



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICANÁLISE

MESTRADO
CLÍNICA E PESQUISA EM PSICANÁLISE

DANIELA SANTOS BEZERRA

O LUGAR DA CLÍNICA NA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Dissertação de Mestrado

RIO DE JANEIRO, JULHO DE 2008

O LUGAR DA CLÍNICA NA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

DANIELA SANTOS BEZERRA

“Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Psicanálise”

Orientadora: Doris Luz Rinaldi

RIO DE JANEIRO, JULHO DE 2008

*A todos os profissionais, familiares e usuários da
saúde mental pública e àqueles que, no lugar de
analista, viabilizam um caminho para o desejo de
seus analisandos.*

Minha dissertação: letra viva do meu desejo.

AGRADECIMENTOS

...aos profissionais da Comissão de Afastamento para Qualificação do Servidor da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso que não mediram esforços para sustentar comigo o direito de realizar um sonho e o dever de me aperfeiçoar como servidora pública.

...à Doris Rinaldi por me aceitar como orientanda, extrapolando seu número de orientandos, além de ser tão cuidadosa em sua orientação. Também por me convidar para fazer parte de sua pesquisa, proporcionando-me uma preciosa oportunidade de crescimento profissional.

...àqueles que cuidaram das minhas coisas, respeitando minha coragem de mudar de um Estado para outro em tão pouco tempo. Meus primos Paulinho e Socorro e meus pais Darci e Francisco Bezerra, pelo apoio e incentivo, que, além disso, ainda suportaram meus momentos difíceis.

...aos colegas de trabalho que permaneceram em seus postos e continuaram seguindo firmes no trabalho em Cáceres/MT, no Hospital Regional e em Cuiabá/MT, no CIAPS Adauto Botelho, para que eu me afastasse. Em especial à Maria Marta, à Graciete Mirian, à Renata Simões, à Cristina Fortuna, ao Marcelo Campos e à Rosângela Carvalho.

...a Raphael Nogueira, grande companheiro de 2006, que conheci por causa do mestrado, acompanhou toda a minha produção e me ensinou muito! Devo-lhe toda a minha visão crítica, minha leitura política e minha paixão por Marx e pelo samba. Agora companheiro de outras grandes e eternas realizações!

...à grande amiga, professora de dança e agora madrinha Estrella Bohadana pelos ensinamentos, pela acolhida e hospedagem, e pela transmissão de sua especialíssima experiência de vida.

...ao amigo e agora padrinho Luiz Zorraquino por me oferecer sua própria cama todas as vezes em que precisei, pelo apoio e preocupação.

...aos grandes amigos que sempre me incentivaram a realizar este sonho através, não só de momentos de companheirismo e de apoio, mas também com suas próprias

experiências de vida e, no caso de alguns, de sua formação psicanalítica: Niraldo Santos, Jovita Lima, Rodrigo Carvalho, Sheila Larroyed, Elizabeth Angeli e Renata Simões.

...à querida Renata Mattos, leitora rigorosa e amiga nos momentos mais difíceis do mestrado.

...aos membros do Laço Analítico Escola de Psicanálise da sede do Rio de Janeiro por terem me acolhido num momento difícil, em que eu não tinha onde ficar quando cheguei no Rio.

...à equipe do CAPSI Pequeno Hans, bem como aos pacientes e familiares, que abriram as portas para que eu invadissem um espaço tão especial e pudesse aprender tanto!

...àquelas que despenderam seu tempo ajudando-me a lidar com todos os documentos necessários: Tatiane Angeli Póvoas e Renata Simões.

...aos membros do Laço Analítico Escola de Psicanálise da sede de Cuiabá pela cumplicidade na formação de analista, pela festa e pela torcida.

...aos meus irmãos Aderbal e Fabiana, que me deram grandes alegrias no ano de 2006. Aderbal por me apresentar à cidade do Rio de Janeiro e Fá por me confiar uma grande responsabilidade e me dar um grande motivo para continuar investindo no futuro: João Gabriel.

...aos colegas da UERJ que com dicas, indicações, discussões, palavras simples, contribuíram para a elaboração desta dissertação: Daniela Burstyn, Pedro Moacyr, Richard Couto, Léo Cabral, Joyce e tantos outros...

...à querida Tanja Joy que muito gentilmente me ajudou com a versão francesa do resumo desta dissertação.

...a Silvio Yasui que plantou a primeira semente da Reforma Psiquiátrica em mim, mesmo nenhum de nós sabendo disso, em 1996, na UNESP de Assis e responder-me sem ao menos me ver.

...a Ana Cristina Figueiredo e Sonia Alberti por suas grandes contribuições durante a banca de qualificação, sendo que as de Ana Cristina foram consolidadas na banca de defesa.

...a Andréa Maris Guerra que deu um lugar especial a este trabalho e ao meu desejo de seguir trabalhando.

RESUMO

Esta dissertação procura situar o estatuto dado à dimensão da clínica nos serviços da rede de atenção psicossocial do Brasil, a partir de nossa inserção como pesquisadora junto ao Complexo Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS) Aduino Botelho em Cuiabá/MT. Partimos do pressuposto que a Reforma Psiquiátrica Brasileira constitui-se por um processo de construção de novas práticas em saúde mental, cuja ênfase é depositada na ressocialização e no resgate à cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental pública. Este enfoque, muitas vezes, deixa de lado as questões da clínica, o que faz com que se deixe de levar em conta o sujeito, tal como ele é revelado pela Psicanálise. O cenário encontrado aponta para uma tensão entre a clínica e a política, como dois pólos excludentes, assim como também revela diferentes noções de clínica orientando as ações dos profissionais. Utilizamos como marco teórico-metodológico as descobertas de Sigmund Freud retomadas por Jacques Lacan e procuramos contribuir com algumas noções extraídas da clínica psicanalítica para propor, em vez de exclusão intrínseca, uma política que passe pela clínica.

RÉSUMÉ

Cette dissertation cherche à situer le statut donné à la dimension de la clinique dans les services du réseau d'attention psychosociale du Brésil, partant de notre insertion comme enquêtrice auprès de service Complexe Intégrée d'Attention Psychosociale (CIAPS) Aduino Botelho Cuiabá / MT. Nous sommes partis de la présupposition que la Réforme Psychiatrique Brésilienne se constitue par un processus de construction de nouvelles pratiques en santé mentale, dont l'emphase est déposée dans la résocialisation et le rachat de la citoyenneté des usagers des services de santé mentale publique. Cette visée laisse souvent de côté les questions de la clinique, ce qui fait qu'on laisse de tenir en compte le sujet, tel qu'il est révélé par la Psychanalyse. La mise en scène trouvée signale une tension entre la clinique et la politique, comme deux pôles excludentes, et révèle aussi différentes notions de clinique orientant les actions des professionnels. Nous utilisons comme borne théorique-méthodologique les découvertes de Sigmund Freud, reprises par Jacques Lacan et cherchons contribuer avec quelques notions extraites de la clinique psychanalytique pour proposer, au lieu de l'exclusion intrinsèque, une politique qui passe par la clinique.

“...a verdade, como relâmpago, não nos espera onde temos a paciência de emboscá-la e a habilidade de surpreendê-la, mas tem instantes propícios, lugares privilegiados, não só para sair da sombra como para realmente se produzir. Se existe uma geografia da verdade, esta é a dos espaços onde reside, e não simplesmente a dos lugares onde nos colocamos para melhor observá-la.”

Michel Foucault

no capítulo A Casa dos Loucos de Microfísica do Poder

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I - A Clínica e o campo da Saúde Mental Pública.....	8
I.1 – Do nascimento da clínica e as várias clínicas possíveis.....	9
I.1.1 – Entrecruzamentos na história da Clínica, da Loucura e do Hospital.....	13
I.1.2 – A clínica psiquiátrica e a saúde mental pública.....	17
I.2 – Reforma Psiquiátrica: a clínica sob questionamento.....	21
I.2.1 – Questões e mudanças implantadas pela Reforma Psiquiátrica no Brasil	21
I.2.2 – A abertura da clínica.....	23
I.2.3 – O novo campo da atenção psicossocial.....	24
CAPÍTULO II – A Psicanálise e a Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	33
II.1 – A clínica numa outra cena.....	37
II.1.1. – A clínica do sujeito.....	39
II.1.2 – O desejo e a ética na clínica do sujeito.....	41
II. 2 - A clínica psicanalítica, a instituição e a psicose.....	46
II.2.I. – A função do analista e a ética do desejo nas instituições públicas.....	47
II. 2.2 – A função do analista e o sujeito na psicose.....	54
CAPÍTULO III – Questões da prática clínica.....	63
III. 1 – A rede de atenção psicossocial em Mato Grosso.....	67
III. 2 – Possibilidades da clínica na internação psiquiátrica.....	70
CAPÍTULO IV – Uma nova política que passa pela clínica.....	83
IV.1 – A transferência e o desejo do analista.....	87
IV.1.1 – A transferência em Freud.....	88
IV.1.2 – O avanço lacaniano e a questão preliminar para o tratamento possível das psicoses.....	92
IV.2 – A relação do usuário com a rede de serviços em saúde mental.....	99
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
BIBLIOGRAFIA.....	111

INTRODUÇÃO

A escolha do tema de pesquisa a respeito do lugar da clínica na saúde mental pública brasileira, mais especificamente desta clínica sob os efeitos da Reforma Psiquiátrica em nosso país surgiu a partir da articulação de nossa formação em Psicanálise à experiência na saúde pública mato-grossense. Como servidora pública da Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT), exercemos funções no Complexo Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS) Adauto Botelho, na Ala de Internação Masculina.

Mesmo sendo questionados quanto à sua eficácia terapêutica, os hospitais psiquiátricos continuam imprescindíveis ao tratamento de crises de grave sofrimento psíquico, nas quais se faz necessário um corte radical na realidade do paciente. Inicialmente questionamo-nos quanto ao que seria possível ao trabalho de um psicanalista quando este se insere e nesta proposta hospitalar de tratamento. Isto porque, como veremos ao longo desta pesquisa, há muitas questões quanto ao trabalho psicanalítico nas instituições, além do que, os hospitais psiquiátricos públicos, ainda que inseridos no processo de Reforma Psiquiátrica, são instituições que contém resquícios do manicômio em seu cotidiano.

Posteriormente deparamo-nos com o fato de que, para além do estigma manicomial que nossa instituição suportava sobre si mesma, parecia não haver interesse por parte da maioria dos técnicos da equipe em relação à reflexão sobre a direção do tratamento e sobre a dinâmica institucional oferecida aos pacientes internados. Por outro lado, a constante queixa dos mesmos técnicos sobre a ineficiência dos serviços substitutivos ao manicômio (ineficiência que levava a um ciclo de reinternações dos pacientes), fazia crer que eles se questionavam de algum modo sobre a assistência oferecida pela rede de atenção psicossocial. Este questionamento, porém, não levava a nenhuma produção de saber sobre a clínica, perdia-se no cotidiano da instituição por não encontrar espaço para ser discutido. Quando um espaço para reuniões de equipe foi criado pela diretoria, curiosamente emergiu uma resistência em se discutir questões da clínica. A nossa hipótese inicial era de que as questões relativas a uma suposta incompetência dos outros serviços estavam subjacentes a uma queixa dos técnicos em relação à sua própria instituição. Além disso, seria preciso ouvir os técnicos de um outro modo para tentar entender qual o motivo da resistência em se discutir a clínica.

Assim, o principal objetivo desta pesquisa é situar as condições e possibilidades do trabalho clínico nos serviços de saúde mental pública brasileiros, a partir da análise desta instituição. Além disso, refletir sobre os impasses e dificuldades da equipe de técnicos da Internação Masculina do CIAPS Adauto Botelho, visa tentar contribuir para o desenvolvimento da clínica na rede de atenção psicossocial mato-grossense.

Para o ingresso no Programa de Pós-graduação em Psicanálise, foi necessária a concessão de afastamento para qualificação, por parte da SES/MT. Tal concessão esteve condicionada, dentre outros critérios, à nossa futura contribuição, como pesquisadora, ao campo de saúde mental pública de Mato Grosso.

Já no Rio de Janeiro, em 2006, houve a oportunidade de integrar a equipe da pesquisa “Clínica do Sujeito e Atenção Psicossocial: novos dispositivos de cuidado no campo da saúde mental”, a convite da coordenadora da pesquisa Professora Dra. Doris Rinaldi¹, orientadora também desta dissertação. Este grupo de pesquisa conta com uma equipe de alunos do Instituto de Psicologia da UERJ, nos níveis de Graduação em Psicologia, de Especialização em Psicanálise e Saúde Mental, de Mestrado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise e atualmente também do Doutorado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise.

Os objetivos de tal pesquisa vieram ao encontro do que era necessário para fundamentar o desenvolvimento de nosso projeto em específico para o mestrado, tentando situar o estatuto dado à dimensão da clínica no campo da saúde mental pública brasileira atual. No ano de 2006, a metodologia adotada neste grupo de pesquisa foi a de que o grupo de pesquisadores se inserisse no cotidiano de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município do Rio de Janeiro (CAPS Profeta Gentileza, CAPS Clarice Lispector e CAPSI Pequeno Hans), acompanhando ativamente o desenvolvimento da clínica em suas diversas formas, trabalho que foi complementado com a realização de entrevistas com profissionais dos serviços. As discussões semanais do grupo de pesquisa incluíam as questões clínico-institucionais que emergiram durante as experiências de inserção nas clínicas dos CAPS citados, questões sobre textos indicados pela coordenadora da pesquisa, além da discussão sobre as entrevistas realizadas junto aos profissionais destes CAPS. Posteriormente foi incluída a experiência vivida no cotidiano do CIAPS Adauto Botelho de Cuiabá, instituição incluída a partir de nosso retorno às atividades em Cuiabá no ano de 2007. Assim, para

¹ Rinaldi, D. L. - *Clínica do Sujeito e Atenção Psicossocial: novos dispositivos de cuidado no campo da saúde mental – II*, Projeto de Pesquisa, 2006 (mimeo).

a elaboração desta dissertação foram destacadas as questões levantadas no cotidiano do CIAPS Adauto Botelho de Cuiabá, fomentadas pelas discussões realizadas pelo grupo de pesquisadores a respeito do cotidiano das várias instituições pesquisadas.

Além das questões surgidas do próprio campo de trabalho a respeito da clínica, encontramos também, em várias formulações teóricas encontradas, uma necessidade constante de delimitar e analisar o modo como se constitui a clínica em saúde mental pública. Colocar a clínica praticada em instituições públicas de saúde mental sob discussão é um ato recente, que se verifica no Brasil a partir da década de 90, e parece decorrer do engajamento dos autores na Reforma Psiquiátrica. A implantação da Reforma Psiquiátrica como política pública no Brasil, vem suscitando profundas alterações na noção de clínica, fazendo com que ela se encontre em alguns momentos em decadência e, em outros momentos, em total ausência. Neste caso, referimo-nos aos serviços dentro dos quais o trabalho oferecido não segue uma direção de tratamento, mas sim segue uma outra proposta, baseada na crítica da Reforma Psiquiátrica à clínica médico-psiquiátrica tradicional, como veremos adiante. Localizamos também momentos em que a clínica se encontra em franca construção, incluindo, nesta construção, várias áreas do conhecimento, como por exemplo, a Psicanálise.

É justamente pelo fato de que a Reforma Psiquiátrica tem provocado tantas discussões e alterações legais, teóricas e das práticas do cotidiano dos envolvidos neste processo, que o tema de nossa pesquisa está relacionado à especificidade dos efeitos sofridos pela clínica a partir deste movimento social. Ainda mais especificamente buscamos pesquisar quais os efeitos das discussões e transformações introduzidas pela Reforma Psiquiátrica nas interlocuções entre os novos serviços e as instituições que mantêm o antigo formato, tendo como referência os novos paradigmas introduzidos pela reforma.

Vemos que tais efeitos atingem a prática clínica não somente no campo da saúde mental pública, mas sim obriga a revisão constante nos vários campos de saber envolvidos, levando também reflexões sobre a prática em outros serviços públicos institucionais e mesmo em espaços privados.

Paulo Amarante², na intenção de desenvolver uma noção de Reforma Psiquiátrica mais ampla e complexa do que simplesmente uma reforma administrativa

² Amarante, P. – “Sobre suas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica” in: Quinet, A. (org) – *Psicanálise e Psiquiatria – controvérsias e convergências*, Rio de Janeiro: Ed. Rios Ambiciosos, 2001, p. 104-105.

ou técnica, cita que há três dimensões diferentes em jogo no cerne do processo de reforma. Trata-se da dimensão epistemológica, que se refere ao conjunto de questões teórico-conceituais concernentes à produção de conhecimentos que fundamentam e autorizam o saber/fazer; a dimensão técnico-assistencial, que se refere ao modelo de assistência que decorre do saber produzido e a dimensão cultural, referente à transformação do lugar social da loucura, da diferença e da divergência. É na dimensão chamada de técnico-assistencial que localizamos inicialmente as questões sobre a clínica. Contudo, ao tentarmos situar este lugar durante nossa pesquisa, vimos que a clínica na saúde mental não está dissociada das questões culturais e está intimamente articulada às questões ético-metodológicas. Além disso, percebemos que a própria noção de clínica dentro do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira não é única, o que nos obrigou, ao longo desta pesquisa, a nos debruçar sobre tais diferenças epistemológicas, aqui delineadas como diferenças ético-metodológicas.

Procuramos, então, localizar pontos de divergências e convergências de saberes e tendências colocados em prática na efetivação de um tratamento aos usuários de saúde mental pública. Diante da pluralidade de dispositivos presentes na rede de atenção psicossocial, destacamos a orientação da clínica médica – psiquiátrica, a qual chamaremos aqui de Clínica do Olhar, a orientação da clínica ampliada trazida pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, que chamaremos de Clínica do Cuidado e a orientação da clínica psicanalítica à qual chamaremos de Clínica do Sujeito.

Vemos que a Psicanálise se apresenta nesta discussão de diferentes formas, sendo que, em um primeiro momento, colocava-se como exterior às instituições, ou seja, os psicanalistas não exerciam sua prática junto com aos demais profissionais, mas se situavam como referência idealizada de saber. Posteriormente eles se engajaram efetivamente na prática cotidiana dos serviços, abrindo possibilidades para novas elaborações sobre a prática clínica em saúde mental. Contudo, dentro da própria Psicanálise encontramos um movimento que considera que clinicar fora da circunscrição do consultório particular não se constitui como a prática da clínica psicanalítica estrita. Tal posicionamento coloca em xeque a inserção de psicanalistas no trabalho institucional. Porém, veremos ao longo desta pesquisa, que essa posição não é unânime no movimento psicanalítico, na medida em que encontramos várias formulações teóricas advindas da experiência de psicanalistas em instituições públicas tanto em países da Europa quanto do Brasil, que levam ao avanço da própria Psicanálise.

Mas a questão da resistência em relação a determinado tipo de prática clínica nos serviços da nova rede de atenção psicossocial não ocorre apenas no movimento psicanalítico. Veremos ao longo desta dissertação o quanto o questionamento em relação à clínica por parte dos idealizadores da Reforma Psiquiátrica no Brasil implicou, desde o início deste processo, em uma resistência em relação à própria noção de clínica, já que esta noção foi tomada por eles a partir de uma prática que rotularia e segregaria os usuários de saúde mental (como a clínica psiquiátrica tradicional).

Assim, o cenário encontrado acaba apontando para uma tensão entre a clínica e a política, como dois pólos nocionais excludentes, mas que no cotidiano acabam co-existindo. Esta tensão antecede as particularidades demográficas ou culturais ou epidemiológicas de cada região do país, ou seja, é encontrada nos diversos serviços brasileiros, pois é reflexo da própria construção histórica e fundamentação epistemológica do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, que inclui aspectos tanto clínicos, como político-sociais. Pretendemos abordar esta tensão no decorrer desta dissertação, já que ela se faz tão premente.

A partir do marco teórico-metodológico de Sigmund Freud prosseguimos nosso trabalho e, apesar das resistências encontradas, seguimos a orientação de Jacques Lacan de “não recuar diante da psicose”³ e nem diante da instituição. Encontramos no próprio cerne da Psicanálise os fundamentos que Lacan destacou para subsidiar a práxis psicanalítica, fundamentos nos quais ele mesmo baseou sua própria clínica com psicóticos, trabalhando inclusive em instituições psiquiátricas. Além dos fundamentos destacados por Lacan, verificamos que a abertura da clínica iniciada pelo processo de Reforma Psiquiátrica em todo o mundo, possibilitou o avanço da própria clínica psicanalítica, assim como vimos também a possibilidade da clínica psicanalítica contribuir com o tratamento oferecido pela rede de atenção psicossocial.

Para tratar de tais questões, no primeiro capítulo, intitulado “A clínica e o campo da saúde mental pública”, preocupamo-nos em abordar o nascimento da clínica e sua apropriação por diferentes campos de atuação em diferentes momentos históricos. Buscamos na história da clínica, da Psiquiatria e do hospital psiquiátrico, os fundamentos que sustentam determinadas práticas na atual constituição dos serviços de saúde mental pública ou que são contestados na implantação de outras práticas. Problematicando as questões da nova clínica operada na rede de atenção psicossocial,

³ Lacan, J. - “Ouverture de la Section Clinique” in: *Revista Ornicar?*, n. 09, 1977, p. 12.

percebemos que, nem sempre é levada em conta a singularidade do sujeito, tal como ele é descoberto por Freud, advindo do Inconsciente. Para analisar as conseqüências da negligência do sujeito do Inconsciente nas ações em saúde mental, utilizamos a própria metodologia da clínica psicanalítica.

Tal metodologia é abordada no capítulo II, no qual pudemos presumir que ela só pôde ser levada à práxis do cotidiano de saúde mental pública a partir do resgate dos fundamentos da clínica psicanalítica feito por Jacques Lacan sobre a obra freudiana. Neste capítulo, chamado “A Psicanálise e a Reforma Psiquiátrica Brasileira” procuramos situar em quê consiste a Clínica do Sujeito, localizando o lugar do analista frente às diferenças estruturais entre as clínicas da neurose e da psicose e frente ao trabalho dentro de instituições de saúde mental pública. Buscamos nas formulações encontradas tentar fundamentar as possibilidades ao trabalho do psicanalista na saúde mental pública brasileira.

Já o terceiro capítulo, “Questões da prática clínica” foi dedicado ao relato e análise das questões suscitadas no real da clínica do serviço pesquisado, tentando articular a experiência do cotidiano da prática clínica às noções da Psicanálise. No início fazemos uma breve contextualização sócio-histórica da instituição, para, então, abordar as questões emergidas na clínica.

Por último, no capítulo chamado “Uma nova política que passa pela clínica”, articulamos um dos conceitos fundamentais da Psicanálise, a *transferência*, aos impasses e possibilidades encontrados na clínica da rede de atenção psicossocial. Neste capítulo, procuramos levar contribuições ao campo da saúde mental pública, analisando questões que emergem a partir do estabelecimento da relação entre usuários e técnicos de saúde mental, sob a nova configuração de clínica como “ampliada” e seus novos dispositivos.

Acreditamos que a clínica e a política não são excludentes entre si, na medida em que as diretrizes de um tratamento devem incluir o sujeito e suas relações. Para que não haja exclusão entre os dois campos, os ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira, assim como as leis e as políticas públicas, devem ser tomados em discussão pela equipe no cotidiano dos serviços, levando em conta a singularidade da relação estabelecida com cada usuário. Incluir o sujeito e fazer uso das diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira como letra viva nas ações e no direcionamento caso a caso é nossa proposta de manejo clínico nos serviços de atenção psicossocial, com a qual a Psicanálise pode contribuir. Acreditamos que a construção permanente da clínica nas instituições

públicas de saúde mental depende de um movimento coletivo, que parte do não saber para o desejo de que a clínica se dê, para que a clínica na rede de atenção psicossocial não se constitua em um novo modelo rígido de tratamento, ainda que diferente do manicomial.

CAPÍTULO I

A CLÍNICA E O CAMPO DA SAÚDE MENTAL PÚBLICA

Para tentar situar o lugar da clínica a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira é necessário, primeiramente, que entendamos em quê consiste a prática clínica desde sua origem, qual a sua importância e papel social e de onde vieram os seus fundamentos. Isto porque ao procurarmos situar *um* lugar para a clínica em tal reforma, encontramos, na realidade, *vários* lugares, senão formas variadas de clínica com fundamentos epistemológicos próprios e, em algumas situações, a ausência dela.

As primeiras questões sobre a clínica surgiram quando percebemos que, tanto as políticas públicas e ações dos órgãos gestores, quanto às ações diárias de muitos profissionais ou técnicos na saúde mental, prescindiam da clínica. De que se trata, então, quando se pensa em saúde mental pública? Qual o estatuto dado à clínica que faz com que ela seja, muitas vezes, prescindível nos próprios serviços de assistência em saúde mental?

Organizando um percurso de exposição sobre o que encontramos na tentativa de responder a essas questões, é importante levar em conta as diferentes perspectivas pelas quais a clínica em saúde mental pode ser abordada, nos atuais serviços da rede de atenção psicossocial. Junto com Paulo Amarante⁴, podemos tomá-la como sendo uma das dimensões da complexidade da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ao lado da dimensão epistemológica e da dimensão cultural.

Já por uma perspectiva epistemológica, vemos a própria noção de clínica dentro do processo de Reforma Psiquiátrica de nosso país inclui uma gama de variedades. Isto porque a clínica, de um modo geral, não é uma prática unânime, na medida em que ela pode se estruturar sobre, por um lado, bases epistemológicas das Ciências Naturais, por outro lado das Ciências Humanas ou mesmo pelos fundamentos da Psicanálise. Dependendo da base epistemológica na qual se baseia a prática em saúde mental, a clínica, quando existente, será direcionada de modo específico e, muitas vezes, excludente do outro modo.

Olhar por este prisma traz questões muito profícuas, pois, mesmo uma única diretriz de condução, proposta pelos ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira, de que a

⁴ Amarante, P. - “Sobre suas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica” in: Quinet, A. (org) – *Psicanálise e Psiquiatria – controvérsias e convergências*, Rio de Janeiro: Ed. Rios Ambiciosos, 2001, p. 104-105.

resposta social dada à loucura deve ser o da ressocialização, as diferenças epistemológicas ou ético-metodológicas no agenciamento da clínica podem trazer diferentes resultados.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem em suas diretrizes a marca da influência da Reforma Psiquiátrica Italiana, o que, em grande parte, levou muitos serviços a passar a clínica para um segundo plano, quando não a negligenciá-la. Supomos que tal movimento manteve a Psicanálise afastada de uma interlocução ou inserção possível, na medida em que há diretrizes ético-metodológicas excludentes entre os dois campos de saberes, que serão abordados no decorrer desta dissertação.

Apesar disso, são cada vez mais frequentes publicações de psicanalistas relatando experiências clínicas nos novos serviços de saúde mental pública, partindo de bases ético-metodológicas diferentes das quais parte a clínica indicada pelo movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Entendemos com isso que, apesar da diversidade de orientações, os novos dispositivos de assistência em saúde mental estão abertos à constante reconstrução da prática clínica.

Assim, a proposta neste primeiro capítulo é a de tentar situar as noções de clínica dentro das variadas propostas de constituição ou de funcionamento dos serviços de saúde mental pública, a partir da abertura promovida pelo movimento da Reforma Psiquiátrica em nosso país. Para isso buscamos na história da clínica, da Psiquiatria e do hospital psiquiátrico, os fundamentos que sustentam determinadas práticas e que, por outro lado, podem ser recusados na implantação de outras.

I.1 – DO NASCIMENTO DA CLÍNICA ÀS VÁRIAS CLÍNICAS POSSÍVEIS

A história da clínica confunde-se com a história da Medicina em sua relação com o campo do social. Michel Foucault⁵ indica que o termo “clínica” vem do termo grego *kliné* que quer dizer “leito”, donde os médicos extraíram o ato individual de “incliná-lo sobre o leito” do paciente, buscando uma maior aproximação entre o cientista e o fenômeno estudado. A clínica, então, nasceu dentro e por causa da Medicina e Foucault demonstra o quanto a clínica médica foi atravessada pela Revolução Francesa, no final do século XVIII, e por um novo movimento introduzido no campo do saber: o Iluminismo. A Revolução Francesa provocou mudanças

⁵ Foucault, M.- *O nascimento da Clínica*, 6ª ed., São Paulo: Ed. Forense Universitária, 2004, p. 60.

profundas na relação estabelecida dentro do ato clínico, bem como mudou a função social da Medicina. Tais modificações implicaram em conseqüências no modo como a Medicina concebe a clínica até hoje, bem como no modo de funcionamento da clínica de outras áreas de atuação junto àquele que sofre.

