considerações finais

Nas duas últimas décadas, estabeleceu-se um diálogo difícil entre dois modelos de concepção de saúde-doença e de prática clínica na assistência em Psiquiatria e Saúde Mental no Brasil. De um lado, o reducionismo neurocientífico da psiquiatria biomédica; de outro, o modelo assistencial da Reforma Psiquiátrica, seus dispositivos assistenciais como os CAPS, e a clínica da atenção psicossocial, onde o papel da psicanálise é bastante relevante.

Neste trabalho, procuramos demonstrar que o reducionismo fisicalista da psiquiatria biológica cria distorções quando se apresenta como único modelo científico capaz de caucionar a pesquisa e a assistência em Psiquiatria e Saúde Mental. O trabalho assistencial da Reforma Psiquiátrica, que tem características do modelo de atenção integral à Saúde, envolve a dimensão corporal, psicológica e sociocultural do sujeito em sofrimento psíquico. Por esse motivo, a Clínica da Atenção Psicossocial deve utilizar uma grade epistemológica *multiparadigmática*, no que se refere à ensino, pesquisa e assistência.

A clínica da atenção psicossocial deve ser entendida de modo ampliado, para além do modelo biomédico, visto que a experiência de adoecimento mental não pode ser adequadamente compreendida sem considerar os aspectos subjetivos, históricos, ambientais, sociais e culturais que envolvem o sofrimento, o modo particular de existência de cada um, seu relacionamento como os outros, e a própria experiência de adoecimento mental conforme descrita pelo sujeito.

A compreensão de um transtorno mental grave necessita de uma visão que englobe processos neurobiológicos (genéticos e cerebrais), corporais (fenomenológicos e psicológicos) e simbólicos (relacionais e sociais), numa interação complexa e complementar. Cada experiência, em sua especificidade, possui aspectos biológicos e psicossociais que contribuem de modo diferente no processo de adoecimento. Isto significa que, além do cuidado diagnóstico, uma clínica ampliada deve incorporar questões que dizem respeito a esfera de vida cotidiana do sujeito em sofrimento, promovendo práticas de atenção integral de saúde e de reabilitação psicossocial para pessoas já diagnosticadas com quadros graves. A partir de uma perspectiva multiparadigmática, é a própria ideia de prática clínica que se amplia. Assim, estamos de acordo com a resposta de Serpa Jr:

“Repaginando em um vocabulário contemporâneo a intuição pineliana acerca do desafio ético e epistemológico de um saber e de uma prática de cuidados que tem como objeto o sofrimento psíquico, será defendida a tese de que a este saber e prática se impõe uma articulação dos planos do corpo, da experiência e da narrativa em uma interlocução permanente”. (SERPA JR, 2011, p. 4675)

Referências

- BEZERRA JR, B. O Normal e o Patológico: uma Discussão Atual. **Saúde, Corpo e Sociedade**. Orgs. Alicia Navarro de Souza e Jacqueline Pitanguy – Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, p. 93-109, 2006.
- BISWANGER, L. **Psicoterapia e Análise Existencial**. São Paulo: Via Verita, 2019.
- GAMA, J. R. A Reforma Psiquiátrica e seus Críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 (4): 1397-1417, 2012.
- HUXLEY, A. **Admirável Mundo Novo**. Trad. Felisberto Albuquerque. São Paulo: Abril Cultural, 1982.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde – **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 3088**, de 23 de dezembro de 2011 – Brasília, 2011. bvsms.saude.gov.br

SERPA JR, O. D. O papel da psiquiatria na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, 4675–4684, 2011 <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300016>

TEIXEIRA, M. O. Algumas Reflexões sobre o Conceito de Cura em Psiquiatria. **Cadernos do IPUB n.3: Por uma Assistência Psiquiátrica em Transformação**. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, p. 67-76, 1997.