Na Antiguidade Clássica⁶ a demanda de cura ou de extinção do sofrimento era endereçada a locais “mágico-religiosos”, nos quais a resolução dos problemas acontecia por vontade divina. Hipócrates, considerado o “pai da medicina”, sistematizou a ação do médico a partir de um saber humano (e não mais divino) em consonância com eventos da natureza. Nessas consonâncias estavam inclusas as questões emocionais dos homens; as doenças eram concebidas como um conjunto de fatores externos e internos ao enfermo, como, por exemplo, a localização geográfica de sua casa, seus hábitos, seu humor, etc. A função do médico era a de compor o conjunto de fatores que fazia parte da vida do doente, formando uma configuração singular da doença, acompanhando o seu percurso, alterando alguns dos fatores intrínsecos à causa da mesma com elixires, formas de deitar ou descansar, praticar jejum ou alguma dieta específica, etc. Durante séculos a Medicina manteve esta função social.

Com a Revolução Francesa, a partir do advento da modernidade, o império da Ciência Moderna incide sobre a clínica médica, fazendo com que ela deixe de ser artesanal para se tornar uma clínica prioritariamente científica. No novo contexto da modernidade, o universo só é apreensível ao saber pela união entre ciência e técnica. A tecnologia passa a ser a diretriz da ciência e isso faz com que a Medicina passe a ser edificada sobre as leis das Ciências Naturais. O método experimental, como regente da nova ciência, tem como imperativo metodológico a exclusão da subjetividade tanto do lado do cientista quanto do lado do objeto de estudo.

No que tange ao diagnóstico médico, o novo objetivo da prática clínica deixa de ser o de compor casos singulares de processos de adoecimento, passando a atender à necessidade de classificação generalizante imposta por leis universais da ciência. O objeto de estudo deixa de ser a vida humana e passa a ser o organismo em sua constituição e funcionamento mecânicos, ficando excluídas todas as questões entendidas como sendo da alma, da *psiquê* ou mesmo as questões sociais. Dividindo-se cada vez mais nos detalhes dos órgãos, nas especificidades das patologias, a ciência médica passou a ser tecnicista e especialista, sustentando a dicotomia entre mente e corpo.

⁶ Ver em Antunes, J. L. F. – *Hospital – Instituição e História Social*, São Paulo: Ed. Letras & Letras, 1991.

Lê-se em Foucault⁷ que a imposição da neutralidade a todo ato que se pretende científico porta um paradoxo: a Ciência Moderna, pretendendo abster-se das questões sociais, acaba atendendo à nova demanda capitalista (demanda que diz respeito a uma ordem social). Melhor dizendo, se a Ciência Moderna surgiu com o intuito de ser um instrumento acrítico ou neutro, ela acabou se tornando um poderoso modo de controle social das instituições burguesas, estabelecendo um ideal de corpo e de homem saudável.

Na busca de ordenar uma ciência médica, dando visibilidade aos fenômenos, até então, obscuros das doenças, a Medicina encontrou na clínica o berço possível para o nascimento desta visibilidade. Foucault localizou o *olhar* como o ato *princeps* da clínica médica e este olhar, que antes era o ato de uma clínica baseada na busca do “verdadeiro essencial sob a individualidade”⁸, transforma-se no olhar imbuído do conhecimento científico projetado sobre um corpo dessubjetivado, para a decodificação de signos.

Além do imperativo de neutralidade, há um outro imperativo à Medicina que, utilizando-se da recomendação de debruçar-se sobre o leito ou de que a clínica deve ser praticada em momento recôndito ou privado, faz com que ela seja praticada prioritariamente sob a tentativa de resguardar-se das interferências do campo social. Articulada à idéia de preservação do sigilo às questões do paciente, a clínica agrega em sua prática a noção de intimidade, formalizando-se como espaço fundamental de constituição exclusiva do saber médico em detrimento de qualquer outro saber.

Jean Clavreul⁹, analisando “a ordem médica”, mostra que o imperativo de objetividade e cientificidade faz com que, a partir deste modelo de clínica, os profissionais sejam apenas anônimos representantes de sua ciência, pois sua posição como cientista não pode ser a de sujeito. O médico, no processo de *anamnese*, seleciona na fala do portador da doença elementos utilizáveis para compor um diagnóstico. Tal fala tem importância secundária frente aos exames de alta precisão tecnológica, que dão visibilidade objetiva a algo que, em sua origem, era de ordem subjetiva. Vemos no trabalho de Maria Livia Tourinho¹⁰ que o diagnóstico médico nomeia o sofrimento, cristaliza em um código universal científico tudo o que era sentido pelo paciente dentre

⁷ Foucault, M. – *Microfísica do Poder*, 21ª edição, São Paulo: Ed. Graal, 2005, p. 80.

⁸ Idem – *Op. Cit.*, 2004, p. 106.

⁹ Clavreul, J. - *A ordem Médica - Poder e Impotência do Discurso Médico*, São Paulo: Ed. Brasiliense, 1983, p. 224.

¹⁰ Tourinho, M. L. - *O que pode um analista no hospital?*, São Paulo, 1994. Dissertação (mestrado). Faculdade de Psicologia/ Departamento de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, (mimeo).

as suas palavras leigas e confusas. É um veredicto definido pelo saber científico ao caos anterior do objeto de estudo.

A clínica, a partir da modernidade, portanto, pretende excluir a relação entre o sujeito e seu corpo. Tal relação apresentou-se como fundamental na clínica do até então médico Sigmund Freud, que, já no século XX, subverte a clínica médica, criando a Psicanálise, como veremos adiante. Clavreul aponta que, por excluir o sujeito, a intimidade da clínica moderna serve ao estabelecimento de uma relação entre a ciência e a patologia e não entre médico e paciente. Porém o próprio autor questiona: excluir o sujeito, para que a clínica tradicional funcione, é completamente possível?

A Psicanálise introduz nessa questão algo que está subjacente à essência da clínica. Vemos que as grandes descobertas freudianas só foram possíveis graças ao fato de que Freud tomou como fonte de trabalho na clínica a relação entre aquele que sofre e aquele que se propõe a tratar de quem sofre. Jacques Lacan, em uma conferência para uma platéia de médicos, explicita que:

Quando o doente é encaminhado ao médico, ou quando ele o aborda, não diga que pura e simplesmente ele espera do médico a cura. Ele desafia o médico a tirá-lo da sua condição de doente, coisa bem diferente, pois isso pode implicar que ele está atraído pela idéia de conservá-la. Às vezes ele nos procura para pedir sua autenticação de doente, em muitos casos ele vem, de modo manifesto pedir que o preserve em sua doença, tratando-a para ele da maneira mais conveniente, que lhe permita ser um doente bem instalado em sua doença.¹¹

Na clínica de falantes, segundo os pressupostos psicanalíticos, o que está em jogo não é somente a delimitação de um objeto de estudo específico, mas sim uma *relação* entre aquele que procura tratamento e aquele que trata, impondo uma suposição de saber por parte de quem busca a cura de um sofrimento sobre aquele que lhe oferece o tratamento. A relação estabelecida, então, extrapola as previsões feitas pela Ciência Moderna sobre o objeto de estudo previsível, levando ao fracasso grande parte da tentativa de controle de variáveis e neutralidade impostas ao ato científico. Tal relação se mostra específica, dentre todas as outras relações possíveis entre falantes ou inseridos na linguagem, justamente por causa da demanda em jogo e da suposição de saber. Para toda área do conhecimento que se proponha a operar com a clínica, seria imprescindível levar em conta que há esse ponto nodal, o da relação entre profissional e paciente, ponto que será melhor analisado no final desta dissertação.

¹¹ Lacan, J. “Psicoanálisis y Medicina” in: *Intervenciones y Textos I*, Buenos Aires/AR: Ed. Manancial, 2002, p. 91.

Doris Rinaldi¹² aponta que, por causa do “fator humano”, a posição da Medicina tornou-se diferenciada em relação às outras Ciências Naturais, ela acabou ocupando um espaço intermediário de “ciência aplicada”, ingressando no campo da regulação social. A partir de tal função social é que podemos pensar a clínica médica em articulação no âmbito das enfermidades que dizem respeito à mente ou ao comportamento. É na demanda social de controle e adequação dos “alienados” que a clínica médica avançou em sua produção de saber no campo que hoje chamamos de *saúde mental*. Analisemos, então, de forma detalhada, o lugar da clínica, adentrando-nos na história da clínica psiquiátrica.

I. 1. 1 – Entrecruzamentos na história da Clínica, da Loucura e do Hospital

A loucura esteve relacionada à história da Medicina de um modo marginal, apesar de que desde a Medicina hipocrática vinha-se tentando formular conhecimentos sobre ela. Na análise de Foucault¹³ a história da loucura perpassa a história do hospital, já que no século XVIII há um movimento do Estado francês de internar todos aqueles que estavam à margem da razão: loucos, miseráveis, libertinos, devassos, hereges, etc. A partir disso é que surgem os hospitais gerais que funcionavam como hospedarias, sem nenhum cunho terapêutico, cuja função era a do confinamento e da exclusão social dos “desarrazoados”.

Até então, a loucura era um fenômeno de cunho moral ou divino e somente passou a pertencer ao âmbito das enfermidades _ campo próprio da Medicina _ na virada do século XVIII para o XIX. Philippe Pinel, psiquiatra francês, libertou os loucos dos grilhões das antigas Santas Casas de Misericórdia, propondo, pela primeira vez, a criação de uma instituição com o objetivo de tratar a loucura. Assim, ele deu origem ao *alienismo* e posteriormente à Psiquiatria, como a primeira especialidade médica. Neste mesmo ato também nasce o manicômio ou asilo que deu, então, à Psiquiatria o campo (espacial e, principalmente ideológico) que delimitaria sua prática, seu saber e seu objeto.

Há interpretações diversas deste ato. Para Foucault¹⁴ a proposta técnica de intervenção do saber médico seria uma das mais poderosas correntes de aprisionamento da loucura, na medida em que imobiliza os indivíduos no rótulo de portador de uma

¹² Rinaldi, D. L. – “A Ordem Médica: a loucura como ‘doença mental’”, in: *Em Pauta – Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ*, n. 13, Rio de Janeiro: Ed. UERJ, jul/dez de 1998, p. 104.

¹³ Foucault, M. – *Op. Cit.*, 2005, p. 114.

¹⁴ Idem, *ibidem*.

doença mental, esvaziando-os de qualquer poder contestador ou reivindicatório de autonomia sobre suas vidas. Essa interpretação de Foucault norteia, em grande parte, os questionamentos trazidos à tona pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, desde seu início na década de 70.

Para Fernando Tenório¹⁵, o ato de Pinel, que fez nascer a Psiquiatria, já foi um *ato de reforma*, na medida em que ele deu o estatuto de doença àquilo que era considerado um desvio social. Porém o próprio autor analisa que esta nova doença continuava e continua exigindo controle por parte do Estado, para a manutenção da ordem.

Outra interpretação do gesto de Pinel é a de Gladys Swain¹⁶, que aponta que, a partir dele a clínica do alienismo passa a levar em conta a relação entre alienado e alienista, ou seja, visa o sujeito da loucura e o que neste sujeito restaria de razão a ser recuperado. Em sua tese de doutorado Swain analisa a construção do “mito Pinel”, cuja responsabilidade a autora atribui a seu filho Scipion Pinel. Na prática Pinel sustentou que durante o tratamento o médico deveria dirigir-se aos doentes de modo firme, congregando autoridade e compreensão, dando relevo às causas morais da alienação. Não havia meios químicos ou medicamentosos de tratar a loucura, como vemos atualmente na vasta gama de medicações existentes. Os meios terapêuticos passavam pela necessidade de criar um ambiente considerado “adequado” para os doentes, no qual o médico e sua equipe tentariam modificar as respostas deles, transformando-as naquilo que seria socialmente aceito. Desta forma o hospital ou o asilo eram considerados terapêuticos em si mesmos, pois a expectativa era de que a própria doença fosse cedendo lugar à razão.

Antes de Pinel, o ato de resolver o problema social da loucura cabia a instituições asilares. Para Octavio Serpa Junior¹⁷ a Psiquiatria pineliana, com seu legado científico, foi uma tentativa de resposta social diferente, mas o que se sucedeu após tal tentativa foi que essa diferenciação não aconteceu, pois a idéia de “doença mental” não tirou o louco do lugar de “desarrazado”, mantendo a conduta de excluí-lo do convívio em sociedade já que ele seria incapaz de discernimento e juízo crítico dentro do contrato

¹⁵Tenório, F. – *A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica*, Rio de Janeiro: Ed. Rios Ambiciosos, 2001, p. 19.

¹⁶ Swain, G. – *Le sujet de la folie – naissance de la psychiatrie*, Paris: Calman – Lévy, 1ª edição, Toulouse: Editions Privat, 1978.

¹⁷ Serpa Jr., O. D. – “Sobre o nascimento da psiquiatria” in: *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro: Ed. IPUB/UFRJ, 1996.

social. O louco foi reconhecido como aquele merecedor de um tratamento médico fornecido pelo Estado, em caráter de reclusão, para lhe restituir a razão perdida.

A questão sobre qual deve ser a resposta social a ser dada à loucura, mais de um século depois de Pinel, atravessa as discussões dos cotidianos dos serviços e do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Retomar, portanto a história da Psiquiatria é imprescindível para entendermos o modo como se constituiu a clínica em saúde mental pública, tal como a encontramos hoje.

No Brasil os primeiros hospitais psiquiátricos surgiram influenciados em grande parte pela vanguarda francesa nos idos de 1853. Na então capital federal Rio de Janeiro, foi fundado o Asilo Pedro II, reproduzindo a arquitetura e as práticas pinelianas, símbolo de urbanização e modernidade. Mas outros grandes nomes influenciaram a prática psiquiátrica no Brasil e fizeram evoluir a Psiquiatria, como especialidade médica, dos quais muitos deles ainda mantêm seu legado vivo. São eles: Jean-Étienne Esquirol (discípulo de Pinel), Emil Kraepelin, Eugen Bleuler e Karl Jaspers.

Seguindo os passos de Elisabeth Roudinesco¹⁸, que retoma os primórdios da Psicanálise em sua relação com a Psiquiatria, vemos que nem todos os grandes psiquiatras que construíram o saber desta especialidade estavam totalmente tomados pela imposição das Ciências Naturais. Em seus primórdios a Psiquiatria estava dividida entre os psiquiatras “psiquistas” _ aqueles que consideravam os fenômenos de base psíquica ou de ordem moral, a psicogênese e a dinâmica da relação com o médico _ e os “somatistas” _ aqueles que se baseavam nas origens biológicas ou na organogênese.

De acordo com Roudinesco¹⁹, Franz Anton Mesmer foi mais ou menos contemporâneo a Pinel. Mesmer fez derivar do alienismo um modelo nosográfico que organiza o psiquismo humano a partir de grandes estruturas significativas (como, por exemplo, fobias, psicoses, neuroses, perversões, etc.). Filósofo, teólogo e médico, Mesmer tratava da histeria a partir da sugestão, que se mostrou insuficiente e foi abandonada por seus sucessores.

Entre o mesmerismo e a revolução pineliana, a chamada Primeira Psiquiatria Dinâmica, associava a nosografia psiquiátrica à nosografia de Mesmer, que separava a “loucura comum” (nevroses, doenças dos nervos) das “loucuras asilares”. Jean-Martin Charcot anexou a neurose a essa nosografia, concebendo-a como uma doença funcional.

¹⁸ Roudinesco, E. – *Por que a Psicanálise?*, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2000.

¹⁹ Idem, *ibidem*, p. 39.

De acordo com Roudinesco²⁰, no final do século XIX, a Psiquiatria sofisticou-se em termos de catalogação nosográfica, enquanto abandonou o sujeito e sua fala ao manicômio, instituição que continuava predominante no tratamento dos doentes mentais.

A Segunda Psiquiatria dinâmica foi herdeira de Charcot, fazendo ressurgir a psicoterapia. Grandes nomes se destacaram nesta corrente como Hippolyte Berheim e Eugen Bleuler, no início do século XX. Mas a Segunda Psiquiatria dinâmica somente encontrou sua forma consumada a partir de sua separação definitiva da Psiquiatria clássica com Sigmund Freud e Pierre Janet, contemporâneos de Berheim e Bleuler.

O trabalho de Karine Mira²¹ revela que tanto Kraepelin quanto Bleuler construíram uma sistematização de conhecimento dos fenômenos da doença mental a partir da escuta da fala de seus pacientes. O ato de *escutar*, como fundamento de suas clínicas, os diferencia da via predominante na clínica médica, que, como apontou Foucault²², era a do *olhar*. Kraepelin anunciou que havia descoberto um novo modo de se entender a doença mental. Referia-se ao entendimento tradicional como "sintomático", sendo que sua visão era "clínica". Demonstrando a inadequação dos métodos antigos, Kraepelin desenvolveu o novo sistema diagnóstico, classificando em duas formas distintas de psicoses (que antes faziam parte de um conceito unitário): a psicose maníaco-depressiva e a demência precoce. Foram os ensinamentos da clínica de Kraepelin que influenciaram Gatian de Clérambault, que por sua vez, influenciou, bem posteriormente, a clínica de Jacques Lacan, autor que baseia nossa leitura nesta dissertação.

Bleuler aprofundou as teorias do início do século XX, cunhando o termo esquizofrenia para os quadros que anteriormente eram chamados de demência precoce, bem como o termo autismo, considerado por ele como um dos fenômenos da esquizofrenia. Foi influenciado por conceitos freudianos, a partir de seu contato com Carl Gustav Jung, na clínica de Rheinau.

Jaspers, por sua vez, sofre influências filosóficas de autores existencialistas como Kierkegaard e Nietzsche. Entendia que as Ciências Naturais, por si só, eram insuficientes e necessitavam de um exame crítico, que só pode ser efetuado pela Filosofia. Segundo ele, a Filosofia, por sua vez, deve basear-se numa elucidação, a mais

²⁰ Idem, *ibidem*, p. 41.

²¹ Mira, K. Q. – *Que lugar para a Psicanálise na Saúde Mental* – Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicanálise - UERJ, 2004, p. 13 (mimeo).

²² Foucault, M. - *Op. Cit* , 2004, p. 60.

completa possível, da existência do homem real e não da humanidade abstrata. É autor do livro de dois volumes: "Psicopatologia Geral", grande marco em sua carreira e na evolução da psicopatologia.

A intenção aqui não é a de fazer uma análise pormenorizada de cada contribuição teórica dentro da Psiquiatria, mas sim de sistematizar brevemente o modo como a Psiquiatria instituiu sua clínica desde sua criação como especialidade. Desta forma partamos para a clínica psiquiátrica atual e suas relações com a saúde mental pública.

I.1.2 – A clínica psiquiátrica e a saúde mental pública

Por mais que a Psiquiatria tente munir suas pesquisas de autonomia quanto às questões sociais, justamente por tentar buscar o ideal de neutralidade científica, é notório em toda sua história, como campo de saber e prática, o quanto esteve diretamente envolvida com questões político-sociais. Isto porque, como vemos, o trato com a loucura implica aspectos da vida de quem porta um grave sofrimento psíquico que estão para além de simplesmente um adoecimento.

No decorrer do século XIX para o século XX nenhuma grande mudança ocorreu na Psiquiatria; sua clínica permaneceu dividida entre os “psiquistas” e os “somatistas”, até que na década de 20 e 30 (do século passado), a ênfase e o foco das intervenções dos psiquiatras passaram a ser somente as causas biológicas ou orgânicas do sofrimento mental. Nossa análise é a de que neste momento a Psiquiatria passa definitivamente a engajar-se nos objetivos da Ciência Moderna, retirando totalmente o sujeito e a escuta da cena, passando a privilegiar o ato prioritariamente científico: o Olhar.

Esta é a análise de Miller²³ que mostra que a partir desta época não se investiu mais nas descobertas de entidades clínicas, nem se investiu em estudos sobre a relação entre psiquiatra-tratamento-paciente. O que faz Miller afirmar que o caráter clínico da Psiquiatria sofreu uma regressão, foi a perda definitiva da dimensão do sujeito, devido à incidência maciça dos medicamentos. O que se observa, nas palavras de Ana Cristina Figueiredo²⁴, é “o recrudescimento de uma tendência na Psiquiatria em privilegiar o tratamento medicamentoso em nome de uma maior rapidez e eficácia de resultados”.

²³ Miller, J.-A. - “Psicanálise e Psiquiatria” in: *Lacan Elucidado - Palestras no Brasil*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 1997, p. 125.

²⁴ Figueiredo, A. C. C. - *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos – A clínica psicanalítica nos ambulatórios públicos*, Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará, 1997, p. 15

Se analisarmos o “Compêndio de Psiquiatria” de Harold Kaplan, Benjamin Sadock e Jack Grebb²⁵, percebemos que a premissa é de que as causas das doenças mentais estão no funcionamento perturbado dos neurotransmissores. A valorização nas descobertas psiquiátricas foi dada à nosografia, ou seja, à catalogação ou classificação de comportamentos e transtornos de comportamento, universalizando códigos para um diagnóstico comum a toda comunidade médico-científica. Além do Código Internacional de Doenças (CID), que é utilizado por todas as especialidades médicas, contendo os transtornos chamados de mentais, a Psiquiatria faz uso de outro modo de classificação diagnóstica criada nos Estados Unidos chamada de *Diagnostic and Statistical Manual Disorders (DSM)*, em português *Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais*. Trata-se de um manual, de influência internacional, para profissionais da saúde mental sob o aval da Associação Psiquiátrica Norte-Americana. Desde a sua primeira publicação, em 1952, já foi submetido a cinco revisões (DSM II, DSM III, DSM III-R, DSM IV e DSM IV- TR). Encontramos no trabalho de Maria Gonçalves²⁶ que o DSM III, que, em 1980, promove uma mudança de paradigma no conhecimento psiquiátrico, ao apresentar um modelo que se propõe descritivo e *ateórico* chegando ao DSM IV-TR. O D.S.M. IV²⁷ abole as categorias psicopatológicas que derivam da Psicanálise, eliminando a categoria de “neuroses” e passando a utilizar a de “transtornos” em todos os quadros. A histeria, neurose clássica freudiana, passa a ser um “transtorno dissociativo”, a neurose obsessivo-compulsiva – criada pelo próprio Freud, pois inexistia o quadro clínico até então – passou a chamar-se “transtorno obsessivo-compulsivo”, conhecido por “TOC”. Outro exemplo é o autismo, que se transformou em “transtorno invasivo do desenvolvimento”.

A perda da dimensão da clínica de falantes por parte da Psiquiatria pode ser melhor entendida se a situamos em seus próprios movimentos que a dividiram no decorrer de sua história. Roudinesco²⁸ aponta que na relação entre a Psiquiatria e a sociedade contemporânea, prevalece o que ela denomina de *paradigma da depressão*. De acordo com a autora, a depressão deixa de ser um diagnóstico clínico, tornando-se

²⁵ Kaplan, H. & Sadock, B. & Grebb, J. – *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*, Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1997.

²⁶ Gonçalves, M. L. F. E. - *DSMs e depressão: dos sujeitos singulares aos transtornos universais*, Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Medicina Social – UERJ, Rio de Janeiro, 2007 (mimeo)

²⁷ 4ª edição do *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, editado pela American Psychiatric Association (APA) em 1994. Tradução em português: *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - 4. ed.*, Porto Alegre, Artes Médicas 2002.

²⁸ Roudinesco, E. – *Op. Cit.*, 2000, p. 25.

um rótulo mercadológico, conseqüência de uma coisificação ou reificação da subjetividade, produzida pelo capitalismo, à qual a Psiquiatria adere. A análise da Psiquiatria, como sendo uma especialidade da ciência médica sócio-historicamente constituída, mostra que os próprios médicos sentem-se impelidos a responder à demanda social, cujo pedido implícito (ou às vezes elucidado) é o de que uma simples medicação faça com que os indivíduos, supostamente senhores de suas atitudes, não se sintam inferiorizados pelo fato de terem que se submeter a uma abordagem terapêutica _ para além da ingestão de comprimidos _ e possam voltar à “normalidade”.

A partir do que aponta Roudinesco sobre a história da Psiquiatria, vemos o quanto a Psicanálise em sua “ascendência” (por meio de Charcot e Mesmer) esteve atrelada à Psiquiatria. Porém Freud, criador da Psicanálise, conferiu à clínica um valor emancipatório, que, não foi incorporado pela Psiquiatria, apesar da influência dos conceitos psicanalíticos sobre esta especialidade médica. Vê-se, inclusive, nos primeiros DSM's tal influência, porém a partir do DSM III, percebe-se que a Psiquiatria se tornou eminentemente voltada às novidades da indústria farmacêutica e ao viés mercadológico dos tratamentos químicos, que fazem com que a clínica se reduza à prescrição de medicações.

Atualmente os psiquiatras em nome da Associação Brasileira de Psiquiatria²⁹ (ABP) reivindicam um lugar ao sol nos centros cirúrgicos, tentando reafirmar o caráter científico que cabe à Medicina e se contrapondo à Reforma Psiquiátrica Brasileira alegando que, sem hospitais, os usuários estarão desassistidos. Estes psiquiatras parecem acreditar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira propõe extinguir totalmente as internações psiquiátricas de modo irresponsável. Dizem que a Reforma Psiquiátrica Brasileira incita a sociedade a “desobedecer a ordens médicas”, identificando este como o maior fator gerador dos problemas encontrados na saúde mental pública. Acham que a Psiquiatria, enquanto especialidade da Medicina, não necessita de “reforma” alguma, pois é uma ciência há muito tempo consolidada. Este posicionamento revela o modo de conceber a saúde mental por parte de muitos psiquiatras, porém, além de não ser unânime, está em contradição ao papel exercido pela própria ABP no início do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Aqui nos referimos à Campanha da Organização Mundial de Saúde de 2001, voltada, pela primeira vez em 50 anos, à saúde

²⁹ França, J. - “O grande equívoco da política de saúde mental” in: *Revista virtual da Sociedade Brasileira de Psiquiatria*, 17/07/2006 ou “O erro da política de saúde mental” in: *Jornal O Globo*, Caderno Opinião, 20/07/2006, p. 7.

mental e chamada “Cuidar, sim, Excluir, não”, apoiada no Brasil pela ABP³⁰.

Obviamente não podemos generalizar ou resumir a posição de todos os profissionais da área, entretanto trata-se de uma representação legítima do que muitas vezes encontramos na prática. Este posicionamento reflete, dentre outras coisas, a tentativa de manter um lugar diferenciado aos médicos em relação aos outros profissionais da saúde mental, lugar ideologicamente imbuído de poder sobre os demais saberes. A partir do contato com vários médicos durante a pesquisa³¹, vemos que alguns deles se sentem perdidos e até desvalorizados na nova dinâmica implantada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, já que a partir dela eles vêm perdendo a centralidade no tratamento. Relatam que o lugar valorizado dentro da Medicina é aquele nos centros de pesquisa de medicações, patrocinado por grandes laboratórios.

Para além da corrida do mercado farmacêutico ou do “paradigma social da depressão” de Roudinesco, existe a psicose e o que ela interroga constantemente a esta mesma sociedade e à ciência. Os psiquiatras brasileiros engajados no movimento da Reforma Psiquiátrica que trabalham ou aderiram às possibilidades suscitadas pelos novos serviços, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), revisam seu papel. A proposta feita pela Reforma Psiquiátrica Brasileira de mudança de posição ou de questionamento da clínica é mais ampla que a questão de melhora da infra-estrutura e da construção de serviços substitutivos, articulando-se fundamentalmente ao questionamento da lógica manicomial à qual, desde Pinel, a clínica psiquiátrica ficou atrelada.

Há psiquiatras, como alguns ouvidos durante a inserção dos pesquisadores nos serviços³², que defendem uma postura clínica marcada pela relação com o paciente e pela noção de que a loucura é produto de um conjunto complexo de fatores, não reduzindo sua etiologia ao organismo. A hipótese é de que esta postura já está atravessada pelo próprio movimento de Reforma Psiquiátrica e, em alguns casos, inclusive, pela clínica psicanalítica. Muitos vêm se esforçando para que o trabalho da Psiquiatria, nesta nova dinâmica, saia do esvaziamento de sentido vivido por muitos médicos, produzindo um saber sobre as possibilidades de intervenção em um novo

³⁰ Para verificar mais detalhes dos dados, entrar nos portais virtuais: www.paho.org e www.opas.org.br

³¹ Rinaldi, D. L.- *Clínica do Sujeito e Atenção Psicossocial: novos dispositivos de cuidado no campo da saúde mental – II*, Projeto de Pesquisa, 2006 (mimeo).

³² Seguindo a metodologia da pesquisa, foram realizadas entrevistas abertas junto aos técnicos das equipes dos CAPS pesquisados, que serão abordados no capítulo III. Para análise mais detalhada ver *Relatório Final da Pesquisa Clínica do Sujeito e Atenção Psicossocial: novos dispositivos de cuidado no campo da saúde mental – II*, 2007.

modelo de clínica: a clínica multidisciplinar. No Rio de Janeiro estes profissionais vêm se reunindo para discutir as intervenções realizadas nos CAPS e na rede integrada de saúde pública, através de Fóruns de Saúde Mental, no intuito de que haja produção científica a partir desta nova prática, para que ela seja também reconhecida pelos cânones acadêmicos.

I.2 – REFORMA PSIQUIÁTRICA: A CLÍNICA SOB QUESTIONAMENTO

Uma outra forma de conceber a clínica encontrada na saúde mental pública no Brasil, além da Clínica do Olhar, é fruto das conquistas direcionadas por movimentos sociais e pelo Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) que efetivaram a Reforma Psiquiátrica, sob a influência do movimento italiano de Franco Basaglia. Partindo da noção de que a psicose é uma questão de existência e não somente uma doença tratável, iniciou-se um profundo questionamento quanto ao modo tradicional de tratar o psicótico. Desde a década de 70, a clínica psiquiátrica vem passando por inúmeras reconsiderações que extrapolam as questões epistemológicas ou científicas, priorizando a função social desta clínica.

Assim, é fundamental entender o modo pelo qual as políticas públicas implantadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira concebem a clínica ou o tratamento oferecido aos usuários dos serviços de saúde mental pública para situarmos o lugar da clínica neste processo, bem como entender de que clínica se trata.

I.2.1 – Questões e mudanças implantadas pela Reforma Psiquiátrica no Brasil

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, mais do que simplesmente questionar a Psiquiatria como única especialidade capaz de determinar o que deve ser feito no trabalho com a psicose, coloca em questão toda a lógica social no trato com o louco. Segundo Paulo Amarante³³, tal reforma se constituiu a partir de formulações críticas para a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico de tratamento psiquiátrico. Para o autor, sua marca fundadora é o fato de ser uma obra contínua de atores muito diferentes entre si.

³³ Amarante, P. (coord.) – *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, p. 15.

Alice Bottaro Oliveira³⁴ especifica neste processo os debates legislativos, movimentos populares, políticas públicas e discussões de práticas terapêuticas. Segundo a autora, na década de 70, o movimento ainda se restringia a mudanças internas à área da saúde, com a tentativa de organização das práticas assistenciais que descentrassem a figura do médico e do hospital, preconizando uma equipe multiprofissional e denunciando vários anos de exploração comercial dos doentes mentais nos hospitais. Oliveira acrescenta que, na última década, a discussão foi ampliada para a sociedade, exigindo novas políticas públicas de inclusão social.

Para a análise deste processo de mudanças, atenhamo-nos, aos últimos efeitos que constroem, na atualidade, os novos serviços de saúde mental no Brasil. A partir do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, nº. 3657 de 1989, foi implantado o primeiro “serviço substitutivo” (ao manicômio) no município de Santos em São Paulo. Oliveira³⁵ relembra que na década de 90 a portaria nº. 224/92 do Ministério da Saúde começou a levar a preocupação com a saúde mental para unidades de saúde em geral. Esta portaria também determinou a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como novas modalidades de atendimento. Mas foi somente na virada do século que a Lei “Paulo Delgado” foi reformulada para a Lei nº. 10.216/2001, sendo talvez o ponto culminante do processo de reforma. Neste mesmo ano a III Conferência Nacional de Saúde Mental teve como tema "Cuidar sim, excluir não", conforme determinação da Organização Pan-Americana de Saúde.

Uma outra grande marca da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a implantação da Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 do Ministério da Saúde. É ela que versa sobre o funcionamento dos CAPS, invertendo, na prática, a lógica de atenção psicossocial, que tinha sua ênfase na internação psiquiátrica, passando a responsabilidade para os serviços substitutivos. A criação dos CAPS promoveu a diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos e colocaram em xeque a função das internações, estas devendo ser realizadas na menor duração de tempo possível, privilegiando-se o tratamento realizado nos CAPS. De acordo com a própria portaria 336/GM, vemos que a função do CAPS é mais ampla do que a de ser mais um serviço na rede de saúde mental. A portaria direciona a rede de modo que os CAPS sejam pólos irradiadores da idéia de inclusão da diferença, bem como novo modelo de assistência

³⁴ Oliveira, A. G. B. – *Superando o manicômio? Desafios na Construção da Reforma Psiquiátrica*, Cuiabá: Editora da UFMT, 2005, p. 61.

³⁵ Oliveira, A.B. - *Op. Cit.*, 2005, p. 60.

aos usuários de saúde mental (não somente pertencentes a classes econômicas desfavorecidas), a partir da diversidade de métodos e de técnicas terapêuticas. Além disso, o CAPS deve ser referência para os usuários e para a triagem dos mesmos, assim como referência de capacitação de profissionais da rede básica de saúde, dentre outras áreas da sociedade. Vários aspectos desta Portaria apontam para o modo como a rede de saúde mental, não somente os CAPS, mas também os Programas Saúde da Família e Programas de Agentes Comunitários, passando por Ambulatórios, Policlínicas, até os Hospitais Psiquiátricos e Residências Terapêuticas, deveriam estar funcionando, o que não quer dizer, como veremos adiante, que, na prática, esse ideal tenha sido atingido. Trata-se de um processo de construção.

I.2.2 – A abertura da clínica

A inversão de responsabilidades entre hospital psiquiátrico e CAPS, proposta pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, provoca, constantemente, questões a respeito do modelo de clínica a ser operado na saúde mental pública. Além de a lógica manicomial ser combatida, a Reforma Psiquiátrica Brasileira questiona a clínica privada, neutra e descontextualizada ou excludente das questões sociais. Tal tipo de clínica não atende às diretrizes e dimensões propostas pela Reforma, sendo necessário que ela passe por um processo de abertura.

O movimento de Reforma Psiquiátrica não foi o único movimento no Brasil no campo da saúde pública que exigiu a revisão da clínica tradicional. De modo paralelo e mais amplo, a Reforma Sanitária, através da promulgação da Lei 8080/1990 da Constituição Federal ou a Lei de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), tenta progressivamente alterar as diretrizes da concepção de saúde pública. As políticas públicas passam a investir na atenção primária, na promoção de saúde e em equipes multidisciplinares. A Reforma Sanitária propõe uma clínica preventiva e promocional em saúde (fora do hospital), de modo integral (multidisciplinar) e igualitário (garantindo acesso a todos).

A ênfase nas políticas sanitárias no Brasil deixa de ter a Medicina como eixo de referência a todos os profissionais, bem como o hospital (com propósito curativo, com foco no organismo e com uma intervenção desengajada das questões sociais) deixa de ser o modelo de assistência. Na saúde mental, especificamente, duas posições próprias da clínica tradicional passam a ser discutidas: o fato de que ela prioriza

somente o organismo, em detrimento à complexidade humana e o fato dela não levar em conta os movimentos da coletividade, tratando do corpo de modo pontual e descontextualizado. As alterações deste paradigma em saúde, que situamos como um processo de abertura da clínica faz, como veremos nos relatos dos técnicos entrevistados durante a pesquisa, com que muitos dos técnicos se sintam perdidos em suas novas funções.

É importante ressaltar que o que é trazido à baila nessa discussão não significa colocar a Medicina “na berlinda”. A clínica psiquiátrica tradicional é herdeira do modelo de clínica tradicional médica, como sua primeira especialidade, porém isso não quer dizer que atualmente este modelo de clínica esteja atrelado somente à Medicina. Outras áreas, como a Enfermagem e a Fisioterapia, por exemplo, podem fazer valer à lógica da clínica tradicional, tentando reproduzir uma tradição sem questionamento algum, enquanto vemos muitos médicos questionando tal lógica.

Assim a saúde mental pública brasileira passa a ser campo de duas discussões que atravessam o paradigma da clínica tradicional: a primeira é herdada da Reforma Sanitária que inverte a noção curativa e hospitalocêntrica de saúde e segunda é introduzida pela Reforma Psiquiátrica, que em um primeiro momento propõe a quebra dos alicerces da lógica manicomial e posteriormente exige a ampliação da clínica. Na construção dos serviços substitutivos e na implantação das novas políticas públicas é importante destacar a preocupação do Ministério da Saúde em, além da construção de serviços substitutivos ao manicômio, alterar os fundamentos da lógica de funcionamento anteriores, pois ela pode continuar presente também nos novos dispositivos de tratamento em saúde mental pública.

I.2.3 – O novo campo da atenção psicossocial

A nova clínica proposta pela Reforma Psiquiátrica Brasileira para a saúde mental pública é constituída de modo que ela esteja aberta a englobar diversos saberes e aspectos da existência do sujeito da loucura. Caracterizando o novo campo da saúde mental, Doris Rinaldi³⁶ mostra que ele se constitui como um “campo multidisciplinar, heterogêneo e plural, no qual diversos saberes e práticas se entrecruzam”. Este campo de trabalho composto por multiplicidades e diferenças já nasce atravessado pela tensão

³⁶ Rinaldi, D. L. – “Entre o sujeito e o cidadão” in: Alberti, S. & Figueiredo, A. C. C. (orgs) - *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*, Rio de Janeiro: Ed. Companhia de Freud, 2006, p. 142.

entre a clínica e a política. Na análise de Rinaldi³⁷, que coincide com a análise de Tenório³⁸ esta tensão parece reproduzir a idéia socialmente compartilhada de que na política se trata das causas coletivas e na clínica cabem somente as questões individuais. Para Rinaldi³⁹ a própria proposta de reformulação da clínica por parte a Reforma Psiquiátrica parece ser uma tentativa de articular esses dois pólos com os quais o tratamento oferecido à psicose necessariamente está implicado.

É importante lembrar que as noções que fundamentam a Reforma Psiquiátrica Brasileira não emergiram como um processo isolado específico do nosso país, mas sim estão articuladas a movimentos que vêm acontecendo em todo o mundo. Nosso processo de reforma sofreu influências dos movimentos ocorridos em toda Europa e América do Norte, desde a década de 40, dentre eles a Psicoterapia Institucional, as Comunidades Terapêuticas, a Psiquiatria de Setor, a Psiquiatria Preventiva e, por fim, a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana, de Franco Basaglia. Esta última é apontada por vários autores⁴⁰ como a mais influente e, por isso mesmo, o maior enfoque dado pela reforma brasileira tem sido a dimensão política e social, através da luta pela cidadania do louco.

A nova clínica, surgida a partir dessas influências, é ressignificada. O termo “clínica” passa a ser acrescido de adjetivação, tornando-se um termo composto: “clínica ampliada” ou “clínica do cotidiano”. Na análise de Rinaldi⁴¹, a clínica ampliada freqüentemente aparece recoberta pelo termo *cuidado*. Este termo, em saúde, é refratário das noções da integralidade da atenção ou assistência prestada, no campo da saúde pública, entendida como uma prática social. Na definição de Roseni Pinheiro e Ruben Mattos⁴² o cuidado em saúde diz respeito, entre outros fatores, a uma relação entre usuário e profissional, incluindo a subjetividade do usuário. Em outros termos, embora apresentem diversas nuances e interpretações, o cuidado aponta, basicamente, para um tipo de relação que inclui o acolhimento, a visão e a escuta num sentido mais

³⁷ Idem - “Clínica e Política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental” in: *Psicanálise, Clínica e Instituição*, Rio de Janeiro: Ed. Rios Ambiciosos, 2005, p 89.

³⁸ Tenório, F. - “Reforma Psiquiátrica e Psicanálise: um trabalho necessário” in: Figueiredo, A. C. & Cavalcanti, M. T. (orgs) - *A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização – Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental*, Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001, p. 14.

³⁹ Rinaldi, D. L. - *Op. Cit.*, 2005, p. 90.

⁴⁰ Referências no Projeto da Pesquisa coordenado por Rinaldi, D. L. - *Op. Cit.*, 2006, (mimeo).

⁴¹ Rinaldi, D. L.- “Clínica e Política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental” in: *Op. Cit.*, 2005, p. 88.

⁴² Pinheiro R & Mattos RA (orgs.). - *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec/Abrasco, 2004, p. 54.

global, tomando o usuário como pertencente a um determinado contexto sociocultural do qual não pode ser alijado.

Aplicando a noção de cuidado à saúde mental brasileira, a partir do objetivo de “cuidar sim, excluir não” e da “atenção psicossocial”, vemos agregarem-se os ideais da Reforma Psiquiátrica fazendo com que a prática assistencial seja, segundo Duarte (apud Rinaldi e Lima), imbuída de “novos sentidos e enunciados, constituindo-se assim em território interdisciplinar sob o signo da multiplicidade”⁴³. É esta idéia de *cuidado*, então, que fundamenta a proposta de novos dispositivos para a clínica redimensionada, a saber, os dispositivos de *escuta e acolhimento*⁴⁴, que se contrapõem ao *olhar e conter* da Psiquiatria tradicional.

A clínica que aqui chamamos de “Clínica do Cuidado” é, portanto, a direção do trabalho nos serviços de atenção psicossocial. Neste novo modo de intervenção a busca é a de tornar o usuário “protagonista”⁴⁵ de seu tratamento, bem como busca sua ressocialização. Doris Rinaldi e Maria Cândida Lima⁴⁶ comentam que a clínica ampliada propõe-se a “dar voz aos pacientes” para que ele faça suas próprias escolhas e busque exercer sua cidadania, o que evidencia a ênfase na dimensão política inspirada pelos ideais de desinstitucionalização.

A partir da ampliação da clínica sob a diretriz da desinstitucionalização, foram concretizados inúmeros projetos, produzindo novos dispositivos sociais para a inclusão dos usuários de saúde mental como as Residências Terapêuticas e o programa “De volta para casa”⁴⁷. Estes dois dispositivos são operados junto aos pacientes crônicos por longos períodos de internação nos hospitais psiquiátricos. As Residências Terapêuticas abrigam aqueles que foram abandonados definitivamente pelas famílias, proporcionando aos moradores uma equipe de cuidadores que os acompanham na continuidade de seu tratamento nos CAPS ou ambulatórios de saúde mental. Já o programa “De volta para casa” visa reinserir o usuário em seu seio familiar, oferecendo

⁴³ Rinaldi, D.L. & Lima, M. C. N. – “Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental” in: *Revista Mental*, ano IV, Barbacena, jun. 2006, p. 57

⁴⁴ Rinaldi, D. L.- “O Acolhimento, a Escuta e o Cuidado: algumas notas sobre o tratamento da loucura” in: *Em Pauta – Revista da Faculdade do Serviço Social da UERJ*, UERJ, RJ, n. 16, jan./jul. de 2000, p.11.

⁴⁵ Ministério da Saúde - Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial – Série F. Comunicação e Educação em Saúde, Brasília/DF, 2004, p. 28.

⁴⁶ Rinaldi, D.L. & Lima, M. C. N. – “Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental” in: *Op. Cit.*, 2006, p. 57

⁴⁷ O Programa das Residências Terapêuticas foi instituído pela Portaria n. 106/GM de 2000 e o Programa “De volta para Casa” foi instituído pela Lei 10708/ 2003, ambos disponíveis no portal virtual do Ministério da Saúde.

um auxílio financeiro às famílias que recebem os egressos de volta e indicando os CAPS como nova proposta de tratamento e sustentação do mesmo com apoio à família⁴⁸.

No cotidiano dos CAPS a clínica ampliada ou clínica do cuidado se concretiza através dos chamados “projetos terapêuticos”, obrigatórios a todo serviço substitutivo e utilizado como uma das condições de credenciamento dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) pelo Ministério da Saúde. O projeto terapêutico de um serviço deve conter todo o seu modo de funcionamento, incluindo as práticas de intervenção oferecidas, seus horários e nome dos técnicos responsáveis. Neles encontramos vários dos novos dispositivos que surgiram para atender às diretrizes da nova política em saúde mental como, por exemplo, “grupos de recepção”, “grupos de cidadania”, “oficinas geradoras de renda”, atividades externas às instalações dos próprios serviços, além dos atendimentos individuais⁴⁹.

Já em 1991 o Ministério da Saúde definiu as oficinas terapêuticas como “atividades grupais de socialização, expressão e inserção social”, através da Portaria 189/91. A partir das reformulações de âmbito terapêutico propostos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, em 2002 as oficinas foram incluídas pela Portaria⁵⁰ 336/2002 do Ministério da Saúde (MS), em seu artigo 4º como uma dentre as sete atividades que os CAPS devem oferecer. As oficinas e as iniciativas de “trabalho protegido” distribuem-se entre atividades produtivas, estéticas, laborais, de estudo e de lazer. Mas o que vemos em seis anos de aprovação da Portaria 336 do MS, sua aplicação na prática dos serviços tem privilegiado a oficina como o eixo de suas propostas de intervenção.

Deste modo, as oficinas acabaram se tornando modelo de funcionamento para os serviços que se propõem a estarem engajados em tais diretrizes, como por exemplo, ocorre com os hospitais psiquiátricos e os hospitais-dia em Mato Grosso, fato que abordaremos no terceiro capítulo.

Vale ressaltar que os CAPS devem se constituir como pólo transmissor das diretrizes da política de saúde mental em determinado território. A partir do relato dos pesquisadores orientados por Rinaldi⁵¹ vemos que, em diferentes regiões do país, a

⁴⁸ Para detalhes acessar ao portal do Ministério da Saúde: www.ccs.saude.gov.br/VPC

⁴⁹ Para análise mais detalhada ver “A Clínica da Recepção nos Dispositivos de Saúde Mental” in: Cadernos do IPUB, vol. VI, n. 17, IPUB/UFRJ, 2000.

⁵⁰ Ministério da Saúde – *Op. Cit.*, 2004, p. 31.

⁵¹ Refiro-me ao artigo de Gabriela Castro e Martha Izoton “A função clínica das oficinas nos Centros de Atenção Psicossocial” que são parte do Relatório Final da pesquisa *Clínica do sujeito e atenção psicossocial: novos dispositivos de cuidado no campo da saúde mental*, 2007 (mimeo).

centralização do trabalho dos técnicos na realização de “oficinas” tornou-se a tradução da clínica ampliada, sendo o maior dispositivo ou quase que como um “selo de qualidade” de um serviço engajado na Reforma Psiquiátrica.

A questão é que as oficinas estão abertas a inúmeros manejos. Nem sempre os operadores das oficinas ou “oficineiros” se questionam sobre o risco que as oficinas correm de serem “habilitadoras de trabalhadores”, focadas no trabalho produtivo, na qualidade do que é ali produzido, seguindo muito mais uma lógica capitalista do que a lógica clínica. Gabriela Castro⁵² refere, em suas observações sobre as oficinas, que é preciso levar em conta o sujeito, pois o que é produzido advém dele. Em um movimento dialético, este sujeito é, ao mesmo tempo, estruturado por sua produção. Como diz Castro “ele se identifica e se reconstrói com o que resulta do seu trabalho e, a partir daí, permite que o seu desejo possa emergir”. Neste sentido, Figueiredo aponta para os efeitos na clínica, se tomarmos a oficina como um ato do sujeito

(...) Da atividade ocupacional para fugir da inércia até a produção, em série, de determinado produto que visa geração de renda, a oficina terapêutica põe em causa um sujeito em ato (...) O trabalho pode ser repetitivo, sem sentido, mas o sujeito pode fazer disso um ato (...) Reconhecer essa afirmação do sujeito é nosso primeiro passo. Dar um bom destino a seu produto, a partir de suas próprias indicações, pode ser um segundo passo, não menos importante que o primeiro. Recolher esses elementos na manifestação do sujeito para a construção do caso e produzir um saber como síntese e como indicador de nossas intervenções seria nosso trabalho final.⁵³

Dar um destino ao ato do sujeito implica na construção do caso, noção que será melhor discutida no próximo capítulo, a propósito da inserção da Psicanálise na rede de atenção psicossocial. Por sua vez, a construção do caso implica na disposição de cada técnico da equipe a se colocar em reflexão constante sobre sua prática, fato que nem sempre acontece nos serviços de atenção psicossocial por inúmeros motivos. A questão é que a falta de reflexão sobre a finalidade terapêutica, ou mesmo clínica, das oficinas parece estar pautada na concepção pineliana de que a ocupação do ser humano por si só é terapêutica. A falta de direcionamento clínico gera o grande risco de tornar o tratamento oferecido um reproduzidor de um protocolo nacional de oferta de oficinas, assim como um agilizador do acesso às medicações e aos direitos específicos dos

⁵² Castro, G. S. – “Oficina Terapêutica: algumas considerações sobre sua função clínica no CAPS” in: *Relatório Final da Pesquisa Clínica do Sujeito e atenção psicossocial: novos dispositivos de cuidado no campo da saúde mental*, 2007 (mimeo).

⁵³ Figueiredo, A. C. C. – “Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial” in: *Mental – Revista de Saúde Mental da UNIPAC*, vol. III, n. 05, Barbacena, nov. 2005, p.53.

usuários da saúde mental. Neste caso o objetivo principal seria o da reabilitação psicossocial, sem levar em conta o sujeito do Inconsciente e seu desejo.

Muitos estão se questionando quanto à possível cronificação dos usuários junto ao próprio CAPS, nomeando este fenômeno de “capsicômio”. Podemos presumir que sem direcionamento clínico as equipes dos CAPS não encontram meios para refletir sua prática para além do objetivo de ressocialização do cidadão. Os CAPS podem ofertar atividades importantes e espaços onde novos enlaçamentos sociais possam ocorrer, porém nossa hipótese é a de que propor um objetivo ao tratamento aponta para a inclusão da diferença no social. Tal objetivo, longe de ser o de uma adaptação ou normatização social, não se equivale à cura, mas direciona-se a não perpetuar a relação dos usuários com os serviços, já que se propõe ao trabalho com o mal estar intrínseco à cultura ou à civilização, como propôs Freud⁵⁴, e que será melhor abordado no próximo capítulo.

Em função das transformações nos serviços, que remontam duas décadas, cuja conseqüência maior é a ampliação da clínica, nos últimos anos vemos a inserção de psicanalistas no cotidiano do trabalho, operando e/ou supervisionando a clínica, direcionando as discussões para as questões do sujeito do Inconsciente, bem como os objetivos e alcances dos novos dispositivos de tratamento. Isto porque, como apontam Rinaldi e Lima, não se trata somente de dar voz ao paciente, mas

levar em conta o que *falar quer dizer*, pois é por meio da fala, nos seus intervalos e tropeços, que podemos ver surgir efeitos de sujeito como resultado do trabalho clínico⁵⁵

É a Psicanálise, como um modo de intervenção diferente daqueles submetidos ao imperativo metodológico da ciência moderna (Clínica do Olhar) e aos ideais humanitários (Clínica do Cuidado), que traz ao campo da saúde mental pública a questão da dimensão do sujeito, avançando a discussão anterior que se dirige à substituição da clínica “tradicional” para a “ampliada”. Dito de outro modo, a Psicanálise insiste em sempre se rediscutir a clínica no intuito de não se perder de vista a dimensão do sujeito, que, como veremos no próximo capítulo, se diferencia da dimensão do indivíduo ou do cidadão.

⁵⁴ Freud, S. - “Mal estar na cultura” [1930] in: *Obras Psicológicas Completas*, vol. XXI, Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro, RJ: Ed. Imago, 1976, p. 145.

⁵⁵ Idem, *Ibidem*.

Verificamos que a problematização da clínica tradicional construiu uma direção que, muitas vezes, pode acabar negando o fato de que o sofrimento psíquico também requer tratamento, pois ele não é somente resultado de uma exclusão ou opressão social, como refere Luciano Elia⁵⁶. O que temos certeza atualmente é que “libertar os loucos do manicômio” não garante que a lógica de seu lugar no mundo não seja a da exclusão. Não basta que haja mudanças nos prédios ou o no tipo de cuidado (se em internação ou em ambulatório), pois mesmo nos próprios CAPS a lógica da exclusão pode estar colocada. Assim como não basta garantir os benefícios conferidos pelo Estado, pois isso pode gerar ao usuário uma posição dúbia na sociedade entre a autonomia e a cronicidade. Em muitos serviços, a negligência da escuta da questão singular do sujeito, generaliza e eterniza a relação do usuário com o Estado em sua condição “especial”. Neste sentido a direção apontada pela Psicanálise é de que é preciso levar em conta que há uma dimensão que não é atingível pelo fornecimento de benefícios ou atendimento a direitos adquiridos, nem mesmo pela educação ou adequação social. Esta dimensão, que é a do sujeito e que pretendemos discutir no próximo capítulo.

Para tentar evitar a “cronificação” dos usuários em relação aos serviços e o engessamento das intervenções por parte dos profissionais em seu trabalho cotidiano, muitos CAPS aproveitam de sua autonomia para buscar nas reuniões de equipe um momento privilegiado para a avaliação dos casos e redefinição de condutas. Em alguns serviços esta reunião acaba sendo mais um dos compromissos burocráticos semanais, já em outros, entra aí em cena o papel fundamental do supervisor clínico. Há autores⁵⁷ que consideram a supervisão clínica absolutamente essencial ao trabalho em saúde mental. Essa função não pode ser confundida com a fiscalização das instâncias superiores em relação ao andamento do serviço. Segundo Figueiredo⁵⁸, a supervisão deve recolher os elementos da construção de caso, produzindo um saber constante que é, num só tempo, produto e norteador do trabalho da equipe. A supervisão é o trabalho semanal, ou na frequência que a equipe assim o decidir, que deve propiciar à equipe um espaço de fala orientada sobre os impasses, as angústias, as dificuldades que são comuns na prática diária. É função da supervisão também diluir os conflitos existentes entre os técnicos

⁵⁶ Elia, L. *A Rede da Atenção na Saúde Mental – articulações entre CAPS e Ambulatórios*, trabalho apresentado no Encontro do Fórum Nacional de Saúde Mental Infante-Juvenil, OPAS – Organização Pan-americana de Saúde, Brasília-DF, Dezembro de 2004 (mimeo).

⁵⁷ Elia, L. – *A importância da Supervisão e do supervisor em uma equipe de saúde mental*, trabalho apresentado em Congresso da Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil e Profissões Afins - ABENEPI, (mimeo).

⁵⁸ Figueiredo, A. C. C. - “Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial” in: *Op. Cit.*, 2005, p. 54.

mais ou menos importantes, próprios do funcionamento grupal. Ela deve tornar o trabalho cotidiano mais prazeroso e dividido, entre os técnicos, não pela distribuição burocrática de tarefas, mas sim pelas possibilidades reais da prática de cada um. Em termos de políticas públicas, a implantação da supervisão tornou-se legalizada, mas infelizmente não foi legitimada na prática em todos os serviços do país.

A Portaria 336 do Ministério da Saúde, normatizadora dos CAPS e da rede de atenção psicossocial em geral, contém uma abertura para que as equipes construam seu modo de funcionamento de acordo com sua realidade local, levando em conta as questões sócio-econômicas e culturais do território em questão, suas próprias técnicas e abordagens teóricas previamente escolhidas. É possível haver vários CAPS instalados no mesmo município com modos de funcionamento muito diferentes. Tal abertura pode resultar em propostas de tratamentos com objetivos bem pactuados dentro da equipe, resultar também na inclusão efetiva do paciente e seus familiares no tratamento, contudo nem sempre isso ocorre. A flexibilidade de interpretação da Portaria, bem como a abertura da mesma às escolhas de fundamentação teórica de suas práticas, podem ter como consequência um funcionamento do serviço baseado em mitos compartilhados, sem fundamento legal ou epistemológico.

Para exemplificar tal mitificação, ocorre na rede de atenção psicossocial de Mato Grosso, que será detalhada no terceiro capítulo, uma sobrecarga do serviço de Pronto Atendimento (PA) do único Hospital Psiquiátrico da rede SUS do Estado, com uma demanda que deveria, a princípio ser triada pelos CAPS, como está discriminado no quarto artigo da Portaria 336. O fato de que, em muitos CAPS as oficinas tornaram-se eixo das atividades a serem oferecidas, faz com que o posicionamento de muitos destes serviços seja o de somente receber “pacientes estabilizados” ou que se encaixem nas oficinas, enquanto que as crises ou emergências são encaminhadas ao PA. A função de “porta de entrada” ou de regulador da rede descrita na Portaria não é exercida, fazendo com que eles encaminhem, na primeira oportunidade, os usuários para a internação. Este posicionamento vai contra idéia de soberania dos CAPS, que busca torná-lo um verdadeiro serviço “substitutivo”, além de se opor ao próprio artigo 4º da Portaria, que em seu inciso *b*, coloca claramente que os CAPS devem ser a porta de entrada da rede:

(...) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial,

definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; (...)⁵⁹

Assim uma das funções dos CAPS deve ser a de reconhecer quando uma internação psiquiátrica se faz necessária ou mesmo, perceber que aquela família que o procura não necessita de um tratamento de “alta complexidade” (como é chamado o tratamento oferecido nos CAPS), encaminhando tal família para o ambulatório.