ABSTRACT

This article discusses two changes that happened in the psychiatric care in Brazil over the past twenty years: the adoption of the neurobiological scientific model of USA psychiatry by Brazilian psychiatry, as a medical specialty; and the consolidation of the Psychiatric Reform movement, through the approval of law 10216, April 2001, which led to the implementation of a model of deinstitutionalization in the Mental Health network and the adoption of renewed care practices, the so-called psychosocial care clinic. The work criticizes the distortions arising from the physicalist reductionism generated by contemporary biomedical psychiatry. It also analyzes the assistance offered by the Psychiatric Reform assistance devices, highlighting the need to use a multiparadigm approach to severe mental disorders. In this way, different dimensions of mental disorder, such biological, bodily, subjective, symbolic and social aspects, need to be considered in a complex and complementary interaction, which allows for expanded clinical practice and renewed practice of mental health care.

Keywords: Psychiatric reform. Biological psychiatry. Psychosocial care clinic. Mental health. Expanded clinic.

RESUMEN

Este artículo analiza dos cambios ocurridos en la atención psiquiátrica en Brasil en los últimos veinte años: la adopción del modelo científico neurobiológico de la psiquiatria estadounidense por parte de la psiquiatria brasileña, como especialidad médica; y la consolidación del movimiento de Reforma Psiquiátrica, a través de la aprobación de la ley 10216, de abril de 2001, que llevó a la implementación de un modelo de

desinstitucionalización en la red de Salud Mental y a la adopción de prácticas asistenciales renovadas, el llamado cuidado clínica psicosocial. El trabajo critica las distorsiones derivadas del reduccionismo fisicalista generado por la psiquiatría biomédica contemporánea. También analiza la asistencia que ofrecen los dispositivos de la Reforma Psiquiátrica, destacando la necesidad de utilizar un abordaje multiparadigma de los trastornos mentales graves. De esa forma, es posible tener en cuenta los aspectos biológicos, corporales, subjetivos, simbólicos y sociales de la enfermedad mental, en una interacción compleja y complementaria, que permite ampliar la práctica clínica y renovar el cuidado de la salud mental.

Palabras clave: Reforma psiquiátrica. Psiquiatría biológica. Clínica de atención psicosocial. Salud mental. Clínica ampliada.

RÉSUMÉ

Cet article traite de deux changements qui ont eu lieu dans les soins psychiatriques au Brésil au cours des vingt dernières années: l'adoption du modèle scientifique neurobiologique de la psychiatrie américaine par la psychiatrie brésilienne, en tant que spécialité médicale; et la consolidation du mouvement de Réforme Psychiatrique, à travers l'approbation de la loi 10216 d'avril 2001, qui a conduit à la mise en œuvre d'un modèle de désinstitutionnalisation dans la structure de soins de la santé mentale et à l'adoption de pratiques de soins renouvelées, la soi-disant clinique du soins psychosociaux. L'article critique les distorsions produites par le réductionnisme physicaliste généré par la psychiatrie biomédicale contemporaine. Il analyse également l'assistance proposé par les dispositifs de la Réforme Psychiatrique, soulignant la nécessité d'utiliser une approche multiparadigme des troubles mentaux graves. Ainsi, il est possible de prendre en compte les aspects biologiques, corporels, subjectifs, symboliques et sociaux de la maladie mentale, dans une interaction complexe et complémentaire, qui permet une pratique clinique élargie et une pratique renouvelée des soins en Santé Mentale.

Mots clés: Réforme psychiatrique. Psychiatrie biologique. Clinique de soins psychosociaux. Santé mentale. Clinique élargie.

MANOEL OLAVO LOUREIRO TEIXEIRA

Médico psiquiatra.

Mestre e Doutor em Psiquiatria e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

Entre o cérebro e a clínica ampliada: psiquiatria biológica e reforma psiquiátrica no Brasil

Psiquiatra do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil/UFRJ.

Pesquisador Titular do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas – Fundação Oswaldo Cruz – INI/FIOCRUZ.

manoelolavo@gmail.com

Orcid: 0000-0003-1360-536X

Citação:

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Entre o cérebro e a clínica ampliada: psiquiatria biológica e reforma psiquiátrica no Brasil. **Psicanálise & Barroco em Revista**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jun. 2023.

Submetido: 16.08.2021 / Aceito: 21.10.2022

COPYRIGHT

Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio para propósitos não-comerciais, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial purposes provided the original authors and sources are credited.