É importante explicitar aqui que, neste primeiro capítulo procuramos descrever a construção de uma nova clínica para a saúde mental pública, a partir das leis e das políticas públicas, o que não exaure e nem é o único ponto de partida para esta análise. Pensar nas implantações feitas pelas políticas públicas é importante, mas a legislação não pode ser uma pedra inerte, ela deve ser dinamizada, assim como deve haver um dinamismo próprio dos processos em construção do modo de funcionamento dos serviços da rede de atenção psicossocial. O processo de mudanças na resposta social oferecida à loucura ocorre também pelos movimentos sociais e os atores vivos que participam diariamente das particularidades de cada serviço e em cada região do país. No Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental⁶⁰, realizado em 2001, encontramos a diretriz que convoca a toda sociedade a agir, pois não bastam apenas leis e propostas:

O processo de Reforma Psiquiátrica não se faz apenas com leis e propostas. Essas precisam, ser efetivamente implantadas e exercitadas no cotidiano das transformações institucionais, dos serviços e das relações interpessoais.

⁵⁹ Ministério da Saúde – *Op. Cit.*, 2004, p. 31.

⁶⁰ Ministério da Saúde - *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, 11 a 15 de dezembro de 2001, Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2002, p. 20*

CAPÍTULO II

A PSICANÁLISE E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Vimos no capítulo anterior que a Reforma Psiquiátrica Brasileira concretiza esforços para ampliar a dimensão da clínica, o que provoca não somente a diversificação de aspectos a serem incluídos como foco do tratamento, como também diversifica o modo de agenciamento ou de condução de um tratamento em saúde mental. Deste modo, a clínica neste campo torna-se aberta ao trabalho para além do alívio dos sintomas, incluindo a orientação à família, suporte social, criação de alternativas de trabalho aos usuários, moradia e lazer, garantia de direitos e mais recentemente, por meio da prática de psicanalistas, o trabalho com o sujeito do Inconsciente. Para a efetivação desta clínica multifacetada sobrepõe-se a necessidade de uma visão multidisciplinar, o que promove a inclusão de novos saberes e novos profissionais nos atuais dispositivos de saúde mental.

Essa abertura fez com que a Psicanálise mudasse sua relação com o serviço público de saúde mental no Brasil, como aponta Ana Cristina Figueiredo⁶¹. A autora mostra que, na história da Psicanálise pelo mundo, os psicanalistas sempre estiveram ligados ao trabalho realizado nas instituições públicas de saúde mental, mas no início, esta relação era, a um só tempo, próxima e distante. Segundo a autora, havia a tentativa de manter a formação e a prática psicanalíticas numa “espécie de extraterritorialidade”⁶², dificultando o acesso a elas, restringindo-as somente aos médicos.

Como indica Tenório⁶³, nas experiências das Comunidades Terapêuticas concebidas nas décadas de 60 e 70 como novo modelo “discursivo/organizacional” de atenção em saúde mental, a Psicanálise era um dos saberes ativos. Contudo, o autor comenta que nessa ação não se tratava propriamente de uma inserção da clínica psicanalítica nas instituições e sim da aplicação da Psicanálise como técnica para “leitura inconsciente”, não apenas em relação aos pacientes, mas também em relação à equipe. Na maioria dos casos a Psicanálise era restrita ao domínio de psiquiatras, que se

⁶¹ Figueiredo, A. C. C. – “O que faz um psicanalista na saúde mental” in: Venâncio, A. T. A. & Cavalcanti, M. T. (orgs.) - *Saúde Mental: Campo, Saberes e Discursos, Coleções IPUB*, Rio de Janeiro: E. IPUB/CUCA, 2001, p. 75.

⁶² Idem – *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos – A clínica psicanalítica nos ambulatórios públicos*, Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará, 1997, p. 13.

⁶³ Tenório, F. – *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*, Rio de Janeiro: Ed. Rios Ambiciosos, 2001, p. 26.

colocavam como externos à equipe, tomando a instituição como objeto de interpretações e representando, junto aos técnicos da equipe, um modelo identificatório.

Vemos que o lugar da Psicanálise no campo atual de serviços em saúde mental pública é diferente, sendo que os valores do movimento da Reforma Psiquiátrica prevalecem sobre os excessos interpretativos. Além disso, Figueiredo⁶⁴ indica que as possibilidades da inserção da Psicanálise como práxis, operando uma clínica no cotidiano dos serviços de saúde mental pública, se deve a uma mudança ou “aggiornamento” dentro do próprio movimento psicanalítico. E esta mudança é consequência da releitura de Freud feita por Jacques Lacan, que operou um resgate dos fundamentos da Psicanálise, promovendo um grande avanço teórico e clínico. Conhecido como “o retorno a Freud”, o ensino lacaniano, propondo uma retomada do rigor freudiano no trabalho com o Inconsciente, fez salientar a diferença da clínica psicanalítica em relação às práticas médicas e psicológicas. A especificidade da clínica psicanalítica resgatada por Lacan, que será abordada neste capítulo, impõe ao analista a abstinência em relação aos excessos interpretativos, bem como a posição inicial de “testemunha” que garante o trabalho do sujeito.

Nesta retomada dos fundamentos da Psicanálise, na França dos anos 50, Lacan⁶⁵ colocou em discussão uma outra face da resistência ao tratamento, além da resistência do paciente articulada à transferência, conceitos que serão melhor abordados no capítulo quatro. Trata-se da resistência do próprio psicanalista, o que não era uma questão para os psicanalistas de sua época. Vemos que em última instância, a resistência ao tratamento está do lado do analista. A noção de resistência do próprio psicanalista nos possibilita pensar que um dos motivos do afastamento entre a Psicanálise e a saúde mental pública se relaciona à força com que muitos psicanalistas se aferram à sua prática como um sintoma, resultando em uma posição idealizada e rígida, como propôs Figueiredo⁶⁶.

Passadas décadas de trabalho de incursão dos psicanalistas brasileiros na rede de saúde mental pública, encontramos alguns efeitos que apontam para a influência direta das noções psicanalíticas no cotidiano dos serviços. Em sua análise sobre os novos

⁶⁴ Figueiredo, A. C. C. – “A Relação entre Psiquiatria e Psicanálise: uma relação suplementar” in: *Revista Informação Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 87-89, 1999 e Figueiredo, A. C. C. - *Op. Cit.*, 2001, p. 75.

⁶⁵ Lacan, J. - “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” [1958] in: *Escritos*, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1998, p. 595-596.

⁶⁶ Idem, *ibidem*, p. 77.

dispositivos de cuidado no campo da saúde mental, Rinaldi⁶⁷ destaca essa influência no que se revela a partir da fala dos profissionais que trabalham nos serviços pesquisados. No entanto, a pesquisa realizada pela autora revela que o sentido que recobre as categorias de origem psicanalítica emergidas nas palavras dos profissionais, está atrelado às noções da Clínica do Cuidado ou Clínica Ampliada. Como exemplo, Rinaldi⁶⁸ cita o uso das categorias “escuta, sujeito e clínica”. A “escuta”, termo que especifica a técnica freudiana no trabalho com o Inconsciente, está atrelado indiscriminadamente à noção de “cuidado”, prática que engloba diversas ações. A categoria de “sujeito”, por sua vez, aparece tendendo ora para a noção de “cidadão”, ora ao próprio sujeito do Inconsciente. Assim podemos presumir que o uso de categorias originadas na Psicanálise nem sempre designam a prática da clínica psicanalítica estrita, mas às vezes revelam somente uma “pálida influência”, como disse a autora.

Lembramos aqui a importante advertência de Freud, no momento em que ele tentava lidar com as resistências à Psicanálise por parte da comunidade científica, dos leigos, dos terapeutas em suas “Conferências Introdutórias”. Tal advertência diz respeito à aceitação da Psicanálise, que não pode ser parcial, nem de modo espetacular, mas sim tem que ser fruto da própria experiência do Inconsciente que deixaria marcada sua qualidade⁶⁹.

Quatorze anos antes, Freud já se preocupava com a expansão da Psicanálise abordando o assunto como uma necessidade a ser viabilizada junto aos órgãos públicos. Para ele, essa expansão da clínica psicanalítica imporia a ela a necessidade de adaptações, o que não extinguiria a certeza de que o tratamento psicanalítico se dá somente pela clínica estrita e não, como ele disse, pela “psicanálise tendenciosa”:

(...) Vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável massa da população. (...) Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados médicos analiticamente preparados (...). Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres. As condições atuais podem retardar ainda mais esse evento. Mais cedo ou mais tarde, contudo, chegaremos a isso. (...) Qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes

⁶⁷ Rinaldi, D. – “Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico da saúde mental” in: Altoé, S. & Lima, M. M.(orgs) - *Psicanálise, Clínica e Instituições*, Rio de Janeiro: Ed. Rios Ambiciosos, 2005, p. 89.

⁶⁸ Idem, *Ibidem*, p. 89.

⁶⁹ Freud, S. - “Conferência XXXIV: Explicações, Aplicações e orientações – Novas Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise” [1933] in: *Op. Cit.*, vol. XXII, 1976.

continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa.⁷⁰

Retornando ao rigor da letra freudiana, Lacan⁷¹ criticou seus contemporâneos por perceber que eles praticavam uma clínica tendenciosa em seus próprios consultórios, estabelecendo exigências prévias ao tratamento psicanalítico não fundadas na associação livre como única regra fundamental exigida por Freud⁷². Lacan vai apontando a partir dos fundamentos freudianos que tais exigências não garantem, de modo algum, que se estabeleça algo fundamental para que a análise aconteça: a transferência. A ênfase dos pós-freudianos era dirigida às questões do imaginário e à relação dual intersubjetiva estabelecida na clínica. Entendemos que tal posicionamento na clínica acabou por determinar um formato específico de dispositivo clínico, além de delinear um perfil específico de indivíduos a serem beneficiados com tratamento analítico. Discutiremos mais adiante este ponto e veremos que é a revisão lacaniana dos fundamentos da clínica que vem permitindo aos psicanalistas fazerem avançar a Psicanálise a partir da prática nas instituições públicas, bem como na clínica das psicoses.

A imaginarização da clínica psicanalítica, então, não foi um legado de Freud, mas um problema perpetuado pelos pós-freudianos, que acabou elitizando o acesso ao tratamento psicanalítico. Nossa hipótese é de que esta elitização causou certo descompasso em relação às possibilidades encontradas no trabalho em instituições públicas de saúde, que foi considerado incompatível com a Psicanálise pelos próprios psicanalistas.

Desde Freud, as questões da inserção de psicanalistas em instituições públicas continuam às voltas com o mesmo ponto: a manutenção do rigor desta clínica quando praticada em instituições públicas é possível? E quando possível, ela foge às diretrizes das políticas públicas vigentes?

Uma das propostas neste capítulo é a de tentar localizar os fundamentos da clínica psicanalítica que demarcam sua especificidade em relação às outras práticas clínicas, situando o que há de inaugural na descoberta freudiana. Além disso, repensar os fundamentos da clínica psicanalítica nos possibilita também localizar os avanços da

⁷⁰ Idem – “Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica” [1919] in: *Op. Cit.*, vol. XVII, 1976, p. 181.

⁷¹ Lacan, J. - “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” [1958] in: *Op. Cit.*, 1998, p. 595-596.

⁷² Freud, S. - “A dinâmica da transferência” [1912] in: *Op. Cit.*, vol. XII, p.142. Esta regra será melhor abordada no capítulo quatro, quando for discutida a transferência.

própria Psicanálise a partir de sua inserção na saúde mental pública. Para localizar tais questões vamos retomar, com Lacan, os pontos do percurso freudiano que consideramos importantes para esta discussão, seguindo pelas possibilidades abertas pela clínica lacaniana.

II.1 – A CLÍNICA NUMA OUTRA CENA

Sigmund Freud, neurologista do final do século XIX, acabou rompendo definitivamente com a ciência médica, fazendo emergir de seu encontro com os pacientes, algo inesperado: o Inconsciente. Já existiam formulações filosóficas sobre o Inconsciente, mas não com o estatuto que Freud o conferiu. Subvertendo a posição do médico, deixou de tratar da histeria como uma doença, passando a ouvir as histéricas, incluindo, como apontou Lacan⁷³, aproximadamente meio século depois, o sujeito na clínica. Freud descobriu que os variados sintomas no corpo de seus pacientes tinham sua origem numa Outra Cena: o Inconsciente. Mesmo que o sintoma se apresentasse no corpo, Freud o desvelava pela escuta da fala e não mais pelo olhar, criando deste modo uma outra clínica, a psicanalítica.

Muitos foram os efeitos da criação da Psicanálise no mundo científico e filosófico, principalmente na clínica para tratamento de casos de neuroses de variados tipos. Mas, de imediato, talvez o maior dos efeitos da inserção dos conceitos psicanalíticos na sociedade européia da virada do século XIX para o século XX (regida por sólidas regras vitorianas) foi o de revelar a sexualidade na infância, bem como revelar que as regras sociais são a fonte dos sofrimentos de cada um, levantando grandes resistências em relação à Psicanálise. Além disso, Freud⁷⁴ imprimiu o que ele mesmo chamou de um dos três “severos golpes” sofridos pela humanidade, tendo sido o primeiro causado por Copérnico, quando provou que a Terra não era o centro do universo e o segundo causado por Darwin, quando provou que o Homem não é o centro do Reino Animal. O terceiro, então, causado pela Psicanálise, diz respeito a uma nova divisão do homem, desta vez não mais entre corpo (funções físicas) e mente (funções psíquicas), mas sim, em seu próprio psiquismo. Dividido entre consciente e

⁷³ Lacan, J. – “Ciência e Verdade” [1966] in: *Escritos*, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1998, p. 875.

⁷⁴ Freud, S. - “Uma dificuldade no caminho da Psicanálise” [1917] in: *Op. Cit.*, vol. XVII, 1976, p. 149.

Inconsciente, sendo este último o determinante, o Eu passa a não ser mais “senhor de sua própria casa”⁷⁵.

Com todas as dificuldades enfrentadas, Freud nos deixou um grande legado no que tange ao tratamento de enfermidades psíquicas. Jacques Lacan, psiquiatra francês, iniciou seu percurso psicanalítico no final da década de 40 a partir de sua tese de doutorado⁷⁶, na qual utiliza conceitos psicanalíticos para trabalhar as questões de um caso de psicose. Eis aí um desafio, pois a psicose, como veremos, é o ponto em que a clínica freudiana encontrou um de seus maiores impasses. Contudo Lacan não recuou em buscar nos preciosos textos de Freud sobre a paranóia, bem como nos fundamentos da clínica psicanalítica, as possibilidades da Psicanálise no trabalho com a psicose.

Lacan⁷⁷ revelou vários problemas concernentes à prática da Psicanálise, dentre eles o fato de que seus contemporâneos buscavam encaixar a clínica psicanalítica nos moldes de uma demanda social, em detrimento aos seus fundamentos. Isto levou muitos destes psicanalistas a trabalhar para efetivar uma “reeducação emocional do paciente” numa relação a dois, como se a análise fosse um projeto de adestramento de um Eu forte sobre um Eu fraco. São questões que Lacan levantou entre os anos 50 e 70, mas que em nossa prática são sempre atuais. Os pós-freudianos enrijeceram o tratamento psicanalítico, aplicando uma série de regras inquestionáveis, repetindo um dos modos específicos de clinicar de Freud, sem levar em conta sua própria recomendação: a de tomar cada caso como se fosse o primeiro.

A forma como a Psicanálise se instituiu acabou priorizando o tratamento a ser realizado consultório particular, cujo custo acaba sendo alto, que requer muito tempo e certo nível cultural e intelectual por parte do analisante, tornando seu acesso quase que exclusivo de uma determinada classe social. Seria preciso um avanço na clínica, como sugeriu Freud em “Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica”⁷⁸, para incluir as questões do coletivo no tratamento psicanalítico, ampliando possibilidades independentemente da classe social ou do nível intelectual do analisante.

Entendemos que o avanço necessário ocorreu com Lacan⁷⁹, que re-situou o lugar do analista, criando condições para se afirmar o rigor da clínica psicanalítica a partir de

⁷⁵ Idem, ibidem, p. 178.

⁷⁶ Lacan, J. - *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade- primeiros escritos sobre paranóia*, Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1987.

⁷⁷ Idem – “A direção do tratamento e os princípios do seu poder” [1958] in: *Op. Cit.*, 1998, p. 594-597.

⁷⁸ Freud, S. – “Linhas de Progresso para a Terapia Psicanalítica” [1919] in: *Op. Cit.*, 1976, p. 181.

⁷⁹ Lacan, J. – “A direção do tratamento e os princípios do seu poder” [1958] in: *Op. Cit.*, 1998, p. 595-596.

critérios éticos e estruturais, não mais econômicos ou ideológicos. Posteriormente ele situou a clínica psicanalítica como “práxis”, cuja definição feita por ele em seu décimo primeiro Seminário é:

uma ação realizada pelo homem, qualquer ela seja, que o põe em condição de tratar o real pelo simbólico. Que nisto se encontre mais ou menos imaginário tem aqui valor secundário.⁸⁰

Real, Simbólico e Imaginário são, para Lacan, os registros a partir dos quais o sujeito se estrutura, cuja elaboração encontramos por todo o ensino lacaniano e tentaremos abordá-los de acordo com as questões a serem tratadas nesta dissertação. No bojo do movimento estruturalista, Lacan tomou o conceito de Simbólico de Lévi-Strauss e o conceito de significante de Saussure, autores contemporâneos a ele provenientes da Antropologia e da Lingüística, respectivamente. Lacan⁸¹ define o Inconsciente como estruturado como linguagem, tentando com isso, eliminar da leitura da obra freudiana a perspectiva desenvolvimentista e romanesca, para extrair dela as noções de *sujeito* e *discurso*, que serão discutidas mais adiante. A partir de Lacan a clínica psicanalítica passou a buscar o trabalho com a materialidade do significante, como elemento simbólico estrutural, sendo que a palavra passou a ser veiculadora dos significantes, para, por meio deles, o analista poder operar com o sujeito. Este, por sua vez, não pode ser confundido com a noção de cidadão ou indivíduo tal como é concebida pelas Ciências Humanas, tornando-se de fundamental importância explicitar de que se trata quando se fala em sujeito na Psicanálise.

II.1.1. – A clínica do sujeito

O conceito de sujeito, tal como nos referimos neste trabalho, foi extraído da obra freudiana por Lacan. Esta categoria é inexistente em Freud, mas, segundo Elia⁸², foi o fio condutor do desenvolvimento freudiano, pois está suposto por ele em todas as suas formulações. Um dos marcos teóricos que nos possibilita, então, delimitar o campo de saber da Psicanálise é o modo como sua clínica é manejada para operar com um sujeito

⁸⁰ Idem – *O Seminário - Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise*, livro 11, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1996, p. 14.

⁸¹ Lacan, J. - “Função e campo da palavra e da linguagem” [1953] in: *Escritos*, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1998.

⁸² Elia, L. – *O conceito de sujeito - Coleção Psicanálise Passo a Passo*, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2004, p. 15.

que, como Lacan⁸³ o designou, é o mesmo sujeito excluído pela Ciência Moderna e não pode ser atrelado à noção de indivíduo ou homem.

De acordo com Jean-Claude Milner⁸⁴, Lacan faz um acréscimo epistemológico em relação ao momento de surgimento da Psicanálise. Ele nos revela que o advento da Ciência Moderna operou um corte fundamental que, ao incidir sobre o saber da civilização ocidental, estabeleceu condições favoráveis para circunscrever a experiência do Inconsciente. No século XVII Descartes subsidia a Ciência Moderna instituindo um novo método de investigação (a dúvida) a partir da máxima *Cogito ergo sum* – “Penso, logo sou”. Descartes dividiu a *res cogitans* (pensamento) e a *res extensa* (matéria), estabelecendo uma separação radical entre mente e corpo. Este dualismo impõe às Ciências Naturais ocupar-se daquilo que faz parte do universo material e à Filosofia aquilo que é da mente ou o abstrato. O *cogito* cartesiano representa para Lacan⁸⁵ o nascimento do sujeito, é ao mesmo tempo “um momento do sujeito historicamente definido e correlato essencial da ciência”. Vimos anteriormente que a Medicina foi reestruturada pela Ciência Moderna e o sujeito foi mantido fora da cena clínica científica, tendo sido “resgatado” somente três séculos depois de Descartes por Freud, em uma Outra Cena. A Psicanálise, enquanto campo de produção de saber tem, então, sua *démarche* como sendo externa ao campo das Ciências Naturais e ao campo das Ciências Humanas.

Como dito anteriormente Lacan seguiu a causa freudiana tomando conceitos do Estruturalismo, da Antropologia e da Lingüística, além de dialogar com autores existencialistas e fenomenólogos como Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre, dentre outros, fazendo uso também de conceitos da Matemática e da Topologia. O sujeito revelado por Lacan⁸⁶ depende de uma linguagem que lhe é prévia e dela ele é servo. Em outras palavras a constituição do sujeito ocorre em sua alienação ao Outro. Este Outro, neste momento da teoria lacaniana, se constitui como campo prévio da linguagem ou como o manancial dos significantes.

No Seminário 11, Lacan⁸⁷ mostra que o sujeito surge a partir da sua relação com o Outro, através de processos chamados de Alienação e Separação. Dependente da cadeia de significantes ou da linguagem, o sujeito se situa como efeito da representação

⁸³ Lacan, J. – “Ciência e Verdade” [1966] in: *Op. Cit.*, 1998, p. 875.

⁸⁴ Milner, J-C. - *A Obra Clara - Lacan, a Ciência, a Filosofia*, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1996, p.38.

⁸⁵ Lacan, J. – “Ciência e Verdade” [1966] in: *Op. Cit.*, 1998, p. 870.

⁸⁶ Idem - “Instância da letra no Inconsciente ou a razão desde Freud” [1957] in: *Op. Cit.*, 1998, p.498.

⁸⁷ Idem – *Op. Cit.*, 1996, p. 194.

de um significante para outro significante, ou seja, entre os significantes, aparecendo dividido entre o sentido e a afânise. Assim o sujeito não se identifica a nenhum dos significantes, constituindo-se em um só tempo de modo alienado e separado dos mesmos.

O sujeito, portanto, é sem sentido, sem qualidades, sem atribuições humanas, não está referenciado na essência ou no ser. Ele deve advir do Inconsciente e não do pensamento ou do raciocínio ou da aprendizagem, fundamentados na razão ou na dúvida. Quanto a isso Lacan⁸⁸ tomou o dito freudiano *Wo Es war, soll Ich werden* -“lá onde Isso estava, lá, como sujeito, devo [eu] advir” para propor que há um sujeito pensante no Inconsciente, sendo porém, este pensamento distinto do *cogito* cartesiano.

O modo pelo qual este sujeito comparece na clínica é aparecendo e desaparecendo no deslizar da cadeia significante, que é convocada pelo analista a partir da regra fundamental da associação livre. Isto significa que ele não existe anteriormente como conteúdo inconsciente pronto para ser desvendado, mas surge como pontual e evanescente, sendo estruturado no próprio processo analítico. Elia⁸⁹ fala do sujeito como “uma categoria que se impõe à experiência”, ou seja, ele emerge a partir da linguagem, podendo, contudo permanecer sem ser ouvido, pois o que fazer com ele é o que depende da posição do agenciador da clínica. Desta forma, para trabalhar com o sujeito é preciso uma aposta e uma posição do analista, aposta esta que foi inaugurada por Freud, posicionando-se de modo novo diante das demandas que lhes eram dirigidas.

II.1.2 – O desejo e a ética na clínica do sujeito

Por trás das queixas de sofrimento de seus pacientes, Freud se deparou com uma cena inconsciente, à qual não cabia utilizar nenhum juízo de valor de bem e ou de mal, exigindo a instauração de uma nova ética para o seu trabalho clínico. Assim, a clínica psicanalítica não se baseia nas significações compartilháveis ou padronizações humanas de sofrimento ou felicidade.

Em seu Seminário 7⁹⁰, Lacan irá diferenciar a ética estabelecida pelos fundamentos lógicos da Filosofia ocidental, na qual as Ciências Humanas estão baseadas quando tratam do indivíduo ou do cidadão com seu livre arbítrio, da ética que decorre da clínica psicanalítica. Ele expõe que tal ética, elaborada por Aristóteles, está

⁸⁸ Idem - “Ciência e Verdade” [1966] in: *Op. Cit.*, 1998, p.878.

⁸⁹ Elia, L. – *Op. Cit.*, 2004, p. 17.

⁹⁰ Lacan, J. – *O Seminário – A ética da psicanálise* [1959-1960], livro 7, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1988.

referenciada em um Bem Supremo, que estabelece regras de convivência e uma regência moral no campo social.

Já na era cristã, o ideal do Bem Supremo se alia, através da Igreja Católica na sociedade romana, à ética imposta pelo cristianismo, que preconiza a máxima “amai-vos uns aos outros”. A fusão das duas éticas impõe sacrifícios ao corpo como meio de redenção de uma vida pecaminosa, dando um novo norte aos ideais de bom comportamento e convivência em sociedade. Com Kant o Bem Supremo de Aristóteles se torna um valor universal imbuído do conceito do bem e da razão prática. A moral kantiana sendo puramente racional, funda-se sobre o imperativo categórico segundo o qual “a máxima que regula a ação de cada homem possa valer como lei universal”.

As descobertas freudianas trouxeram à tona questões cruciais no que diz respeito à demanda de adequação social e de felicidade, conseqüentemente à noção de cura que é demandada, às quais a maioria das instituições de saúde tenta corresponder.

Freud revela em 1920, em seu texto “Além do Princípio de Prazer”⁹¹, que a vida humana nem sempre estaria dirigida à uma busca pelo prazer ou pela extinção da tensão. Tal descoberta transformou sua própria forma de entender o aparelho psíquico, que até então, para ele, era movido fundamentalmente por um princípio chamado de Princípio de Prazer. Freud se deparou com o fato de que parece haver no aparelho psíquico uma força avassaladora, que se inscreve em cada um de modo singular. A partir desta descoberta, a ética da Psicanálise não poderia ser a mesma ética que designa esta busca de bem-estar.

Mais tarde em suas reflexões sobre os motivos da insatisfação na civilização e a busca de felicidade dos homens, Freud⁹² levanta a hipótese de que os primeiros impulsos da vida humana são o da agressividade e do ódio. Para ele o mandamento cristão “amai o próximo como a ti mesmo” vai contra o fundamento da vida humana. Freud revela que o sofrimento ou a constante insatisfação do homem civilizado decorre de suas próprias regras morais, não propondo nenhum outro ideal de felicidade, pois afirma que as pulsões inconscientes não se submetem à ordem do bem-estar, ou seja, não podem ser aniquiladas pelas formações humanas, agrupamentos ou instituições como a escola, a igreja e outras. As pulsões permanecem na “vida mental” devendo ser moldadas para a convivência em sociedade ou pela exigência da realidade, podendo

⁹¹ Freud, S. - “Além do Princípio do Prazer” [1920] in: *Obras Psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*, vol. 2, Rio de Janeiro: Ed. Imago, 2006, p. 180.

⁹² Idem – “Mal estar na cultura” [1929-30] in: *Op. Cit.*, vol. XXI, 1992.

passar pelo processo de sublimação (satisfação da pulsão por uma mudança de objeto e sem recalque). No caso de serem recalçadas, podem provocar constante mal-estar.

Assim podemos presumir que há um mal-estar intrínseco a toda tentativa de convivência entre os humanos. Tal reflexão é importante ao pensarmos sobre a função social da rede de atenção psicossocial: é possível que os serviços de saúde mental pública cumpram com uma função de adaptadores ou normatizadores sociais?

Uma das primeiras elaborações de Freud sobre as pulsões e o funcionamento do “aparelho psíquico” já aparecem no “Projeto”⁹³ de 1895. Retomando este texto, Lacan⁹⁴ elabora que o desejo, assim como todos os motivos morais, estão arraigados na experiência do que Freud chamou de Complexo do Próximo ou *Nebenmensch*. É por causa do desamparo fundamental _ o sujeito já se constitui como dependente do Outro _ que a experiência de satisfação é suspensa em apelo ao dom do Outro. Este Outro do qual o sujeito depende guarda também o que há de mais estranho e inatingível da primeira experiência de satisfação. Essa experiência não é perceptível pela consciência, mas sim é experimentada no Inconsciente, instituindo uma marca e criando uma alucinação primordial a partir da qual todo pensamento e percepção da realidade tomam forma. Como ele identificou na *Traumdeutung* freudiana:

(...) Todo pensamento, por sua natureza, se exerce por vias inconscientes. Certamente não é o princípio do prazer que o governa, mas o pensamento se produz num campo que, na qualidade de campo inconsciente, deve ser, de preferência, situado como que submetido a ele. (...) o sujeito não recebe em sua consciência outros sinais que não sejam prazer ou pena. (...) temos alguma apreensão desses processos de pensamento na medida em que produzem palavras.⁹⁵

Nesta percepção da realidade, o outro semelhante ou o próximo passa a ser um referencial no qual o sujeito poderá reconhecer algo de si, porém esse “algo de si” é perdido e sua constituição o impelirá a reencontrar.

Estas revelações além de colocarem em xeque a noção de que o ser falante seguiria os desígnios de um bem-estar, destituem a noção de que ele estaria sob a regência das leis da natureza ou do instinto. O sujeito do Inconsciente é regido por um desejo que não tem inscrição biológica ou código da natureza.

⁹³ Idem – “Projeto para uma Psicologia Científica” [1895] in: *Op. Cit.*, vol I, 1976.

⁹⁴ Lacan, J. – *Op. Cit.*, 1988, p. 52.

⁹⁵ Idem, *ibidem*, p. 44.

Em “Pulsões e Destino das Pulsões”⁹⁶ Freud formula um dos conceitos fundamentais da Psicanálise chamado pulsão (*Trieb*), revelando que a vida humana está regida por suas vicissitudes. Neste texto Freud conceitua-a como “uma medida de exigência de trabalho feita ao psiquismo em consequência de sua ligação com o corpo”⁹⁷. Em sua busca constante de satisfação, a pulsão não tem um objeto pré-determinado a atingir, havendo como consequência o fato de que o modo de satisfação é estritamente singular e, por conta disso, vemos múltiplas criações humanas. O objeto perdido pelo qual o sujeito estará sempre em busca pode ser reencontrado em qualquer ponto da realidade, porém sempre de modo parcial porque, como já dito, não se trata de um objeto alguma vez possuído, mas sim de um vazio.

Por causa da alienação do sujeito em relação ao Outro, vemos que o desejo que o move em direção ao objeto não é livre, ou seja, o objeto varia, mas o modo como o sujeito tenta alcançá-lo é sempre efeito de sua relação com o Outro. Lacan⁹⁸ afirma que toda pulsão é de morte e visa um esgotamento a um ponto de fuga no qual toda realidade (que é sempre psíquica) converge. Este ponto de fuga é o gozo absoluto que visa pulverizar o sujeito com a morte. Somente o desejo pode barrar este gozo mortífero, que é, por sua vez, regulado por uma Lei. Esta Lei inconsciente não é uma proibição ao gozo, mas sim é a regulação dele; é só a partir dela que a realidade pode ser desejável ou parcialmente encontrável. Podemos presumir, então, que sempre que há desejo há uma perda de gozo.

Através do ensino lacaniano vemos que o sujeito está submetido às leis do significante, ou seja, o que barra o gozo é uma Lei simbólica. Doris Rinaldi⁹⁹, analisando a perspectiva da ética da Psicanálise como sendo desvinculada da moral do poder ou do serviço de bens, aponta que há um forte laço entre desejo e Lei na medida em que o campo de possibilidades do desejo é delimitado simbolicamente, por referência ao impossível. A partir das reflexões da autora vemos que, no campo em que se estabelecem os laços sociais, o sujeito se estrutura em torno de um vazio, que está estritamente ligado ao desejo e os bens ou o Bem seriam tentativas sintomáticas de tamponar tal vazio, dando-lhe forma. O laço social, então, se funda antes na falta de objeto que na disputa dos bens. Esta falta fundamental, que é singular, evidencia a

⁹⁶ Freud, S. – “Pulsão e Destinos da Pulsão” [1915] in: *Op. Cit.*, vol 1, 2004.

⁹⁷ Idem, *ibidem*, p. 148.

⁹⁸ Lacan, J. – *Op. Cit.*, 1988, p. 106.

⁹⁹ Rinaldi, D. – *A Ética da Diferença – Um debate entre Psicanálise e Antropologia*, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1996, p. 78.

particularidade do desejo de cada sujeito, molda a diferença que o constitui. Evidencia-se novamente que a ética do desejo opõe-se a qualquer forma de universalização moral, de ideal de perfeição, bem-estar e completude a ser alcançado pela humanidade ou do estabelecimento de regras comuns a todos. É na ética do desejo que se fundamenta a Psicanálise.

Lacan define a constituição do Inconsciente em 1953 em seu escrito “Função e Campo da palavra e da Linguagem” como “o inconsciente do sujeito é o discurso do Outro”¹⁰⁰. É neste mesmo texto que ele passará a fundamentar sua tese de que “o desejo do homem é o desejo do Outro”. Isto porque, em suas próprias palavras:

(...) o desejo do homem encontra seu sentido no desejo do outro, não porque o outro detém as chaves do objeto desejado, mas porque o primeiro objeto é ser reconhecido pelo outro.

O fato de que o desejo do homem está diretamente articulado ao desejo do Outro por meio da estruturação operada pelo significante, que é o Inconsciente, não significa dizer que o desejo está naquilo que pode ser articulado em palavras. O que pode ser articulável dessa forma é o que Lacan denominou de demanda e é através do trabalho com ela, na clínica, que o desejo poderá ser ouvido. A demanda está para além e para além de si mesma, pois aponta sempre para outra coisa e nisto há um vazio que a Psicanálise não poderá suturar. Ao falar da demanda de felicidade e de uma suposta promessa analítica em relação à direção do tratamento, Lacan¹⁰¹ relembra a recomendação freudiana de que o analista deve se colocar frente ao demandante em posição contrária à de parceiro do amor. Na relação analítica o analista se insere somente com o seu desejo como analisado, um desejo prevenido. O desejo do analista é o de que a análise se dê, para isso não poderá satisfazer ou prometer que a demanda será satisfeita. A posição do analista será a de fazer operar a hiância fundamental do sujeito, fazendo emergir o desejo que está por trás da demanda.

Diante de tantas promessas de felicidade que podemos encontrar nos novos medicamentos, nas novas religiões ou mesmo nos novos objetos de consumo impostos pelo capitalismo, a Psicanálise se coloca como avessa. Lacan adverte que imbuir a análise de ser a garantia de que o sujeito irá encontrar o seu bem, “além de ser devaneio burguês, é uma trapaça”¹⁰². Ele re-situou as diretrizes de direção de uma análise,

¹⁰⁰ Lacan, J. - “Função e campo da palavra e da linguagem” [1953] in: *Op. Cit.*, 1998, p. 300.

¹⁰¹ Idem – *Op. Cit.*, 1988, p. 360

¹⁰² Idem, *ibidem*, p. 364.

criticando os psicanalistas de sua época que, para alicerçarem sua condução clínica, criaram o conceito de “ego autônomo” (inato, livre dos conflitos da pessoa), sendo que a própria Psicologia Geral já havia considerado este intento como insustentável. Tais psicanalistas mantiveram uma expectativa de completude, fundada na noção de adequação da relação inicial entre mãe e bebê e na busca de uma maturidade afetiva e sexual. Além de ceder à demanda social, a Psicanálise estava tentando promover uma normalização psicológica ou, nas palavras de Lacan, ela “inclui o que podemos chamar de uma moralização racionalizante”.¹⁰³

Os pós-freudianos colocaram o Inconsciente sobre o fundo de uma totalidade consistente e Lacan mostra que as manifestações do Inconsciente aparecem, ao contrário, num modo de tropeço, desfalecimento, rachadura, descontinuidade, de corte. Para Lacan¹⁰⁴ a Psicanálise é uma experiência que deve devolver a função do desejo, para isso o analista dirige o tratamento e não o paciente. O analista também tem uma parte a pagar na relação analítica, que se articula à sua quota em palavras, sua interpretação e à exclusão de sua pessoa. A pessoa do analista deve ficar à disposição para os fenômenos de transferência e seu juízo íntimo deve ficar fora do jogo.

Assim, para analisarmos a inserção da clínica psicanalítica estrita nas instituições de saúde pública, analisemos o que Lacan chama de função de analista, assinalando a diferença entre esta função e o sujeito que deseja ser psicanalista.

II. 2 - A CLÍNICA PSICANALÍTICA, A INSTITUIÇÃO E A PSICOSE

Toda e qualquer instituição ou formação humana tende a se estruturar de acordo com ideais sociais do que é o bem, do que significa ser um homem sadio e de boa convivência. Isto não é diferente nas instituições de saúde, bem como asilos e manicômios, pois apesar de terem a ciência médica como saber que guia os comportamentos, também se estruturam sobre uma ética social, à qual a Psicanálise faz contraponto.

Além dos pilares epistemológicos da Medicina, segundo Foucault¹⁰⁵, as casas de saúde foram, por muito tempo, regidas pela ética religiosa, já que, antes do advento da Ciência Moderna, o saber era dominado pela Igreja Católica. As antigas Santas Casas de

¹⁰³ Idem, *ibidem*, p. 362.

¹⁰⁴ Idem - “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” [1958] *in: Op. Cit.*, 1998, p. 593.

¹⁰⁵ Foucault, M. – *Op. Cit.*, 2005, p. 102.

Misericórdia conservam, não só no nome, mas principalmente no seio de suas relações, a hegemonia da ética do bem, o que faz com que na atualidade isto continue regendo o cotidiano da prática em saúde. É uma via que tenta seguir em sentido contrário ao da exclusão do sujeito feita pela ciência, valorizando o que é do humano, a “alma”. Este modo de laço social tenta fazer com que o paciente se submeta de bom grado ao saber médico, não lhe restando nada mais a fazer a não ser calar-se em nome de um futuro bem estar. A dor do doente é nomeada pela caridade do outro. Este ideal de fazer o bem dirige a instituição para uma tentativa de governar, de domar o gozo. Desta forma, elevar a alma não promove a emergência do sujeito, pelo contrário, cala a verdade do sujeito.

Nos atuais serviços substitutivos ao manicômio (CAPS), bem como nos hospitais psiquiátricos pode restar algo desta ética humanitária, o que faz com que um psicanalista inserido em qualquer que seja o tipo de instituição tenha que lidar com a ética pela qual a instituição é regida, sustentando uma diferença e respondendo por ela.

Segundo Alfredo Zenoni¹⁰⁶, é preciso reconhecer a diferença entre as práticas institucionais e a prática clínica proposta pela Psicanálise. A instituição antes de existir com fim terapêutico, existe para acolher o sujeito, assisti-lo em seu momento de possível passagem ao ato e degradação física que podem levá-lo à morte. Talvez nesta fissura que pode levar à degradação, a ética do Bem encontre lugar para edificar um serviço. Para o autor, quando se constata que há uma clínica funcionando na instituição, é preciso extrapolar a discussão entre a instituição e a prática psicanalítica, como opostas, para propor uma terceira via. Zenoni propõe, como uma terceira via, a prática coletiva diferente da prática da cura individual e do assistencialismo institucional.

II.2.I. – A função do analista e a ética do desejo nas instituições públicas

Freud entre 1912 e 1914 em seus “Artigos sobre a técnica”¹⁰⁷ nos ensina que o psicanalista só pode operar quando for instalada a transferência. Eis mais um conceito fundamental da Psicanálise, que será mais detalhadamente discutido no capítulo quatro desta dissertação. A transferência, como o amor que se dirige ao saber, é a concretização da demanda endereçada a alguém a quem se supõe o saber ou o poder de

¹⁰⁶ Zenoni, A. – “Psicanálise e Instituição – A Segunda Clínica de Lacan”, in: *Revista Abre Campos – Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares*, Ano n. 1, n. 0, 2000, p. 14-15

¹⁰⁷ Referência aos textos freudianos encontrados no vol. 12 das Obras Completas de Freud da Edição Standard Brasileira: “A dinâmica da transferência”, “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”, “Observações sobre o amor transferencial”, “Sobre o início do tratamento”.

tratar do que se demanda. Vimos que desejo e demanda constituem-se a partir da relação do sujeito com o Outro e na transferência, ambos os termos estarão dirigidos ao analista, moldados por esta relação.

Durante seu ensino Lacan foi modificando o conceito de função do analista, dependendo do momento de elaboração em que se encontrava. O que não se modificou foi sua referência aos fundamentos éticos extraídos das próprias experiências e recomendações freudianas.

Desde o início de seu ensino Lacan conceitua a presença do analista como fundamental para encarnar e convergir o que se dirige como demanda de análise. É em seu Seminário 11¹⁰⁸ que podemos presumir que fica impossibilitada a noção de “auto-análise”, bem como a análise de sujeitos que não estão sob o campo da transferência. Neste mesmo seminário Lacan elabora a noção da presença do analista, diferenciando-a da presença física ou intelectual, definindo-a como uma função sem qualidades (assim como o próprio sujeito é destituído delas) primeiramente dizendo que

(...) o campo freudiano é um campo que, por sua natureza se perde. É aqui que a presença do psicanalista é irreduzível, como testemunha desta perda. (...) é uma perda seca que não salda nenhum ganho se não é retomada na função de pulsação.¹⁰⁹

Mais adiante

(...) A presença do analista, pela vertente mesma em que aparece a vaidade de seu discurso, deve ser incluída no conceito de inconsciente. Psicanalistas de hoje, temos que levar esta escória em conta em nossas operações, como do *caput mortuum* da descoberta do inconsciente.¹¹⁰

Nestes trechos Lacan articula a função do analista a um campo que se perde, que é o Inconsciente. O termo “escória”, à qual ele se refere como aquilo que temos que levar em conta, se articula àquilo que os psicanalistas de sua época deixaram de tomar em trabalho, os restos que não fazem parte da ordem do “Eu forte”. Deste modo, se a função do analista é uma função incluída no Inconsciente, a transferência é, então, um movimento do próprio Inconsciente que se abre à interpretação, mas acaba por tornar a se fechar como resistência, numa certa “pulsação temporal”. Lacan¹¹¹, no uso da Lingüística, diz que o modo dos significantes deslizarem na cadeia remonta o processo

¹⁰⁸ Lacan, J. – *Op. Cit.*, 1996, p. 121.

¹⁰⁹ Idem, *ibidem*, p. 122

¹¹⁰ Idem, *ibidem*, p. 123.

¹¹¹ Idem – *O Seminário – As formações do Inconsciente* [1957-58], livro 5, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, p. 41.

da metonímia. Assim, o movimento dos significantes ou o *modus operandi* do Inconsciente é ir em busca de sentido que, ao ser encontrado, faz cessar esse deslizamento. A transferência cessa o deslizamento, “fecha” o Inconsciente à associação livre e a função do analista, através de seu ato ou de sua interpretação, “abre”, faz voltar o deslizamento, intervindo com o não-sentido ou com a possibilidade de produção de um novo sentido. Para que isso aconteça, a função do analista não pode coincidir com nenhuma outra função antes operada sobre o sujeito, a não ser aquilo que resta de incógnito em sua constituição: o objeto *a*. Com essa formulação Lacan introduz uma diferença entre a transferência e a repetição, pois afirma que a relação analítica é totalmente nova frente a todas as outras relações anteriormente estabelecidas pelo sujeito. Ela é causada pelo objeto *a*, que neste caso é o agenciador da função do analista.

Entendamos aqui como objeto *a*, aquilo que se situa no limite do que não se pode simbolizar, é o próprio objeto desde sempre perdido, operando na constituição do sujeito como causa de desejo. Isto porque o objeto *a* é aquilo que resta da constituição do sujeito a partir do campo do Outro. Diante do enigma do desejo do Outro, este objeto se evidencia, situando-se também articulado à angústia, pois traz à tona a falta do Outro e do próprio sujeito. É desta forma que o sujeito produz uma cena chamada fantasia fundamental, cujos elementos se encontram na fórmula desenhada por Lacan como

$$\$ \diamond a$$

Esta fórmula pode ser traduzida como “sujeito barrado em conjunção/disjunção ao objeto *a*”, que designa a posição do sujeito em todas as suas relações com o Outro. É a fantasia que sustenta o desejo, pois é colocando-a em cena ou em ato é que o sujeito encontra formas de responder à falta do Outro.

Tomando essas rápidas considerações acerca do que Lacan passou décadas para elaborar sobre o objeto *a* - e não é nossa intenção nos aprofundar neste terreno neste momento - tentemos definir o que vem a ser a função do analista, já que ela deve coincidir, na relação com o analisante, com o semblante deste objeto.

No Seminário 17 Lacan¹¹², trata da função do analista a partir do conceito de *discurso*. Este conceito não coincide com a função da comunicação ou do uso da palavra, contudo a própria linguagem é formadora dele. Nas palavras de Lacan

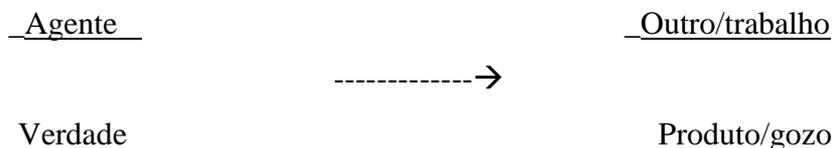
O discurso pode existir sem palavras em certas relações fundamentais, mas estas não poderiam se manter sem a linguagem. A linguagem instaura um certo número

¹¹² Idem – *O Seminário - O avesso da Psicanálise* [1969-1970], livro 17, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1992, p. 11.

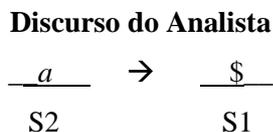
de relações estáveis no interior das quais se inscreve algo mais amplo que enunciações efetivas.¹¹³

Por não se tratar de um conjunto lógico de palavras encadeadas, o discurso não é articulável como um diálogo, mas articula-se na materialidade dos elementos que o compõem, elementos estes situados em diferentes posições. O “certo número de relações estáveis” foi explicitado por Lacan em quatro esquemas “quadrípedes”, que, de modo enxuto, demonstram, como ele mesmo disse “algo mais amplo que enunciações efetivas”. Tais esquemas representam cada qual um discurso ou um tipo de laço social. O matema do discurso é formado de quatro elementos mínimos, a saber: o S1, que designa o significante mestre; o S2, que designa o saber ou a cadeia significante; o \$, que designa o sujeito barrado e *a*, que designa o objeto *a*. Dependendo do lugar em que se situam estes elementos no esquema “quadrípode”, constitui-se um dos quatro tipos de discurso: o do mestre, o da histórica, o universitário e o do analista.

Os discursos são compostos pelos mesmos elementos já citados, mas eles são distribuídos em quatro posições diferentes. Estas posições ou funções são: o agente do discurso, o Outro ou o trabalho, o produto ou o gozo, e a verdade. As funções, portanto, dispõem-se da seguinte maneira:



Segundo Lacan¹¹⁴, o discurso do analista, que é o que nos interessa neste momento, é composto do seguinte modo:



Como vemos, o agente do discurso do analista ou aquilo que põe o sujeito a trabalho é o objeto *a*. O produto deste trabalho do sujeito é um novo significante mestre. Do outro lado, o saber está no lugar da verdade, sendo aquilo que deve estar recalcado sob a função do analista para dar espaço à verdade do sujeito. O S2 no lugar da verdade designa o valor da interpretação - entre o enigma e a citação.

¹¹³ Idem, *ibidem*.

¹¹⁴ Idem – *Op. Cit.*, 1992, p. 27

Operar o objeto *a* como agente do discurso não é algo intencional, por isso só é possível operar com seus efeitos, da mesma forma que o sujeito emerge do Real sem que o analista possa se prevenir quanto ao que virá. Disto decorre que o ato analítico só pode ser verificado *a posteriori*, o que não quer dizer que ele opera em função do acaso, mas sim que o discurso do analista, mesmo no mais estrito e tradicional espaço clínico, não opera o tempo todo, pois há outros discursos agenciando o laço social estabelecido. Porém, para que a análise se dê, o discurso do analista precisa ser hegemônico.

Se a função do analista é um lugar vazio de sentido e de saber, o que a situa e define não pode confundir-se com o atendimento a uma demanda ou com um programa terapêutico, ou com nenhum ideal de saúde ou reabilitação social. Para fazer operar a função do analista, portanto, é preciso sustentar um Real, único capaz de dar lugar ao Inconsciente. Isso nos possibilita pensar que não basta que haja uma intenção de ofertar um trabalho psicanalítico em um “ambiente favorável”, é preciso que se instaure um campo discursivo que favoreça a emergência e o trabalho do sujeito. Em outras palavras a função do analista não é equivalente a uma pessoa que sabe Psicanálise, como se poderia pensar.

A noção da função do analista re-situada por Lacan subsidia-nos pensar em dois aspectos particularmente importantes para a discussão nesta dissertação, na medida em que pensamos aqui esta função no contexto das instituições públicas e no trabalho com a psicose. Primeiramente é a noção de que a função do analista é operada por um espaço discursivo, em detrimento à idéia de que ela seria operada numa relação intersubjetiva. Voltando à proposição de Zenoni¹¹⁵ de uma terceira via para a clínica institucional, o autor aponta que não há nada no discurso do analista que afirme que bastaria a prática entre duas pessoas para que estivesse, assim, instaurado tal discurso. Em suas próprias palavras, isto quer dizer que “o discurso do analista pode orientar uma prática feita por muitos”. Zenoni se refere à “prática entre vários” que é definida por Di Ciaccia¹¹⁶ como

(...) uma modalidade inédita de trabalho clínico com crianças autistas e psicóticas, desenvolvido por diversas pessoas em um contexto institucional preciso.

Tal prática designa o que ocorre no cotidiano de alguns serviços de saúde mental na Europa, inspiradora de trabalhos no Brasil, nos quais a orientação do tratamento é

¹¹⁵ Zenoni, A. – “Psicanálise e Instituição – A Segunda Clínica de Lacan” in: *Op. Cit.*, 2000, p. 16.

¹¹⁶ Di Ciaccia, A. – “A prática entre vários” in: Altoé, S. & Melo, M. - *Psicanálise, Clínica e Instituição*, Rio de Janeiro: Ed. Rios Ambiciosos/UERJ, 2004, p. 34.

psicanalítica. Este modo de constituir a clínica psicanalítica estruturou-se na exigência do trabalho em instituições e pelo modo próprio de constituição de crianças psicóticas (em muitos casos autistas) que, apesar de inseridas na linguagem, não se inserem no laço social, tal como estruturado nos quatro discursos, o que será abordado mais adiante. Contudo não significa transformar esta prática em um novo padrão de clínica, pois, segundo Zenoni¹¹⁷, muitas vezes o próprio sujeito psicótico monta uma instituição em torno de si mesmo ou seu modo de comparecer como sujeito requer um tratamento a dois, mesmo sabendo que não se trata de uma relação entre duas subjetividades. A “prática entre vários” é um modo de operar a função do analista no coletivo e quantas vezes ao dia forem necessárias, já que se trata de estar dentro de uma instituição.

O outro aspecto importante relativo à função do analista é o da posição de esvaziamento de saber prévio, que Zenoni¹¹⁸ traduz, na clínica institucional, para a posição de “aprendizagem”, pesquisa e questionamento. A clínica psicanalítica é o lugar da produção do saber por parte do sujeito e não da aplicação de um saber por parte do psicanalista, ainda que o exercício deste necessite de um construto teórico que faça avançar a teoria. Carlo Viganó, que como Zenoni, vem realizando suas experiências psicanalíticas em instituições européias, propõe que a posição do analista na instituição é a da construção do caso clínico. Segundo o autor, para que isso se realize “é preciso um trabalho coletivo, no qual saber do mestre é substituído pelo debate democrático entre vários saberes”¹¹⁹. Ele propõe também que o foco da discussão entre os técnicos mude de “dúvidas sobre o diagnóstico diferencial de cada caso” para “a discussão sobre qual o discurso vigente naquele momento”, verificando o deslocamento do sujeito dentro de tal discurso. Para o autor a construção opera um corte transversal nas profissões da equipe, alarga as fronteiras profissionais e o lugar de cada um passa a ser fundado a partir do trabalho, ou seja, os lugares não se encontram prontos a serem aplicados. Viganó afirma que este corte ativa o desejo de ocupar um lugar para o sujeito (paciente) que não está referenciado a nenhum técnico *a priori*. Tal lugar será ocupado pelo técnico a partir do “desejo de se arriscar”¹²⁰. Deste modo, o coletivo tem a função de motor desejante que lança novamente o desejo de cada membro da equipe ao trabalho, evitando a segregação das profissões.

¹¹⁷ Zenoni, A. – “Psicanálise e Instituição – A Segunda Clínica de Lacan” in: *Op. Cit.*, 2000, p. 17

¹¹⁸ Idem, *ibidem*, p. 19.

¹¹⁹ Viganó, C. – “A construção do caso clínico em saúde mental” in: *Revista Curinga*, n. 13, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Sessão Minas Gerais, set. 2000, p. 54.

¹²⁰ Idem, *ibidem*, p. 59.

Não é sem questionamentos que estas experiências contemporâneas se realizam já que, segundo Di Ciaccia, Lacan jamais propõe a utilização pura e simples do dispositivo analítico, pois o discurso do analista, tal como elaborado no Seminário 17 (um laço social), “não é pertinente à criança autista, ao menos no que diz respeito à colocação em marcha da cadeia de significantes, a que chamamos sujeito suposto saber”¹²¹. Isto porque o sujeito psicótico possui engodos próprios de sua estruturação que não se encaixam plenamente, como se encaixa o sujeito neurótico, dentro do discurso ou do laço social. Vimos que, no discurso, o sujeito é barrado e, como veremos adiante, a barra que incide sobre o sujeito neurótico não incide da mesma forma no sujeito psicótico, tornando-se uma questão para muitos psicanalistas o trabalho com o sujeito na psicose.

Entretanto Lacan em sua “Conferência em Genebra sobre o Sintoma”¹²² considera a possibilidade de submeter crianças autistas a análise. Santos & Elia¹²³, que relatam experiência semelhante de trabalho com psicóticos (incluindo autistas) em instituição pública no Rio de Janeiro, não vêem motivos para diferenciar a clínica estrita desta nova prática institucional, mesmo que seu dispositivo seja realizado de modo ampliado. Tais autores basearam seus argumentos recorrendo aos pilares estruturais da clínica psicanalítica para afirmar que o êxito de tal possibilidade se deve ao fato de que a Psicanálise é “uma só”, não se especializando em “para crianças” ou “para psicóticos”.

Segundo Zenoni¹²⁴, mesmo a instituição tendo uma função social que se diferencia da função terapêutica, é a clínica que às vezes exige uma estrutura coletiva de resposta. Por isso o trabalho com o sujeito é sempre uma aposta, depende de uma posição ética que possibilite a escuta para viabilizar a clínica. Na relação entre a Psicanálise e a instituição, aquele que se propõe a sustentar a ética da Psicanálise não deixa de estar em seu lugar de sujeito, ou seja, ele está, como os outros técnicos da equipe, no contexto das regências discursivas presentes, comparecendo na construção histórica da qual faz parte. Entretanto deverá ser um *sujeito advertido* que procura não colocar seu Eu ou seu julgamento moral como agenciador do trabalho.

¹²¹ Di Ciaccia, A. – “A prática entre vários” in: Altoé, S. & Lima, M. M.(orgs) – *Op. Cit.*, 2004, p. 43.

¹²² Lacan, J. – “Conferencia em Genebra sobre el síntoma” [1975] in: *Intervenciones y Textos 2*. Buenos Aires: Ed. Manantial, 1998, p. 12.

¹²³ Santos, K. W. & Elia, L. – “Bem-dizer uma experiência” in: Altoé, S. & Lima, M. M. (orgs) - *Op. Cit.*, 2004, p. 110.

¹²⁴ Zenoni, A. – “Psicanálise e Instituição – A Segunda Clínica de Lacan” in: *Op. Cit.*, 2000, p. 17

¹²⁴ Idem, ibidem, p. 17.

A existência dos outros discursos - o do mestre, o da histérica, o universitário - além do discurso do analista, faz parte de todas as possibilidades contingenciais de relações humanas, cada qual estabelecendo um modo específico de laço social. Clavreul¹²⁵, elaborando uma extensa análise na qual não iremos nos ater neste momento, localiza o discurso do mestre como aquele discurso regente nas instituições de saúde. Além disso, vimos que a ética que impera em tais instituições é a ética do Bem, que insistirá em sempre atender as demandas. O psicanalista, neste contexto institucional, tem o dever ético de colocar o sujeito a trabalho, para isto deverá sustentar a diferença entre o que propõe a ética do desejo e a ética do Bem, tentando fazer girar os discursos, para dar lugar a uma clínica que tem como ponto de partida o sujeito.

II. 2.2 – A função do analista e o sujeito na psicose

No âmbito do campo da saúde mental pública é sempre importante atualizar a noção de que para a Psicanálise, a psicose não é sinônimo de patologia, na medida em que, como vimos, Freud subverte a expectativa de um ideal de normalidade. A psicose é um dos modos de constituição do sujeito, cuja estruturação depende de um mecanismo específico que se dá no momento lógico primordial desta constituição. A especificidade da constituição do sujeito resultará em determinada posição na sua relação com o Outro, estruturando ou uma neurose ou uma psicose ou uma perversão.

Apesar de sabermos que a psicose não ocupa posição central na obra freudiana, foi a partir da extração de importantes elaborações de Freud na tentativa de diferenciar os mecanismos que ocorrem na psicose e na neurose, que Lacan reafirmou que essas estruturas não são intercambiáveis entre si.

Antes da análise do “Caso Schreber”¹²⁶ publicado em 1911, Freud integrava as psicoses, junto com a neurose, em um grupo classificado como *neuropsicoses de defesa*, que se distinguiu do grupo das *neuroses atuais* (neurastenia e neurose de angústia). Acompanhando a análise de Elia¹²⁷, vemos que defesa era o termo que se articulava ao processo de recalque, primordial às neuropsicoses de defesa. Até então não havia a noção de Eu, nem uma teoria das pulsões que pudesse dar conta da sua constituição. Este Eu era simplesmente uma massa ideacional consciente de forças psíquicas que se oporiam à sexualidade, cujo principal objetivo era o de conservar a vida. Em suma, o Eu

¹²⁵ Clavreul, J. – *Op. Cit.*, 1983, p. 167.

¹²⁶ Freud, S. - “Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (*dementia paranoides*)” [1911] in: *Op Cit*, vol XII, 1976.

¹²⁷ Elia, L. - *Corpo e Sexualidade em Freud e Lacan*, Rio de Janeiro: Ed. Uapê, 1995, p. 113-114.

tinha a função de defesa do aparelho psíquico em relação às pulsões sexuais, visando a autoconservação, sem contudo, haver uma teoria que explicasse sua constituição.

Com o estabelecimento da teoria do narcisismo¹²⁸, em 1914, Freud condensa em um só tempo a teoria constituição do Eu e o percurso de investimento das pulsões sexuais. Segundo ele, o Eu se constitui no momento lógico de investimento das pulsões localizado de modo equidistante entre o auto-erotismo e a escolha dos objetos sexuais, chamado narcisismo. Neste momento as pulsões sexuais são investidas no corpo próprio e o Eu através de “uma nova ação psíquica”, torna-se um pólo de investimento amoroso/sexual.

É a partir deste investimento narcísico que há possibilidade de investimento pulsional nos objetos externos. Nas psicoses o investimento em objetos externos não seria possível (por isso não é possível a transferência, na qual há investimento na figura do analista) porque o investimento pulsional está voltado para o Eu. Freud, então, muda a nomenclatura empregada (ao que posteriormente chama de neuroses) de *neuropsicoses de defesa* para *neuroses de transferência*, justamente por verificar que dependendo de onde o percurso lógico do investimento pulsional se fixou, isso irá possibilitar ou não a transferência. A diferença entre as neuroses e psicoses neste momento é de que nas primeiras, há o estabelecimento da transferência e na segunda não há essa possibilidade.

Se tomarmos retroativamente a teoria freudiana do Eu, vemos que foi somente depois da análise do “Caso Schreber”, um caso de paranóia, em 1911, que Freud pôde pensar em pólos diferentes de investimento pulsional, sendo o Eu um destes pólos. Neste momento, a importância do reconhecimento do Eu para a concepção teórica e diferenciação entre as estruturas clínicas - neurose ou psicose – está no modo de investimento das pulsões.

É somente em 1924, em dois textos seguidos, que Freud¹²⁹ irá distinguir a constituição da neurose e da psicose a partir do mecanismo operado de modo diferente na constituição da neurose e da psicose. Em “Neurose e Psicose” ele distingue as duas estruturas a partir da diferença entre as instâncias que se encontram em conflito. As instâncias em questão, ele havia definido desde o texto “O Eu e o Id”¹³⁰ em 1923, como

¹²⁸ Freud, S. - “À guisa de Introdução ao Narcisismo” [1914] in: *Op. Cit.*, vol. 1, 2004, p. 98.

¹²⁹ Idem – “Neurose e Psicose” e “A perda da realidade na neurose e na psicose” [1923-24] in: *Obras Psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*, vol. 3, Rio de Janeiro: Ed. Imago, 2007.

¹³⁰ Idem – “O Eu e o Id” [1923] in: *Op. Cit.*, vol 3, 2007.

sendo o Eu, o Id e o Supra-eu. Assim, a diferença entra a constituição de uma neurose e de uma psicose é de que, a primeira seria o resultado de um conflito entre o Eu e o Id, ao passo que a psicose seria resultado do desfecho análogo de um conflito nas relações entre o Eu e o mundo externo.

Em seguida, em “A perda da realidade na neurose e na psicose”, ele as distingue não mais a partir das instâncias, mas sim a partir do processo diferenciado que leva à resolução do conflito. Não bastaria mais explicar que tais estruturas se distinguiriam a partir da resolução dada pelo Eu às “exigências feitas a ele” (que na psicose o faria a se afastar da realidade) porque nos dois casos há perda de realidade. Freud, então, se pergunta sobre o mecanismo específico na psicose, análogo ao recalque que produziria um “recolhimento das cargas de investimento anteriormente enviadas pelo Eu em direção aos objetos”. Para ele neurose e psicose “são ambas a expressão da rebelião do Id contra o mundo externo” resultando em perda de realidade, portanto a diferença só poderia estar no “momento inicial” da constituição e não no “resultado final”.

Na neurose o mecanismo inicial para conter pulsões não aceitas pelo Eu é o recalque, já na psicose a “fuga inicial” é seguida por uma fase ativa de reconstrução ou substituição do mundo, identificada por Freud¹³¹ desde o “Caso Schreber” como o delírio. Daí a importância do “Caso Schreber” para a teoria das psicoses, pois subverte a noção de que o delírio seria a própria doença para a noção de que ele é uma tentativa de cura. Freud¹³² mostra, então, que tanto na neurose quanto na psicose há uma tentativa de substituição da realidade, contudo na neurose essa substituição se dá parcialmente através “mundo da fantasia”, enquanto que na psicose ele é substituído completamente pelo delírio.

Desde Freud, a psicose ensina a clínica da neurose, mas foi com Lacan que houve um verdadeiro avanço neste sentido, dentro da Psicanálise. No “Caso Schreber”, para Freud um caso de paranóia, vemos que ele mesmo já diferencia o mecanismo que ocorre na paranóia do mecanismo de projeção, que ele elaborou sobre os casos de neurose. Lacan¹³³, extraindo um termo utilizado por Freud em sua análise do caso chamado “Homem dos Lobos”¹³⁴ e analisando o “caso Schreber”, destaca o mecanismo específico que opera na constituição psicótica. Trata-se do que ele denominou de

¹³¹ Idem – “Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (*dementia paranoides*)” [1911] in: *Op Cit.*, vol XII, 1976.

¹³² Idem – “A perda da realidade na neurose e na psicose” [1923-24] in: *Op. Cit.*, vol. 3, 2007, p. 130.

¹³³ Lacan, J. – *O Seminário – As Psicoses* [1955-56], livro 3, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1997.

¹³⁴ Freud, S. – “História de uma neurose infantil” [1918(1914)] in: *Op. Cit.*, vol XVII, 1976.

Verwerfung, mecanismo que opera de modo diverso à operação do recalque na neurose, à qual, por sua vez, Freud denominou *Verdrängung*. A *Verwerfung* produz a abolição de algo interno, no primeiro momento da constituição do sujeito, sendo que esse algo abolido posteriormente retorna de fora. Lacan retoma essa idéia para criar o conceito de *foraclusão*, que dá nome ao mecanismo que faz retornar do real o que foi foracluído. O termo *foraclusão* vem da jurisprudência, designando algo que foi completamente banido, sem possibilidade de recuperação.

Tomando o recalque como modelo, pela centralidade que lhe dá Freud¹³⁵, Lacan¹³⁶ destaca sua articulação à operação de castração, o que dá relevo à noção de Complexo de Édipo na estruturação inconsciente, tirando tal complexo de uma leitura cronológica que o coloca como uma “fase do desenvolvimento”. Segundo Lacan, os mecanismos descritos por Freud ocorrem a partir de uma aceitação inicial (*Bejahung*) ou a inserção na linguagem de o todo ser falante. Em seguida ocorrem três desfechos diferentes: o recalque (*Verdrängung*), a foraclusão (*Verwerfung*) e a renegação (*Verleugnung*), que constituem respectivamente a neurose, a psicose e a perversão.

Lacan¹³⁷, enfatizando a vertente simbólica do Complexo de Édipo, renomeou-o de metáfora paterna. Tal operação é o efeito da incidência do significante Falo que viabiliza ao sujeito interpretar o desejo da mãe ou o que falta ao Outro, bem como ter acesso às regras compartilháveis do Simbólico. Assim, é por causa do significante Falo que há uma substituição (metáfora) do Desejo da Mãe pelo Nome do Pai.

Na psicose duas alterações ocorrem neste ponto: a foraclusão do Nome do Pai e ausência da significação fálica, tendo como primeira conseqüência o curto-circuito no acesso ao Simbólico pelo sujeito psicótico. Portanto, neste momento de seu ensino, Lacan concebe a noção de foraclusão como uma falha na simbolização pela não incidência da função paterna. Por causa disso a relação entre sujeito e Outro se estabelece sem uma barra, o que faz com que este Outro compareça para o sujeito vindo direto do real. A função paterna é uma função que permite nomear e reconhecer os objetos, se essa função não opera, o sujeito pode permanecer ligado ao objeto primordial, que é a mãe. Por isso o psicótico não poderá estar no mesmo jogo de operações que decorrem do recalque: metáfora e metonímia. Tudo para ele faz sentido,

¹³⁵ Idem – “Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade” [1905] in: *Op. Cit.*, vol. VII, 1976.

¹³⁶ Lacan, J. – “De uma questão preliminar para todo tratamento possível da psicose” [1955-56] in: *Op. Cit.*, 1998, p. 563.

¹³⁷ Idem, *ibidem*.

pois não há o caráter de ambigüidade nos significantes, fazendo-o sofrer, então, de uma certeza impregnante.

O Falo é o significante que designa a diferença sexual e a inscrição do significante fálico no Inconsciente é aquilo que permite a cada sujeito se orientar na ordem simbólica, na ordem social. Por causa da ausência do significante do enigma sobre a vida e o sexo, em muitos casos de psicose há idéias delirantes ligadas à sexualidade e ao corpo, bem como passagens ao ato e alguns tipos de disfunções corporais, sentimento de mortificação ou cadaverização, podendo chegar ao suicídio. São tais casos que demandam uma instituição para tratamento em regime de internação, nos quais existem técnicos por vinte e quatro horas para acompanhá-los.

Mas para Lacan¹³⁸ nem todo psicótico encontra-se confuso em seu lugar no mundo, pois o sujeito vai construindo seu próprio modo de lidar com a vida a partir do que Antonio Quinet¹³⁹ chamou de “bengalas imaginárias”. Estas são dados da realidade ou aparentes funções sociais às quais o sujeito imita, tentando se encaixar nos papéis (imaginariamente) aceitos socialmente. Isso possibilita supor que há muitos psicóticos que nunca surtaram e, mais ainda, que a loucura ou, como denominou Freud¹⁴⁰ uma “catástrofe interna”, não é um acontecimento específico da psicose. A diferença do que ocorre na psicose em relação à neurose é que quando o sujeito é chamado a responder a partir do simbólico, na neurose há recursos sintomáticos aos quais ele irá “recorrer”. Já o psicótico se depara com o abismo da não significação fálica, o que provoca um rompimento total para com a realidade.

Lacan, em seu Seminário 3, seguiu Freud atendo-se muito mais ao estudo da paranóia, estrutura clínica na qual o principal recurso que fornece uma saída para a ausência do Nome do Pai é o delírio. Lacan encontra no delírio o que ele chama de fenômenos de código (neologismos ou frases estereotipadas e vazias de significação) assim como fenômenos de mensagem (voz atribuída ao Outro, ouvida no real ou uma intuição delirante), chamadas pela Psiquiatria de alucinações verbais, às quais o psicótico atribui valor de certeza.

Frente às tentativas de reconstrução interna do mundo por parte do psicótico, Lacan, no início de seu ensino, situa o lugar do analista como a de “secretário ou

¹³⁸ Idem – *Op. Cit.*, 1997, p. 285.

¹³⁹ Quinet, A. – *Teoria e Clínica da Psicose*, Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1997, p. 19.

¹⁴⁰ Freud, S. - “Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (*dementia paranoides*)” [1911], in: *Op Cit.*, vol XII, 1976.

testemunho do alienado”¹⁴¹, função pela qual o analista deve sustentar a possibilidade de uma construção delirante. Todavia nem todo psicótico constitui o delírio o que poderia excluir o analista da clínica com psicóticos. Contudo, depois de 20 anos do Seminário 3, o sintagma que melhor representa a construção clínica de Lacan é “a psicose é isso diante do que um analista não deve recuar em nenhum caso”¹⁴².

Cristina Drumond¹⁴³ coloca o automatismo mental em série junto com o delírio, a fragmentação do corpo e a melancolia como alguns dos recursos usados pelo sujeito para tentar se curar e minimamente se estruturar. Lacan¹⁴⁴ tomou a questão dos fenômenos elementares (automatismo mental, fenômenos que concernem ao corpo, eco do pensamento, as alucinações e alterações da linguagem, palavras impostas, etc.) como sinais de uma estrutura psicótica, situando todos eles como relativos ao domínio da linguagem. Em todos estes fenômenos o significante aparece unido ao significado, não permitindo a ambigüidade própria da incidência da falta ou do corte operado pelo Falo entre sujeito e Outro. É no fenômeno elementar, como por exemplo na alucinação verbal, que o psicótico atesta o comparecimento do Outro como vindo de fora ou do Real e é a partir destes fenômenos que o analista poderá operar a clínica.

No segundo momento de seu ensino, no qual o Real e o gozo estão mais presentes em suas elaborações, Lacan¹⁴⁵ não privilegia mais a função do Nome do Pai como o paradigma de estruturação, ainda que não a abandone. Ele não situa mais o sujeito na psicose como um deficitário, pois o Nome do Pai passa a ser o significante que serve à organização específica da neurose, ele é apenas um dos operadores possíveis na constituição do sujeito. Lacan usa o conceito de nó borromeano para mostrar que, em quaisquer estruturas, os três registros (Real, Simbólico e Imaginário) são “amarrados” por um quarto nó que ele chamou de *synthome*. A partir desta nova perspectiva o sintoma neurótico é considerado como envelope formal da produção inconsciente, fala-se dele no plural, são os sintomas, os “sintominhas” que o trabalho de análise acaba por eliminar, quando segue seu curso. Já o Sinthoma é um meio de suplência para a falta do Outro em todas as estruturas.

Segundo Roberto Mazzuca¹⁴⁶, Lacan vai substituir o Nome do Pai pelos Nomes

¹⁴¹ Lacan, J. – *Op. Cit.*, 1985, p. 235.

¹⁴² Idem - “Ouverture de la Section Clinique” in: *Op. Cit.*, 1977, p. 12.

¹⁴³ Drumond, C. – “O desencadeamento da psicose” in: *Op. Cit.*, set. 2000, p. 134.

¹⁴⁴ Lacan, J. – *Op. Cit.*, 1997, p. 102.

¹⁴⁵ Idem – *O seminário – O Sinthoma*, [1975-76], livro 23, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2007, p. 91.

¹⁴⁶ Mazzuca, R. et al, “Os Nomes do Pai”, in: *Scilicet dos Nomes do Pai*, Revista de textos preparatórios para o Congresso de Roma da Associação Mundial de Psicanálise, julho de 2006, p. 109.

do Pai e com isso outras referências poderão funcionar como quarto nó na psicose, assim como o Pai funciona para a neurose. Deste modo, nem o neurótico sabe como se estruturar e a função do analista será a de ajudar o sujeito a inventar uma suplência para a falta. Isto não quer dizer que as estruturas clínicas passam a se dissolver em gradações de resolução desta suplência, superando a necessidade de um diagnóstico diferencial. O paradigma da clínica deixa de ser o recalque, o que faz com que a posição do analista seja a de se colocar como destinatário e provocador do trabalho contínuo das invenções que permitem ao sujeito (seja ele neurótico ou psicótico) constituir uma suplência para lidar com a falta inerente à sua constituição. Esta nova posição orienta a clínica para operar com o real do gozo; frente à psicose o analista deixa de ser apenas testemunho do delírio para se colocar como destinatário do trabalho, permitindo ao sujeito constituir um ponto de ancoragem para o gozo.

Aqui cabe um outro aspecto da constituição do sujeito na neurose e na psicose, proposto por Lacan¹⁴⁷ em sua apresentação sobre o “Caso Schreber”, em 1966. Trata-se da polaridade entre o sujeito do significante e do sujeito do gozo. Segundo Antonio Quinet¹⁴⁸, esta noção não será elevada à condição de conceito por Lacan porque é muito difícil sustentá-la, já que diante do gozo o sujeito desaparece. Essa noção indica que, justamente pelo curto-circuito no qual o psicótico se encontra em relação ao Simbólico, muitas vezes confundido com a posição de objeto, ele se encontra submetido a um gozo mortífero do Outro.

Henri Kaufmanner¹⁴⁹ descreve o psicótico como vítima real de um gozo de um Outro estranho, sem mediação. Em vez de questão, há uma resposta sobre o “quem sou?” antecipada, insuportável para ele, que é sua designação como objeto de gozo. Segundo o autor, o psicótico se apresenta na clínica possuindo o objeto ali com ele, imersos numa experiência alucinatória; muitas vezes está tomado por um S1 (significante mestre) que não remete a outro significante e sim a um Real. Este Real é a certeza, é o fenômeno elementar, é o Outro falando nele ou dele.

Outra consequência da incidência do significante paterno na constituição do sujeito neurótico é que ele esvazia o corpo de gozo. Como vimos, este gozo perdido se exterioriza no objeto também perdido, fazendo o neurótico crer que ele se encontra no Outro, por isso se aliena na demanda. Na psicose e mais evidentemente no autismo, o

¹⁴⁷ Lacan, J. – “Apresentação das Memórias de um doente dos nervos” [1966] in: *Op. Cit.*, 2003, p. 221.

¹⁴⁸ Quinet, A. – *Teoria e Clínica da Psicose* – Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1997

¹⁴⁹ Kaufmanner, H. - “Transferência na Psicose” in: *Op. Cit.*, set. 2000, p. 115.

gozo permanece no Outro e no corpo e o psicótico tem o objeto à sua disposição no real, por isso não demanda. De acordo com Di Ciaccia¹⁵⁰, no autismo há uma circularidade primária entre significante e gozo, designando uma colapso de S1 com o Real, impedindo, muitas vezes, o sujeito de ter acesso à fala e aos demais recursos de linguagem. Este fato leva a alguns autores¹⁵¹ a não considerarem que haja sujeito no autismo, já que ele não se separou do objeto. Lacan¹⁵² na “Conferência de Genebra” diz que os autistas não respondem, mas ouvem a si mesmos e ainda os classifica como muito “verbosos”. Di Ciaccia¹⁵³ explicita que o autista está impedido da fala porque ela é pura estrutura de gozo (saber) e ela não revela desconexão entre o sujeito e o Outro: ela é real e expõe o autista a um gozo mortífero, que retorna no Real de seu próprio corpo. O autista acredita no “Um-sozinho” fora da linguagem e toda fala dirigida à criança pode ser traumática. Ela se defende de tudo o que venha do Outro (tapando os ouvidos ou agredindo o emissor da fala).

Nessa dificuldade é que se fundamenta a “prática entre vários”, pois o Outro desses sujeitos não está plenamente constituído, bem como o objeto e o próprio sujeito estão em curto-circuito. Frente a essa constituição a função do analista é a de tentar fragmentar ou furar o Outro, por isso esta função pode se dividir entre vários técnicos. Para falar com o autista é preciso posicionar-se como um outro não semelhante, capaz de revestir o semblante que, ao articular o Outro da fala com o Outro da linguagem, exclua o gozo excessivo. Posição esta que deixa de combinar Outro simbólico e gozo para combinar os outros imaginários (técnicos) e Outro simbólico, fazendo funcionar o Outro da fala.

Para Kaufmanner¹⁵⁴ na paranóia e na esquizofrenia a função do analista é de restabelecer a conexão entre esse sujeito de gozo, infinitizado na seqüência interminável de S1 e o sujeito do significante. Tal função é o que Viganó¹⁵⁵ chamou de construir escansões.

O princípio ético freudiano de que o psicanalista deverá se abster de qualquer saber prévio leva a outra proposição ao fazer operar a função do analista: a de que não existe uma resposta pronta a nenhum modo de estruturação do Inconsciente, seja ela

¹⁵⁰ Di Ciaccia, A. – “A prática entre vários” in: *Op. Cit.*, 2004, p.36.

¹⁵¹ Referência de Brunetto, A. aos trabalhos de Lefort, Robert & Lefort, Rosine. Brunetto, A. – “Ser ou não ser... um sujeito? Eis a questão do autista” in: Alberti, S. (org) – *Autismo e Esquizofrenia na Clínica da Esquize*, Rio de Janeiro: Ed. Rios Ambiciosos, 1999, p. 269.

¹⁵² Lacan, J. – “Conferência em Genebra sobre el síntoma” [1975] in: *Op. Cit.*, 1998.

¹⁵³ Di Ciaccia, A. – “A prática entre vários” in: *Op. Cit.*, 2005, p. 36.

¹⁵⁴ Kaufmanner, H. – “Transferência na psicose” in: *Op. Cit.*, set. 2000, p. 116.

¹⁵⁵ Viganó, C. -“A construção do caso clínico” in: *Op. Cit.*, set. 2000, p. 58.

autista, neurótica ou psicótica. O que deve haver é sempre uma aposta do analista de que ali emergirá um sujeito, já que, inclusive o autista, mesmo que não fale, está inserido na linguagem. Como vimos, o Inconsciente é um campo que se perde e sua existência precisa ser sustentada por um ato de desejo, ato que faz parte da função do analista. Estruturalmente nada designa que este ato de desejo seja de modo mais ou menos intenso no âmbito privado ou público, nem mais ou menos intenso frente à neurose ou na psicose.

Trazemos aqui o exemplo clínico de Brunetto¹⁵⁶. A analista de um autista que, ao carregar o menino no colo, desesperada por ele estar com um profundo corte nos lábios, disse “não sei o que fazer”, obteve como resposta a aceitação pela primeira vez de sua presença por parte do garoto. Retirar seu saber da cena e apostar no sujeito é conduzir a clínica a partir de uma inteira submissão, ainda que advertida, às posições do sujeito. O modo como esse sujeito irá advir fará com que o manejo da transferência tenha nuances próprias. É o que abordaremos no capítulo IV.

¹⁵⁶Brunetto, A. – “Ser ou não ser... um sujeito? Eis a questão do autista” in: Alberti, S. (org) – *Op. Cit.* 1999, p. 271.

CAPÍTULO III

QUESTÕES DA PRÁTICA CLÍNICA

Este capítulo é marcado pela experiência vivida na prática clínica de uma instituição pública de saúde mental, o que impõe a necessidade de utilizarmos, na escrita, duas conjugações verbais, pois consideramos importante destacar a singularidade dessa experiência, conjugando nestes casos os verbos na primeira pessoa do singular, e não mais do plural. As elaborações conjuntas com os demais membros da pesquisa, a partir dos textos pesquisados e com a orientadora seguem o padrão dos capítulos anteriores.

Toda a dissertação parte de uma tentativa de elaboração das questões que emergiram no cotidiano do serviço público de saúde mental no qual estive inserida como pesquisadora, além de fazer parte de seu quadro de funcionários. As questões colhidas são específicas deste serviço, tentando ampliar a discussão sobre a clínica na Reforma Psiquiátrica Brasileira em diferentes regiões do país, a partir das discussões dentro do grupo de pesquisa nas quais estavam incluídas questões de outros serviços. É importante destacar o fato de que não se trata de uma análise com balizas de “padrões de qualidade”, na medida em que o método psicanalítico, que baseia nossa prática, parte da singularidade de cada caso.

O serviço em questão é o Complexo Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS) Aduino Botelho de Cuiabá-MT, no qual sou membro da equipe da Internação Masculina como servidora pública estadual. Procuramos destacar aqui as especificidades sócio-históricas, a constituição cultural, a localização geográfica, a função legitimada dentro da rede de atenção psicossocial e a condução do tratamento de seus pacientes. Lembrando, porém, que a discussão fomentada pelo grupo de pesquisa apontou para convergências nas dificuldades pelas quais os serviços da rede de atenção psicossocial atravessam e os avanços sofridos pelos mesmos a partir da Reforma Psiquiátrica.

Antes de entrar no Programa de Pós-Graduação em Pesquisa e Clínica em Psicanálise da UERJ, em 2005, eu já era trabalhava no CIAPS Aduino Botelho no Estado de Mato Grosso, de onde surgiram as indagações iniciais a respeito do lugar da clínica na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Meu trabalho nesta instituição, como psicóloga, mas já com o passo dado em direção à minha formação como psicanalista, levou-me a interrogar o que pode um psicanalista na saúde mental pública. Por outro lado uma questão emergiu muito mais premente para mim e ela dizia respeito à

dinâmica institucional oferecida como tratamento aos pacientes internados. De que modo os técnicos elaboram e aplicam as atividades realizadas junto aos pacientes? O que eu observava era a realização de algumas oficinas, por um lado; medicações prescritas, muitas vezes sem escuta, por outro. Além disso, ficou evidente que havia muito pouca ou quase que nenhuma reflexão sobre a dimensão da clínica. A questão então foi burilada para: o que de espaço clínico há em uma instituição hospitalar psiquiátrica no qual eu poderia, então, me inserir aí como psicanalista em formação? Posteriormente, outras questões foram acrescentadas, como por exemplo: qual a contribuição possível da Psicanálise para que opere a dimensão da clínica nesta instituição?

Explicitei, na introdução desta dissertação, o método desta pesquisa, que segue o mesmo método utilizado pela equipe de pesquisadores orientada pela Professora Doris Rinaldi¹⁵⁷. A primeira indicação feita a todos os pesquisadores do grupo foi seguir o postulado freudiano de 1913: “A psicanálise faz em seu favor a reivindicação de que, em sua execução, tratamento e investigação coincidem”¹⁵⁸. Como já exposto anteriormente, todas as descobertas de Freud emergiram a partir do próprio imprevisto da clínica ou, seguindo o referencial lacaniano, do real desta experiência. É do Real que emerge o sujeito e é nele que o analista também opera a partir do Simbólico. Deste modo, a própria elaboração teórica em Psicanálise depende de sua prática clínica e o método clínico é o mesmo método utilizado em uma pesquisa. É na clínica que ocorre a produção de saber em Psicanálise. Por estas razões, foi imprescindível que nós estivéssemos inseridos na prática clínica das instituições.

Assim, no ano anterior à minha inserção como pesquisadora no CIAPS Aداuto Botelho, estive inserida por dez meses na prática clínica de um dos CAPS pesquisados, como citado anteriormente. O principal método utilizado foi o da inserção na clínica das instituições pesquisadas, o que se repetiu em meu retorno às atividades no CIAPS Aداuto Botelho. A este método foi acrescentada a realização de entrevistas abertas com alguns profissionais e familiares vinculados ao CAPS no qual estive inserida em 2006 e, em 2007, ao CIAPS Aداuto Botelho, que se dispuseram a colaborar com a pesquisa. Tais entrevistas poderiam ser gravadas ou não, dependendo da anuência dos

¹⁵⁷ Grupo de Pesquisa coordenado por Rinaldi, D. - *Clínica do Sujeito e Atenção Psicossocial: novos dispositivos de cuidado no campo da saúde mental – II*, Projeto de Pesquisa, 2006 (mimeo), cujos serviços pesquisados enquanto estive no grupo foram: CAPSI Pequeno Hans, CAPS Clarice Lispector, CAPS Profeta Gentileza, CIAPS Aداuto Botelho.

¹⁵⁸ Freud, S. - “Recomendações aos médicos que praticam a psicanálise” [1913] in: *Op. Cit.*, vol XII, 1976, p. 152.

entrevistados, totalizando o número de oito entrevistados em cada instituição. A importância das entrevistas se revelou no fato de que elas se tornaram um momento à parte, tanto para mim quanto para o entrevistado; um momento distanciado das emergências e das relações cotidianas, muito propício à reflexão para cada um dos entrevistados. As entrevistas, portanto, viabilizaram a emergência dos significantes pelas próprias palavras dos entrevistados. Levando em conta o contexto institucional, a implicação afetiva dos membros da equipe, bem como minha inserção nestes grupos de relações interpessoais, exigiu um certo distanciamento para propiciar tal emergência de significantes, proporcionado pelas entrevistas.

Como Relatório Final, cada pesquisador do grupo de pesquisa redigiu um artigo sobre determinado tema de discussão e esses artigos foram compilados em um só relatório¹⁵⁹. Em Mato Grosso, a entrega do relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado de Saúde, que aprovou a realização da pesquisa junto ao CIAPS Adauto Botelho, ficou condicionado à entrega desta dissertação.

Ainda em relação ao método, não podemos deixar de enfatizar que ao falar de questões da prática clínica que emergiram dentro do cotidiano institucional de um serviço de saúde mental, falo unicamente de meu lugar neste serviço. Este lugar esteve, a princípio, munido de interrogações, como por exemplo, “neste serviço, a clínica existe? Qual o lugar que ela ocupa aqui? De que clínica se trata?”. Contudo, meu vínculo prévio como servidora pública no CIAPS Adauto Botelho, fazia empuxo a que eu minhas questões se dissolvessem no cotidiano da instituição, no qual havia pouco ou quase nenhum espaço para a reflexão sobre a clínica. O modo de trabalho desta instituição, até então, não incluía articulações teórico-clínicas em seu cotidiano, fazendo com que eu corresse o risco de deixar de lado as questões da pesquisa, para tentar sobreviver à convivência junto aos colegas de trabalho.

Inserir-se num campo institucional convoca à tentativa de se encaixar no movimento do conjunto, no modo como os outros se colocam na “engrenagem” do dia-a-dia. Foi preciso acertar o passo, pegar o ritmo, ser aceita pela equipe. Ganhando distanciamento, verifico nos textos de Sigmund Freud¹⁶⁰ “Psicologia das massas e

¹⁵⁹ Rinaldi, D. L. – *Relatório Final da Pesquisa: Clínica do Sujeito e Atenção Psicossocial: novos dispositivos de cuidado no campo da saúde mental – II*, 2007 (mimeo).

¹⁶⁰ Freud, S. – “Psicologia de grupo de análise do ego” (1921), vol XVIII e “Mal estar na cultura” (1930), vol XXI, ambos os textos in: *Obras Psicológicas Completas, vol. XII*, Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro, RJ: Ed. Imago, 1976.

análise do ego” de 1921 e “Mal estar na cultura” de 1930, que são intrínsecas ao agrupamento humano reações que não necessariamente correspondem ao modo singular de reação de um a um dos sujeitos inseridos em tal agrupamento. Estas reações são os chamados “efeitos ou fenômenos de grupo”. No primeiro texto Freud¹⁶¹ aponta que há um motivo muito forte que une o grupo (um ideal ou um líder) e no segundo texto¹⁶² mostra que a relação totalmente harmoniosa ou amorosa dentro de um grupo só pode existir na condição de haver um elemento externo a este grupo para onde a agressividade será escoada. Assim, é natural que a inserção de um elemento novo em um agrupamento humano cause inúmeras reações tanto no grupo, quanto naquele que acaba de ser inserido. Nas palavras de Freud: “Num grupo, todo sentimento e todo ato são contagiosos, e contagiosos em tal grau, que o indivíduo prontamente sacrifica seu interesse pessoal ao interesse coletivo”¹⁶³.

Tomando a análise de Di Ciaccia¹⁶⁴, se a instituição se forma como um agrupamento humano, na qual a articulação entre o múltiplo se dá em torno do Um, podemos pensar que este empuxo à homogeneização é mais um dos “fenômenos de grupo”. Acreditamos que, no trabalho em equipe, os “efeitos de grupo” só podem ser reconhecidos a partir do dispositivo da supervisão, que será discutido ao longo deste capítulo. Uma outra indicação de Lacan¹⁶⁵ para reduzir os efeitos nefastos do grupo, que ele chamou de “cola imaginária”, é a “transferência de trabalho”. Este tipo de transferência faria obstáculo às rivalidades entre os semelhantes que levam à segregação, sendo um instrumento de trabalho entre pares que se escolhem entre si. Lacan distingue este tipo de transferência daquela (à qual abordaremos em detalhes no próximo capítulo) inscrita na clínica psicanalítica, que porta o germe da resistência. Lacan ressalta a acepção simbólica da transferência de trabalho, sendo que seu registro imaginário comparece como demanda dirigida ao saber.

Como ocorre com qualquer servidor público, minha inserção como membro da equipe não ocorreu como uma “escolha de pares”, como recomendado por Lacan, na medida em que eu me inseri na instituição através de concurso público. Porém, a escolha pela pesquisa nesta mesma instituição esteve e está articulada ao meu desejo

¹⁶¹ Freud, S. - “Psicologia de grupo de análise do ego” [1921] in: *Op. Cit.*, vol XVIII, 1976, p. 120.

¹⁶² Idem – “Mal estar na cultura” [1930] in: *Op. Cit.*, vol XXI, 1976, p. 136.

¹⁶³ Idem – “Psicologia de grupo de análise do ego” [1921] in: *Op. Cit.*, vol XVIII, 1976, p. 98.

¹⁶⁴ Di Ciaccia, A. – “Da fundação do Um à prática feita por muitos” in: *Op. Cit.*, set. 2000, p. 61.

¹⁶⁵ Lacan, J. - “Ato de Fundação” [1969] in: *Outros Escritos*, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2003, p. 242.

pelo trabalho e pela clínica do sujeito. Assim, foi necessário reforçar constantemente meu lugar de pesquisadora (para além de minha função dentro da equipe), lugar a mais que eu estava tentando ocupar no espaço institucional e que acabou abrindo posteriormente espaço para que outros profissionais pudessem incluir também a pesquisa e a reflexão em seu modo de trabalho.

Levando em conta, assim, meu lugar no CIAPS Adauto Botelho, ainda antes de falarmos das questões propriamente clínicas, considero imprescindível situá-lo em seu contexto sócio-histórico. Isto porque o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira tem particularidades regionais, o que influencia no modo como cada serviço se constituiu. Ressalto, contudo, que o ponto de partida de quaisquer análises foi a clínica.

III. 1 – A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM MATO GROSSO

Em Mato Grosso, segundo Alice Bottaro Oliveira¹⁶⁶ foi somente a partir da década de 30 que o Estado passou a contar com uma instituição destinada exclusivamente ao trato da loucura. Segundo a autora, essa providência tardia ocorreu principalmente por causa da distância do Estado de Mato Grosso dos grandes centros, sendo que até poucas décadas atrás os meios de transporte e comunicação no Brasil eram ineficientes para amenizar tais distâncias. A distribuição de recursos financeiros e tecnológicos em um país de extensão continental como o Brasil foi muito lenta e a concentração do crescimento econômico acabou sendo maior na região sudeste. É em função dessa diferença de contexto sócio-histórico e pelo fato da via de produção de conhecimento ser quase que de mão única (do litoral para o oeste do Brasil), que considero importante mostrar, de modo mais atento, como se constituiu a saúde mental no Estado de Mato Grosso. Outro fator que torna importante abordar essa história, mesmo que de modo sucinto, é que o CIAPS Adauto Botelho é uma instituição de referência para todo esse Estado e não só para o município de Cuiabá, onde se localiza.

Foi na década de 30 que todo o Estado de Mato Grosso (que compreendia a região que hoje constitui o Estado de Mato Grosso do Sul) passou a contar com apenas uma Enfermaria de Alienados da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, criada para “evitar a fuga dos loucos”¹⁶⁷. No início da década de 50 foi criada a “Chácara dos

¹⁶⁶ Oliveira, A.G. B. – *Superando o Manicômio? Desafios na construção da Reforma Psiquiátrica*, Cuiabá: Ed. UFMT – FAPEMAT, 2005, p. 70.

¹⁶⁷ Idem, ibidem, p. 68.

Loucos”, às margens do Rio Coxipó da Ponte em Cuiabá, local onde atualmente se situa o CIAPS Aduino Botelho, mas somente em 1957 é que foi construído o Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho.

O Hospital Aduino Botelho permaneceu por muito tempo como a única unidade para tratamento em saúde mental de Mato Grosso, até que em 1989 foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico privado de grande porte: o Instituto de Neuropsiquiatria, que cerca de dois anos depois chegou a ter 500 leitos, sendo 483 conveniados com o SUS. Em março de 1991 o Hospital Aduino Botelho foi fechado para reformas, fato que levou o Hospital Neuropsiquiátrico à superlotação e colocou em evidência a precariedade do serviço ambulatorial da época. Em 1993 o Hospital Aduino Botelho foi reinaugurado e o Hospital Neuropsiquiátrico reduziu seu número de leitos até ser extinto em 2004. Além do Aduino Botelho, Mato Grosso possui um outro Hospital Psiquiátrico de caráter filantrópico no município de Rondonópolis, no sul do Estado, chamado Paulo de Tarso, com aproximadamente 82 vagas.

No momento de sua reabertura, o Aduino Botelho que era apenas um hospital, tornou-se o Complexo Integrado de Atenção Psicossocial Aduino Botelho compreendendo, então, várias unidades em prédios diferentes. O prédio construído na antiga “Chácara dos Loucos”, no bairro Cophema, possui atualmente o Pronto Atendimento com 8 vagas para homens, 5 para mulheres (internando também adolescentes), que permanecem em observação por em média 72 horas; a Ala Masculina para internação de homens em crise delirante e alucinatória, que é dividido em Posto I (para os internos jovens em crise aguda com 35 vagas) e o Posto II (para os internos idosos ou cronificados, ou pacientes mais fragilizados com 20 vagas); a Ala Feminina para a internação de mulheres adultas, independentemente do diagnóstico (25 vagas).

No bairro Paiaguás, do outro lado da cidade, o CIAPS Aduino Botelho possui outra ala de Internação Masculina com 40 vagas para os dependentes químicos. Já outra unidade do Aduino (Unidade II), situada no bairro Pascoal Ramos, está ligada ao sistema prisional, sendo subordinada à Secretaria de Justiça e Segurança Pública para internação de réus presos com transtorno mental, com 28 vagas para homens. Há também uma unidade de internação para crianças com debilidade mental em situação de abandono da família chamada “Lar Doce Lar” com 21 vagas, próximo ao centro da cidade, no bairro Bandeirantes. Até 2007 também fazia parte do CIAPS um grande ambulatório com a finalidade de atender a todo o Estado, porém no final desse ano, ele foi destituído como serviço estadual e os profissionais foram distribuídos pelas

Policlínicas da capital. Também fazem parte deste complexo dois serviços em vias de municipalização: o CAPS Infanto-juvenil, localizado no Bairro Cophema e o CAPS Dr. Julio Müller para transtornos mentais, localizado no Bairro CPA IV.

No período entre 2000 e 2002 iniciaram-se as inaugurações dos (atualmente) 33 CAPS em todo o Estado, sendo que 3 CAPS adultos estão na capital e dois únicos CAPS Infanto-juvenis (um para tratamento de álcool e drogas) também se localizam em Cuiabá. Quatro dos CAPS do Estado são AD (para álcool e drogas), sendo dois situados na capital e os outros no interior.

Uma das principais características da rede de saúde mental em Mato Grosso é que nela estão invertidos os papéis dos CAPS e das unidades de internação. De acordo com a portaria 336/GM de 2002 do Ministério da Saúde¹⁶⁸, em seu artigo 4º, os CAPS devem ter soberania e ser a referência territorial, cumprindo as funções de “regular a rede assistencial no âmbito de seu território”, “supervisionar unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito de seu território”, “capacitar equipes de atenção básica no âmbito de seu território”. Na realidade é o próprio CIAPS Aduino Botelho, através de seu Pronto Atendimento (PA), quem desempenha tais funções, sendo porta de entrada e regulador na maioria dos casos de demanda psiquiátrica do Estado. O CIAPS também é fonte de profissionais aptos a capacitar a rede básica de saúde, além de sua fiscalização ser realizada pelo próprio Estado. Desta maneira, o Aduino Botelho é legitimamente reconhecido tanto pela população interna (servidores, familiares e pacientes), quanto pela sociedade em geral, como o carro-chefe da rede de saúde mental pública do Estado, ou, como disse um dos profissionais entrevistados, é uma “grande nave-mãe”.

Há um paradoxo que surge a partir do fato do CIAPS Aduino Botelho ser um serviço de referência. Tal importância para o Estado acaba adiando a responsabilidade tanto dos gestores municipais, quanto das entidades sociais e outras instâncias estatais, como o sistema judiciário, por exemplo, na mudança do trato com a loucura ou com comportamentos não aceitos socialmente. O Aduino Botelho acaba representando uma promessa de tratamento efetivo em nível hospitalar (em isolamento e/ou confinamento), em detrimento à diretriz da Reforma Psiquiátrica Brasileira de que os CAPS assumam para si a grande responsabilidade de re-incluir _ ou incluir pela primeira vez_ os usuários nas comunidades de onde vieram. A alta do usuário internado, bem como a continuidade do tratamento fora da internação acaba dependendo exclusivamente do

¹⁶⁸ Ministério da Saúde – *Op. Cit.*, 2004, p. 31.

modo pelo qual a família, como “célula social”, toma para si (ou não toma) o caso, sem intervenção de uma equipe especializada próxima ao seu domicílio. Este é um dos aspectos que influenciam o modo de funcionamento da instituição, desde a admissão de um paciente até a alta e que será melhor ilustrado a partir da discussão de sua clínica.

Outra consequência desta hegemonia do hospital e do Estado na saúde mental de Mato Grosso é de que a marca institucional ou o estigma de um usuário do SUS como usuário de saúde mental (ou como doente mental) pode até se iniciar com sua chegada no Adauto, mas dificilmente se apagará em sua alta. Muitas vezes ele procura um serviço ambulatorial para qualquer outro tipo de tratamento e logo é tratado como “paciente do Adauto”, muitas vezes tendo que recorrer ao P.A. do hospital psiquiátrico para conseguir ser encaminhado para qualquer outro tipo de tratamento.

III. 2 – POSSIBILIDADES DA CLÍNICA NA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA

As questões trazidas aqui são relativas à minha inserção no contexto da Internação Masculina do CIAPS Adauto Botelho, porém as alas de internação e as unidades estão sempre em articulação e muito do que ocorre em uma unidade ou ala, ocorre também na outra. Assim espero poder contribuir para uma reflexão sobre a instituição em geral.

Também é importante esclarecer que a análise das entrevistas e das questões emergidas na clínica, mesclam-se, no decorrer desta explanação, à elaboração de minhas próprias questões iniciais e das demais questões que surgiram na convivência com os colegas. Por isso preferimos expor as próprias palavras dos entrevistados somente nos momentos em que tais palavras explicitam ao máximo a discussão.

Destaco aqui, inicialmente, que os técnicos que compunham a equipe na Ala de Internação Masculina no ano de 2007 eram dois psicólogos (um deles sou eu), três assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional, uma arte-terapeuta, um médico psiquiatra, um médico clínico-geral (que atendia a demanda de todas as alas), uma fisioterapeuta (que também atendia a demanda de todas as alas), cinco enfermeiros e aproximadamente vinte técnicos de enfermagem distribuídos pelos diferentes turnos.

Mesmo sendo questionados quanto à sua eficácia terapêutica, os hospitais psiquiátricos continuam imprescindíveis ao tratamento de várias crises de grave sofrimento psíquico. A internação psiquiátrica é uma questão permanente que concerne não só aos técnicos das unidades de internação, mas também aos técnicos dos CAPS de

todo o país. Minha aposta foi a de que, mesmo neste contexto, chamado muitas vezes de anti-terapêutico, seria possível fazer emergir o sujeito e colocá-lo a trabalho, já que, como veremos, o terapêutico não necessariamente está na direção do trabalho analítico.

Uma questão reverbera todos os dias para aqueles que se preocupam com a finalidade e o manejo de uma internação psiquiátrica: quais seriam os reais critérios clínicos para se efetuar esse tipo de internação?

No CIAPS Aduino Botelho, em Mato Grosso, esta é uma questão muito mais complexa que extrapola ações de âmbito clínico, envolvendo questões principalmente jurídicas. A internação psiquiátrica é dada a manejos diversos que podem nem se aproximar do que lembraria uma necessidade clínica de internação. Nos encaminhamentos e formas como as pessoas chegam até o Pronto Atendimento (PA) logo se nota uma abertura a todo o tipo de interpretação do que seria uma “desorganização subjetiva”, ou uma “ruptura de laços sociais”. Alega-se o risco que um cidadão corre, bem como sua família, ou mesmo, o risco que o cidadão oferece à sociedade, etc. Rapidamente é possível perceber que a internação psiquiátrica ainda é um ato que carrega consigo toda a história da loucura.

Diariamente, no Aduino Botelho, lidamos com ações judiciais de familiares junto a diversos juzizados do Estado, no intuito de manter o familiar em “internação permanente”. Muitos mandados de internação são baseados na constituição de 1934, ignorando toda a legislação conquistada durante as décadas que se seguiram. Assim, há inúmeros casos de pacientes internados que não possuem indicação psiquiátrica de internação ou outros que até possuem, mas o intuito da família é livrar-se do incômodo de tê-lo em casa para sempre. Os médicos (ainda responsáveis legalmente pelo ato de internar e assinar a alta) parecem se submeter à idéia de que diante de uma ordem judicial não há nada a ser feito, não podendo evitar que a internação aconteça. O movimento da equipe multidisciplinar é de que, o mais rápido possível (e isso pode significar no mínimo quatro dias de internação entre PA e Ala Masculina), seja confeccionado um relatório, assinado por vários técnicos da equipe, justificando a alta do paciente, para ser enviado ao juiz. Porém, o paciente só poderá deixar a internação também com ordem judicial e, dependendo do juzizado, há uma imensa lentidão nos processos, o que faz com que o paciente às vezes aguarde por mais de 3 meses (em alta) dentro das dependências do hospital.

A diretoria do CIAPS tem feito vários encontros com juizes de várias comarcas da capital para mostrar o objetivo da instituição e suas instalações, porém, a própria

família mobiliza o sistema judiciário para que o Estado assuma o que eles não têm condições de (ou não querem) assumir: os cuidados diários com este familiar. Dentre todas as perdas sofridas pelo familiar não aceito, uma das que mais indigna os técnicos da equipe é que muitas vezes a família continua recebendo o chamado “benefício” (auxílio financeiro fornecido pelo Estado) do paciente, fato que leva o Serviço Social a intervir neste recebimento, enquanto o hospital não consegue “devolver” este cidadão para seu meio de origem. São problemas dessa gravidade que se sobrepõem às questões do sofrimento psíquico singular de cada paciente, sendo talvez uma das justificativas para a pouca ou quase nenhuma reflexão da equipe sobre a clínica.

Por causa da citada inversão de responsabilidades entre hospital e CAPS em Mato Grosso, o Aduino Botelho vive constantemente pressionado pela sociedade a ter que dar uma resposta sobre o incômodo da loucura. Entretanto, em referência ao que afirmou Foucault¹⁶⁹ sobre o poder da Psiquiatria e sua função de manter a ordem social, a ordem que impera nesta instituição não é mais a Ordem Médica. Ouvimos histórias de que a medicação era utilizada de modo massivo como instrumento de poder, assim como outras “práticas terapêuticas” como a eletroconvulsoterapia. Atualmente a equipe multidisciplinar está cada vez mais empenhada em intervir em todos os procedimentos, evitando a manutenção do paciente na instituição desnecessariamente, evitando a contenção no leito, etc. Contudo, é notório o quanto os técnicos se sentem impotentes diante da Ordem Judicial, o que fica evidente nas palavras de uma das técnicas de nível superior:

(...) Falando no tratamento que o hospital oferece, o hospital deveria funcionar como? Os pacientes deveriam ficar aqui por um tempo, até que pelo menos se tentasse ali fazer um tratamento. Aí tem uns pacientes que ficam e moram, tem outros que entram e não deveriam entrar, aqueles que são usuários de álcool, de drogas... não é o lugar, aí entra também a questão da Justiça que toma o lugar que interfere bastante, por quê? Por que o juiz vai lá e determina, o hospital é obrigado a internar o paciente. Aí esse paciente fica aqui toma, a vaga do que deveria estar aqui por uma internação...sei lá, espontânea mesmo ou que a família que quisesse internar, não tem vaga para ele porque a justiça já tomou todas as vagas, até com paciente que às vezes não precisa, que não tem transtorno mental, que é usuário de álcool, de drogas... Então eu acho que hoje o hospital não está cumprindo a função dele que deveria, em termos de tratamento, eu acho que não está cumprindo.

O fato de que a Ordem Judicial se sobrepõe em inúmeros casos de internação, revela que Reforma Psiquiátrica ainda não provocou efeitos suficientes sobre a sociedade mato-grossense. Articulando a questão da lei com a Lei simbólica elaborada

¹⁶⁹ Foucault, M. – *Op. Cit.*, 2005, p. 86.

por Freud, é preciso lembrar que a Psicanálise aponta que a linguagem enquanto Lei funda o sujeito e possibilita a instauração do desejo. Quando a lei jurídica ou a moral tomam esse lugar, ocorre o recalque do desejo.

Na clínica é possível fazer valer a Lei desejo, ou seja, é possível “furar” a lei da moral coercitiva, possibilitando que o sofrimento psíquico seja ouvido pela via do sujeito. Como exemplo clínico, pude vivenciar uma experiência em que houve a reversão da sobreposição da lei jurídica sobre a Lei simbólica que viabiliza o desejo. Trata-se do caso de L., 38 anos, divorciado, cuja família ouviu ao mesmo tempo em que o ouvia pela primeira vez. Era uma irmã e um irmão, os dois bem mais velhos, que diziam que L. há muitos anos fazia “tratamento para depressão” e que tinha um relacionamento difícil com a mãe de sua filha. Na verdade, L. foi condenado à prisão preventiva a partir da nova lei conhecida como “Maria da Penha” (n.11340/2006 do Ministério da Justiça). Esta lei corresponde a uma demanda social de maior rigor frente à violência contra a mulher no Brasil, modificando totalmente os atos jurídicos pelo país e aumentando o número de mandados de prisão em nosso Estado. O único modo que seu advogado encontrou para que ele não fosse preso, foi alegar que ele era portador de “transtorno mental” e que estava sob efeito de medicação, no ato criminoso, sendo enviado ao hospital psiquiátrico e não ao presídio.

Pela escuta de L., percebi que muito dificilmente se tratava de uma estruturação psicótica e que a internação se devia a uma intervenção da família, já que ele tinha agredido fisicamente a ex-mulher. Sustentando a hipótese diagnóstica de neurose busquei uma forma de atendê-lo em local reservado, com os limites da clínica aplicada à neurose, tal como recomendou Freud¹⁷⁰ em seus escritos técnicos. L. tinha o comportamento infantilizado e se vitimizava quanto a tudo e todos, parecia identificado ao lugar designado pela família de doente mental. A manifestação de seu sofrimento psíquico desde a adolescência até a fase adulta tinha traços obsessivos, como por exemplo, o de cumprir com rituais criados por ele mesmo, aos quais ele atribuiu uma “obrigação religiosa”. Estes rituais só cessaram quando ele conheceu tal mulher, a mãe de sua filha, pela qual desenvolveu paixão arrebatadora, ciúme intenso, o que tornou a convivência entre eles cada vez pior até chegar ao insuportável e à separação. Para L. este foi o início de uma saga de psiquiatra em psiquiatra, usando muitas medicações

¹⁷⁰Referência aos textos freudianos encontrados no vol. XII das Obras Completas de Freud da Edição Standard Brasileira: “A dinâmica da transferência”, “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”, “Observações sobre o amor transferencial”, “Sobre o início do tratamento”.

antidepressivas e ansiolíticas. Nas poucas crises de angústia que teve, foi sobre-medocado e recebeu o diagnóstico de “transtorno bipolar”. A família passou a tratá-lo como incapaz, buscando aposentá-lo e L. parecia cada vez mais encaixar-se no lugar de doente mental, de quem se pode esperar qualquer atitude insensata. Durante a internação, “importunava” os técnicos, reivindicava tratamento diferenciado, o que verificamos ser comum acontecer nas internações de neuróticos, por fatores de estrutura (modo demandante como se relaciona com o Outro, diferente do psicótico).

Percebi que era preciso operar em L. uma retificação subjetiva, para que ele pudesse lidar com os sinais da angústia, fazendo articular a isso um desejo. A partir da oferta de uma escuta diferenciada, L. substituiu suas queixas sobre o cotidiano da instituição, implicando-se em sua internação. Passou a falar dos pensamentos auto-depreciativos que tinha todas as noites e associar aos seus pesadelos, falou de sua culpa por questões de seu passado, sobre as conseqüências de seu delito contra uma mulher que o levou a sofrer sanções da lei (para ele desnecessárias), bem como falou de seus planos para o futuro. O tempo de internação (três meses), indicado como punição, tornou-se realmente um tempo de tratamento. Obviamente este tempo poderia ter sido maior em outro tipo de serviço, como num ambulatório, por exemplo, porém parecia que a Lei do desejo tinha realmente voltado a incidir sobre L., que deixou seu lugar infantilizado para colocar-se como homem. Homem não para “aquela” mulher somente, mas para talvez outra e para a vida.

Este foi um caso em que atuei como técnica de uma equipe, contudo a condução clínica foi pouco ou em nada compartilhada. Tal paciente estava submetido a toda a rotina de cuidados da instituição (leito arrumado, higiene pessoal, medicação, alimentação, horário de visita, etc.), mas nas poucas atividades terapêuticas oferecidas durante o chamado “horário do pátio”, ele não se inseria. O que eu ouvia por parte dos demais técnicos em relação a este caso era que o paciente era “rebelde”, porém nenhuma intervenção realizada tinha sido discutida, por não haver espaço para a discussão da clínica na reunião de equipe. Acreditamos que não basta haver um espaço institucional, como é o caso da reunião de equipe, para reuniões, é preciso um direcionamento para colocar a clínica sob reflexão. Tal caso é paradigmático para situar o funcionamento da clínica neste momento desta instituição, bem como o posicionamento da equipe frente à clínica.

A falta de pactuação nas intervenções clínicas na equipe ocorre também em relação às oficinas terapêuticas, cuja promoção e condução ficam restritas a uma técnica

da Terapia Ocupacional e duas da Arte-Terapia. Atualmente há oficina de música, bonecos de jornal, sessões mensais de cinema, passeios em pontos turísticos, festa de aniversariantes do mês, dentre outras. Tais atividades fazem toda diferença no cotidiano da instituição, como descreve um dos técnicos de nível médio em entrevista: “eu estive de férias e quando cheguei esse muro aqui estava todo pintado. Os pacientes pintaram...e eu pensei: poxa!”. Em seguida pergunto se ele participa das reuniões semanais para dar idéias e saber o que deve ser feito com cada paciente, ao que ele responde “não...cheguei de participar uma vez daquelas reuniões de quarta-feira...mas foi logo no início”.

As atividades vêm suscitando momentos ímpares em que os pacientes se manifestam, contudo não há uma discussão permanente sobre elas, nem a implicação de todos os técnicos em sua elaboração e execução, nem clareza sobre uma abordagem a ser seguida. Na reunião semanal a tendência é de se tratar somente dos assuntos administrativos e não clínicos, algumas vezes aparece alguma questão clínica que logo se dissipa. Nas palavras de uma das técnicas, sobre a direção clínica do tratamento no Aduito Botelho, percebemos a fragmentação das ações de cada membro da equipe:

(...) Acho que no serviço substitutivo, no CAPS, pode até ser, mas na internação...é muito opcional, são muitos pacientes e a gente não tem uma linha formada. Até porque nunca se pensou nisso, cada um faz seu trabalho terapêutico, a gente tenta proporcionar o melhor para o paciente, mas nunca foi direcionada uma linha.

A clínica nesta instituição sofre um obscurecimento que merece ser questionado, pois não percebemos a negligência dos técnicos, há muita disposição para o trabalho. Havendo uma apropriação das noções implantadas pela Reforma Psiquiátrica, há um empenho de cada um em buscar a alta o mais rápido possível (média de 15 dias), desde que haja condições de retorno ao lar e isto, em um hospital, implica em oferecer boas condutas terapêuticas.

Outro fato que também pode operar como obstáculo à clínica é o número de demanda por internações que ainda continua extrapolando a quantidade de leitos (já que ela é difusa e provém de inúmeras instâncias da sociedade) e isso dificulta e pode até impossibilitar um bom trabalho. A idéia de “grande nave-mãe”, já citada, que designa o Aduito Botelho como a grande referência em saúde mental em Mato Grosso, a meu ver, estende-se para designá-lo como lugar seguro daquilo que foi rechaçado pela sociedade. E isso é, de modo bem ou mal, aceito e, na maioria das vezes, preservado pela equipe. Podemos pensar que é um lugar importante para a sociedade: o lugar onde as

“maluquices”, os “absurdos humanos” são aceitos e possíveis. Aqui cabe lembrar a crítica de Franco Basaglia¹⁷¹ à chamada “nova Psiquiatria”. Coloca-se, no lugar da violência, a tolerância a partir da qual as relações entre técnicos e usuários permanecem como reprodutoras da exclusão social do louco.

Acreditamos que a internação psiquiátrica deveria funcionar como uma intervenção clínica avançando para além do acolhimento dos “absurdos humanos”, para ser um lugar onde estes mesmos “absurdos” sejam trabalhados e conquistem um lugar fora da instituição. Este seria um trabalho, a um só tempo, com o singular do sujeito e com a inclusão social da diferença. Citamos no segundo capítulo a idéia de Zenoni¹⁷², de que a instituição antes de existir com fim terapêutico, existe para acolher o sujeito em seu momento de possível passagem ao ato e degradação física que podem levá-lo a morrer. Porém acreditamos que seja possível tomar o momento em que o sujeito chega ao extremo de seus sintomas ou fenômenos, como efeitos de sua estrutura, para realizar uma intervenção, no sentido de uma mudança ou de uma retificação subjetiva.

Mas como propor um trabalho como este, se dificilmente há o questionamento por parte dos técnicos sobre o lugar da clínica em uma internação psiquiátrica? Em que posição cada técnico se coloca (e se vê posicionado) frente à sua função na engrenagem da instituição? Apesar de eu não ser figura nova no cenário institucional, nas primeiras semanas de meu retorno ao trabalho e com o início da pesquisa, tive a impressão de ouvir um grande silêncio por parte dos técnicos. A partir das entrevistas individuais pude começar melhor ouvir os técnicos, um a um. É unânime para eles a vivência cotidiana de um trabalho fragmentado. Fragmentado, não em termos de protocolo de ação diário, mas sim no sentido do saber que se produz sobre cada caso de internação e sobre o saber que poderia se produzir sobre a finalidade da instituição.

No Aduino Botelho os resquícios da cultura manicomial podem ser ilustrados por meio da entrevista com um dos técnicos:

(...) Quando entrei aqui percebi que ninguém parecia voltar a atenção ao paciente ou se voltar para o fato concreto de que ele estava aqui e, estando aqui, havia algo a ser feito em relação ao seu momento de vida, aos seus projetos, à expressão mesmo do sofrimento que vinha carregado de sua história. (...) Me parecia muito que eles (pacientes) queriam falar qualquer coisa porque ninguém parava mesmo para ouvir. E um jeito de ser ouvido é dizer que um pé dói, que quer comer antes da hora, é onde as pessoas (técnicos) paravam para ouvir.(...) Trabalhar num lugar assim

¹⁷¹ Basaglia, F. – *A instituição negada*, Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1991.

¹⁷² Zenoni, A. – “Psicanálise e Instituição – A Segunda Clínica de Lacan”, in: *Op. Cit.*, 2000, p. 14-15

também traz dor para quem trabalha e as pessoas se defendem da maneira como podem.

Segundo Goffman¹⁷³, as “instituições totais”, como ele denomina os hospitais psiquiátricos, as prisões e os conventos, são fechadas à cultura externa, criando uma cultura interna específica muito bem estruturada e extremamente coesa. Há uma anulação do sujeito (tanto daquele que busca tratamento, quanto daquele que trabalha) em prol do funcionamento das regras institucionais. O peso da cultura institucional gera um silêncio dos sujeitos em prol de que a instituição, como uma máquina, tenha sua engrenagem funcionando. Há uma grande preocupação com a padronização diária do trabalho para que haja um cumprimento do protocolo hospitalar. Tal protocolo guia as condutas de maneira que elas não dependam da autonomia de cada um: horários a serem cumpridos (banho, alimentação, medicação, horário para os pacientes saírem para o pátio e fumar, horário para a visita, preenchimento de fichas, evolução de prontuários, etc.). Diante de tantas atribuições, em grande parte mecânicas, é possível que muitos dos técnicos prefiram ser anônimos cumpridores do dever geral que lhe cabe para o funcionamento mínimo da instituição, ao invés de se dispor a uma reflexão constante sobre o sentido de sua ação diária junto aos pacientes internados.

Percebi que o anonimato e a fragmentação das ações parecem ser conseqüências de uma resistência ou tentativa de auto-proteção de cada um contra um possível rechaço do grupo de técnicos, que já segue uma rotina de funcionamento e tende a se acomodar nela. A lógica da fragmentação, então, poderia ser traduzida como: “não questiono para não ser questionado, porque ao ser questionado, invado um sistema fechado de funcionamento e posso ser invadido, rechaçado ou excluído da homogeneidade do grupo”.

Para além do protocolo diário de medicações e cuidados básicos há aqueles técnicos que, de algum modo, querem fazer algo mais pelos pacientes. Porém, como já dito, não há uma condução terapêutica ou uma abordagem técnica definida, ou mesmo um objetivo comum a ser desenvolvido. Quando, durante a entrevista, pergunto sobre a terapêutica oferecida no hospital, o técnico associa:

(...) Na psiquiatria você tem que ter uma certa paciência para lidar com os pacientes, eu sempre digo: às vezes você entra no posto e vê que tem que ter um diferencial a mais porque, assim, os pacientes entram no posto para pedir alguma coisa, ou um café ou um cigarro, ou um papel e uma caneta para escrever...e aí você

¹⁷³ Goffman, E. – *Manicômios, Prisões e Conventos*, São Paulo: Ed. Perspectiva, 1974, p. 173.

fala para ele: “agora não, vai para fora, vai para fora”. Fico pensando que parece como...uns bichos de estimação que a gente tem em casa. (...) Tem que ter alguma coisa a mais, tem que (...) ter uma forma de lidar com essa situação, não é só quando o paciente entra e você tem que se controlar. Tem que pensar “estou 12 horas aqui e vou fazer o melhor para os pacientes”.

Fechado em seu setor, assoberbado em suas atividades da área da Enfermagem, sem participação efetiva nas reuniões, sem expor suas idéias sobre suas habilidades com artesanato (que ele citou na entrevista logo em seguida), tal técnico desconhece totalmente a condução feita pelos psicólogos, terapeutas ocupacionais e arte-terapeutas. Além de não saber como se dirigir aos pacientes, nem a quem perguntar sobre isso.

Por não saber o que fazer, muitos técnicos baseiam-se em suas crenças pessoais, seus gostos e motivações e levam aos pacientes aquilo que acreditam que irá fazer bem aos mesmos. A exemplo disso, muitas discussões vêm girando em torno da questão da religião como meio de cura, na medida em que membros da equipe que são evangélicos algumas vezes chegam a converter alguns pacientes, entendendo que o uso de álcool e outras drogas por parte de alguns usuários (que levam alguns pacientes a se reinternarem) são culpa do “inimigo”. Fui protagonista de uma situação delicada a esse respeito. Durante uma semana em especial, comecei a perceber que vários pacientes simultaneamente mencionavam conteúdos religiosos muito nítidos, como referências à Bíblia e a pastores e pregadores. Fiquei sabendo que, em todos os finais de semana, pastores de igrejas evangélicas compareciam no hospital para realizar sessões ou rituais de oração que chamavam a atenção de todos, no pátio interno, próximo às camas dos pacientes. Em reunião de equipe foi reafirmado pela diretoria o fato de que os pastores ou missionários eram, já há algum tempo, proibidos de entrar no pátio interno, visto que era de consenso que tais sessões pioravam muito o quadro dos pacientes. O modo como a oração é realizada evoca sessões de catarse ou hipnose, exacerbando o conteúdo fantástico da Bíblia. A diretoria tinha regulado a entrada de tais religiosos para que eles comparecessem aos finais de semana e para que fizessem suas orações somente no refeitório, local de visitação aberta. Este ato da direção gerou grande polêmica dentro da equipe, pois foi considerado um ato autoritário por parte da diretoria, impeditivo da democracia e da “elevação da alma”. Os mesmos técnicos, por algum motivo, não reconhecem os efeitos que as “sessões” tinham sobre os pacientes. A meu ver a ação da diretoria neste caso “furou” uma idéia maciça do que “faz bem”, possibilitando através da regulação deste gozo religioso, uma ordem desejante: participa da oração somente quem assim o desejar.

Outro modo de abordar os pacientes baseado em crenças ou sentimentos pessoais, que parece ser generalizado, é o da maternagem, ou seja, a maioria dos técnicos se posiciona em relação aos pacientes de modo que podemos a chamar de maternal. A resposta dos pacientes é audível ao, diariamente, sermos chamados de “tia” ou “tio”. Talvez isto se deva ao número de pacientes crônicos abandonados pelas famílias, que passaram a residir no Adauto Botelho, tornando-se totalmente dependentes da equipe de técnicos. A relação entre os técnicos antigos (principalmente da equipe de Enfermagem) e esses pacientes é muito estreita, quase que familiar. É nesta relação que vi a implicação de uma relação transferencial, porém os técnicos estão “engolidos” pela transferência sem fazer o manejo dela. Deste modo a relação deixa de ser clínica, não visa uma intervenção, o que torna difícil construir ou discutir em equipe a direção clínica dos casos que atendemos, na medida em que as ações são baseadas na afetividade ou na simpatia/antipatia mútua entre técnico e paciente.

Essa e outras questões acabam fazendo emergir um impasse entre a ética do Bem e o trabalho com o sujeito do Inconsciente. Há situações nas quais a emergência do sujeito se contrapõe ao direcionamento de ressocialização determinado pelo Ministério da Saúde. Cito o exemplo do caso em que eu e a outra psicóloga (também psicanalista em formação) ficamos sabendo que o Serviço Social estaria tentando mandar um dos pacientes para a Residência Terapêutica. Trata-se de um senhor, já com seus sessenta e poucos anos de idade dos quais passou boa parte no hospital psiquiátrico que, segundo o Serviço Social, “melhorou” e estava apto a conviver com outros numa casa, sem os cuidados hospitalares. De uns tempos para cá ele começou a juntar roupas sujas do “hamper”¹⁷⁴, andando com a trouxa como se fosse uma sacolinha no ombro. Eu, que não sou responsável pelos atendimentos aos pacientes do Posto II da Internação Masculina (mas sim do Posto I), fui chamada uma vez, de modo emergencial, para intervir nessa cena, já que o funcionário da lavanderia precisava levar as roupas sujas que estavam com o paciente. Tentei me aproximar do Sr. C. ao que ele respondeu com agressividade, dizendo que eu “não tinha nada a ver com isso”.

Em outro momento, a psicóloga que é responsável pelo atendimento dele percebeu que toda vez que este paciente fazia a trouxa de roupas sujas, passava a falar, quando na maioria das vezes parecia estar ausente e permanecia calado e passivo. Para o Serviço Social, ele estaria piorando porque não só passava a falar (xingar) como

¹⁷⁴ Nome do recipiente hospitalar onde se depositam roupas sujas.

também ficava arredio e rebelde às ordens institucionais, não podendo mais ser mandado para a Residência Terapêutica. Sob a perspectiva da Psicanálise podemos levantar a hipótese de que não era à toa que toda vez em que era suscitada a possibilidade dele ir para a Residência Terapêutica, ele passasse a xingar e ficar arredio, a partir do apoio deste apêndice de roupas sujas. Presumimos que, com ou sem trabalho clínico, algo no cotidiano da instituição causou a emergência de um sujeito. Tal sujeito ao comparecer com seu desejo, parecia necessitar de uma sacolinha, da qual ele não podia se soltar, para poder elaborar um trabalho subjetivo de separar de si o objeto, presentificado-o ao seu lado.

Fazer com que os internos cronificados deixem de morar no hospital para viver numa Residência Terapêutica é um processo muito delicado. Muitas vezes os sujeitos não suportam essa alteração tão radical em seu cotidiano e resistem, o que marca a diferença fundamental entre o bem almejado pela idéia de humanizar e ressocializar e o lugar do sujeito do Inconsciente. Sr. C. fez valer seu desejo, mostrando o quão invasiva podia ser para ele a benevolência do outro. Sob a perspectiva política, a direção da instituição é a de continuar tentando levá-lo a viver na Residência Terapêutica, sob a perspectiva clínica, é preciso poder trabalhar com ele que lugar ele tem nesta instituição e que lugar esta instituição tem para ele.

A minha insistência junto à equipe, com as questões da pesquisa, fez com que alguns técnicos fossem abrindo espaço para que pudesse sim haver uma reflexão coletiva sobre o trabalho articulada a elaborações teóricas existentes. A maioria deles revelou, em entrevista, sentir falta de um momento para a construção coletiva de casos e percebeu que, questionar sua ação cotidiana é instaurar um desejo de saber, possibilitando que essa construção aconteça. Assim, muito recentemente, conseguimos instituir um momento para estudo da clínica da psicose, com a finalidade de pensarmos, juntos, nosso modo de conceber os casos.

É importante ressaltar que Mato Grosso não possui residência em Psiquiatria ou saúde mental. Os médicos que trabalham no CIAPS fizeram residência em outros Estados ou são clínicos gerais com formação em saúde mental. A Associação Matogrossense de Psiquiatria só tem 23 membros e somente em 2005 foi a primeira turma de Mestrado em Enfermagem, possui como uma das linhas de pesquisa a saúde mental. Somente de 2006 para cá o CIAPS vem sendo utilizado como campo de estágio; faculdades particulares de Psicologia têm procurado semestralmente o CIAPS para inserção de alunos, bem como os cursos para técnicos de enfermagem.

A maioria dos técnicos iniciou seus trabalhos no CIAPS Adauto Botelho sem qualquer experiência em saúde mental. Alguns desses técnicos que hoje se encontram no Adauto buscaram capacitação na área na oportunidade em que houve uma especialização em saúde mental, no ano de 2005, ministrada por uma parceria entre UFMT e Fiocruz, concluindo uma única turma. Segundo uma das técnicas que cursou tal especialização, seu conteúdo temático não portava um enfoque clínico:

(...) Não tinha uma direção porque no momento o que estava em alta era a questão da ressocialização do paciente em forma de oficinas terapêuticas e atividades extra-muro, que são as atividades externas que nós fazemos e no momento era esse o foco. (...) Então era esse momento que a gente tava: tirar o paciente do hospital e colocar no serviço substitutivo, ressocializar ele...

Há cursos de extensão em Saúde Mental Pública em faculdades particulares e alguns cursos de capacitação oferecidos pelo próprio Estado aos servidores dos CAPS, mas não há uma sistematização de produção de saber nessa área ainda. Assim, poder instituir um momento para estudar a clínica da psicose, foi um salto de qualidade conquistado por toda equipe. Não temos, contudo, uma supervisão que, possa recolher os saberes produzidos, nem aparar as arestas dos efeitos de grupo, mas já considero um passo, um furo na totalidade da instituição em prol do desejo de saber. Talvez isto não fosse necessário, talvez cada técnico da equipe pudesse desenvolver sua escuta de modo singular, porém, durante o trabalho, estamos todos no coletivo conduzindo os mesmos casos. Nada melhor, então, podermos juntos tirar os tapões do ouvido para poder escutar os pacientes. Como apontou Figueiredo o trabalho em equipe é central nas “ações clínicas inovadoras que pretendem ir além do modelo de consulta médico-psicoterápica”¹⁷⁵. Neste mesmo artigo a autora ressalta a importância da supervisão continuada para a garantia do trabalho. Acreditamos que desta forma a equipe torna-se um poderoso instrumento de construção da clínica.

Concluindo há, a meu ver, uma importante função de um psicanalista em um hospital psiquiátrico. É a lembrar os colegas de equipe que nem a medicação, nem as técnicas de contenção física devem ser usadas para calar o sujeito, mas sim devem ser instrumentos que possam ajudá-lo a falar melhor. Já em 1911, Freud¹⁷⁶ mostrou que o delírio, para o psicótico, é uma construção que visa resolver o sofrimento e não se

¹⁷⁵ Figueiredo, A. C. C. - “Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial” in: *Op. Cit.*, 2005, p.45.

¹⁷⁶ Freud, S. - “Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (*dementia paranoides*)” [1911] in: *Op Cit*, vol XII, 1976.

constitui como a própria doença, assim o trabalho com o delírio deve ser parte primordial do tratamento. Somente incluindo este trabalho clínico é que posso pensar no engajamento deste hospital nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

CAPÍTULO IV

UMA NOVA POLÍTICA QUE PASSA PELA CLÍNICA

Neste último capítulo propomo-nos a tentar articular a discussão sobre a dimensão da clínica no campo da saúde mental pública, a partir de questões de interrogações sobre essa dimensão suscitada no cotidiano pelos próprios agentes da Reforma Psiquiátrica Brasileira aos fundamentos psicanalíticos, buscando contribuir para esta discussão. Para tanto é preciso levar em conta que a crítica ao modelo tradicional da clínica psiquiátrica fez com que o movimento das políticas públicas em prol da Reforma Psiquiátrica Brasileira passasse, muitas vezes, pela aversão à idéia de clínica. Apostando que o paradigma da clínica psiquiátrica seria sinônimo de rotulação, medicalização e segregação, muitas discussões colocadas pelos idealizadores da Reforma Psiquiátrica colocaram a clínica em xeque, ou mesmo em segundo plano.

Entendemos, diante de tudo o que foi discutido, que a clínica recusada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira é aquela que considera somente o organismo e suas reações químicas sob a administração de substâncias químicas, cuja radicalização é atualmente denominada pelos próprios psiquiatras engajados na reforma de “reducionista”. Além de reducionista esta seria uma clínica descontextualizada das questões do coletivo, das políticas públicas, enfim, da complexidade implicada nos casos de grave sofrimento psíquico. A aposta feita nesta pesquisa é a de que, diferente do que acontece na clínica tradicional, a descontextualização não é inerente à clínica psicanalítica. Trata-se de uma aposta de nossa parte, seguindo o exemplo de vários psicanalistas que trabalham em instituições públicas, pois a história da Psicanálise no Brasil, como vimos no capítulo II, inclui um movimento de recusa de alguns psicanalistas em relação à clínica estrita fora das circunscrições do consultório particular. De todo modo, os psicanalistas inseridos nas instituições públicas vêm mostrando grande implicação com as políticas públicas brasileiras e novas possibilidades se abrem neste encontro entre a Psicanálise e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, para ambos os lados.

Quanto à resistência à clínica psicanalítica por parte dos técnicos engajados na Reforma Psiquiátrica, lembremos que, desde a época em que Freud era convidado a falar sobre suas descobertas na clínica, causava estranhamento e desconfiança no meio científico, encontrava resistências quanto às contribuições científicas da Psicanálise. Já em 1916, em sua conferência “Psicanálise e Psiquiatria”, esclarecendo que não

pretendia convencer aos que eram resistentes às evidências clínicas trazidas à tona por seu método, Freud disse franca e simplesmente que “quem se opõe à Psicanálise não é a Psiquiatria, mas os psiquiatras”¹⁷⁷. Fazendo um paralelo com este enunciado de Freud, quase um século depois, a resistência à inserção e contribuição da Psicanálise no campo da saúde mental pública acabou se tornando doutrinária dentro do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, entretanto tal resistência pode se atualizar ou não, em um a um dos profissionais.

Muitas publicações surgiram nas últimas décadas sobre as experiências de psicanalistas em instituições públicas, contudo, há resistências a esta interlocução por parte dos próprios psicanalistas. Colocar-se nesta posição é negar o que Freud¹⁷⁸ mesmo imaginou para o progresso da Psicanálise em 1919, citado no segundo capítulo. Assim, para tentar sedimentar essa discussão, iniciamos por um ponto trazido à tona por Lacan, que se articula ao fato de que, na clínica psicanalítica, as noções de público e privado não se localizam mais em uma oposição entre si supostamente natural.

Diante do que foi elaborado nos capítulos anteriores, é possível concluir que a ética da Psicanálise não exclui, de modo algum, a dimensão da política. Lacan em “Função e campo da palavra e da linguagem”¹⁷⁹, texto de 1953, exige um posicionamento político dos psicanalistas, afirmando que é preciso estar implicado com as questões do coletivo e da política vigente, a ponto de alertar que quem não se interessa por isso não pode ser analista:

(...) que antes renuncie a isso, portanto quem não conseguir alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época. Pois como poderia fazer de seu ser o eixo de tantas vidas quem nada soubesse da dialética que o compromete com essas vidas num movimento simbólico.

Neste texto Lacan¹⁸⁰ demonstra que, a constituição do sujeito e a dialética do desejo não são individuais, ou seja, estão sempre referenciadas no Outro. Ali mesmo ele anuncia pela primeira vez a tese que o orientará na releitura de Freud e apresenta o axioma: “o Inconsciente é estruturado como linguagem”. Ele sublinha a linguagem em sua natureza histórica, enfatizando nela os traços fundamentais de uma cultura. Assim, o próprio Inconsciente porta os fundamentos da civilização e se estrutura de modo

¹⁷⁷ Freud, S. “Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (parte III) Conferência XVI - Psicanálise e Psiquiatria” [1916] in: *Op. Cit.*, vol. XVI, 1976, p. 301.

¹⁷⁸ Idem - “Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica” [1919], in: *Op. Cit.*, vol. XVII, 1976, p. 210.

¹⁷⁹ Lacan, J. - “Função e campo da palavra e da linguagem” [1953] in: *Op. Cit.*, 1998, p. 322.

¹⁸⁰ Idem, *Ibidem*.

político. Isto se evidencia no próprio texto e durante todo o ensino lacaniano a partir da afirmação “o desejo do homem é o desejo do Outro”. Desta forma, as oposições individual/coletivo, público/privado, interno/externo se dissolvem, pois Lacan¹⁸¹ revela o caráter *transindividual* do Inconsciente freudiano.

Lacan utiliza uma figura, em seu décimo seminário¹⁸², que demonstra que, no Inconsciente, o interno e o externo se articulam em continuidade e não em oposição. Essa figura, que deve ser pensada como instrumento palpável e não apenas um desenho, é chamada *Banda de Moebius*; trata-se de um recurso da Topologia, área do conhecimento à qual Lacan recorreu diversas vezes. Para entender sua importância é preciso tentar percorrer um dos lados da superfície da fita e ao final pode-se perceber que, por causa de uma torção, passa-se, sem sair do percurso, do lado de fora para o lado de dentro e assim sucessivamente.



A transindividualidade do Inconsciente evidencia também a dimensão política (no sentido etimológico da noção grega de *pólis* ou ligação com o público) ou social na formulação de uma demanda, causa principal da relação estabelecida na clínica, seja esta clínica exercida no serviço público ou no consultório particular. Fica aí evidenciada uma certa insustentabilidade da noção de que no *atendimento individual* - tão caro ao modelo tradicional de clínica - profissional e paciente estariam resguardados ou isolados da incidência do social. A Psicanálise aponta para o complexo laço social implicado no ato clínico, fazendo com que as configurações imaginárias de um consultório particular hermeticamente isolado percam sua importância, dando relevância à operação do real pelo simbólico¹⁸³.

Estes são, portanto, os dois pontos de partida para uma troca de contribuições entre a Psicanálise e a saúde mental pública: o fato de que o Inconsciente não é constituído de modo individual e o fato de que a clínica é estruturada a partir dos efeitos

¹⁸¹ Idem, *Ibidem*.

¹⁸² Idem - *O Seminário - A angústia* [1962-63], livro 10, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2005, p.110.

¹⁸³ Referência à designação que Lacan dá à práxis psicanalítica no Seminário 11, na p. 14, sobre a práxis analítica, já citada no capítulo II desta dissertação.

transindividuais do Inconsciente. A partir disso é possível concluir que a operação clínica na saúde mental não pode ser simplificada numa relação entre ciência e doença (que prevalece na clínica reducionista) ou mesmo numa relação dual intersubjetiva (que prevalece na clínica da Psicologia, por exemplo).

Na clínica da saúde mental pública, é preciso levar em conta o que está em jogo nas relações estabelecidas entre usuários, familiares, técnicos e sociedade em geral, não somente na dimensão burocrática dessas relações (encaminhamentos, documentos, número de vagas, etc.). A partir de nossa inserção nas instituições de saúde mental pública, percebemos que há algo estrutural nessas relações que permanece como campo gerador das maiores possibilidades, mas também de grandes dificuldades encontradas no tratamento. O complexo laço social ou enlaçamento estabelecido na clínica encontra articulação com o que Freud¹⁸⁴ conceituou como *transferência*, que é o que pretendemos abordar mais especificamente aqui.

A transferência é um conceito originado dentro da clínica psicanalítica, mas o próprio Freud¹⁸⁵ demonstrou que ela se passa também fora do tratamento psicanalítico, ou seja, é um fenômeno nodal do ser falante. Assim, este fenômeno pode ocorrer toda vez que se inicia um tratamento em saúde mental: há uma demanda e uma suposição de saber dirigida a alguém e a partir disto variadas possibilidades estão colocadas. Isto porque o campo dessas possibilidades está estruturado de acordo com a relação que o sujeito estabelece com o Outro. Estas possibilidades não são levadas em conta pela clínica reducionista, já que o que está em jogo nesta são os efeitos físico-químicos das medicações administradas e não a relação entre sujeito e Outro. Tais possibilidades podem tornar-se um grande impasse para a realização dos objetivos de ressocialização da clínica ampliada, já que, nem sempre o sujeito estará implicado em tal ressocialização, porque, como vimos, está antes implicado com os engodos de sua própria estruturação inconsciente.

Na clínica psicanalítica, a transferência, ao mesmo tempo em que se constitui como seu sustentáculo, representa um grande desafio e é causa de grandes investimentos no percurso da formação dos psicanalistas. Houve uma trabalhosa elaboração deste fenômeno por parte de Freud justamente porque, em suas próprias

¹⁸⁴ Freud, S. - "A dinâmica da transferência" [1912] in: *Op. Cit.*, vol. XII, 1976, p. 135-136.

¹⁸⁵ Idem, *ibidem*.

palavras “as únicas dificuldades realmente sérias que (os psicanalistas) têm de enfrentar residem no manejo da transferência”¹⁸⁶.

Pensando no serviço público de saúde mental, a emergência do sujeito e o modo como ele responderá ao que se oferece como possibilidade de tratamento dependem, por um lado, do modo como os profissionais ou os serviços se posicionam diante da demanda de extinção de sofrimento (ou inclusive da demanda de manutenção dele, como apontou Lacan¹⁸⁷, em trecho citado no primeiro capítulo). Por outro lado dependem também, em grande parte, do modo como se estruturou este sujeito – se psicótico ou neurótico e suas questões singulares na relação com o Outro – e a implicação dele no tratamento em questão. Além disso, a demanda de tratamento pode vir de outro lugar que não do próprio usuário da saúde mental: da família, da sociedade e das instâncias que a representam. O que deverá ocorrer no encontro destas duas vias, uma da demanda e a outra da oferta de tratamento e manejo desta demanda, é o que concerne à clínica em saúde mental pública. Muitas das questões que surgem na tentativa de elaboração e prática de um Projeto Terapêutico, nas relações do usuário com as instituições ou serviços da rede e seu “território”, bem como com os chamados Técnicos de Referência, estão diretamente relacionadas ao conceito de transferência.

Neste sentido, a aposta neste trabalho é de que a Psicanálise possa apontar, dentro da diversidade de saberes e práticas existentes no campo da atenção psicossocial, alguma direção para o manejo deste encontro a partir do conceito de transferência, dando subsídios teórico-metodológicos para este trabalhoso manejo clínico. Da mesma forma que a Psicanálise possa, a partir dos novos dispositivos abertos por este campo de trabalho, avançar, como vem avançando, nas questões da transferência na clínica da psicose e na clínica inserida nas instituições públicas.

IV.1 – A TRANSFERÊNCIA E O DESEJO DO ANALISTA

Para tratar aqui da contribuição da Psicanálise ao manejo clínico necessário ao trabalho em saúde mental, é preciso que esmiucemos um pouco mais alguns conceitos. O percurso que faremos neste capítulo deve seguir resumidamente os principais pontos da construção de dois conceitos fundamentais da prática clínica psicanalítica: a

¹⁸⁶ Idem - “Observações sobre o amor transferencial” [1914] in: *Op. Cit.*, vol XII, 1976, p. 208.

¹⁸⁷ Lacan, J. - “Psicoanálisis y Medicina”, in: *Intervenciones y Textos I*, Buenos Aires/AR: Ed. Manancial, 2002, p. 91.

transferência e o desejo do analista, desde as elaborações feitas por Freud, no início do século XX, seguida dos passos avançados por Lacan dos anos 50 a 60, nos quais está incluída a clínica da psicose. Quanto ao ensino lacaniano, não nos deteremos nas elaborações finais sobre a clínica da psicose, consideradas por muitos como uma nova clínica dentro da própria Psicanálise.

IV.1.1 – A transferência em Freud

Freud, em um período pré-psicanalítico, também trabalhou dentro das instituições psiquiátricas¹⁸⁸. Um trecho exemplar encontrado em seu texto “A dinâmica da transferência” mostra sua observação sobre o tratamento conferido aos internados:

(...) as instituições em que doentes dos nervos são tratados de modo não analítico, podemos observar que a transferência ocorre com a maior intensidade e sob as formas mais indignas, chegando a nada menos que servidão mental e, ademais, apresentando o mais claro colorido erótico.¹⁸⁹

Podemos presumir que estas instituições, às quais Freud se referiu, eram os manicômios. Do início do século para a atualidade, da realidade européia para a realidade brasileira, muitas diferenças e evoluções são consideradas no tratamento oferecido aos doentes mentais. Atualmente, na rede de atenção psicossocial brasileira, os serviços substitutivos portam a marca da abertura de novas possibilidades aos usuários de saúde mental e aos seus familiares. Por conta disso, existe uma expectativa de que os usuários e familiares estabeleçam novas relações ou, de que as mesmas relações sejam re-configuradas. De fato, se considerarmos o aspecto da ressocialização, é possível verificar que depois de quinze anos de Reforma, os usuários encontram novas possibilidades nos novos dispositivos de tratamento dos serviços de saúde mental. Mas se levamos em conta o Inconsciente, sabemos que as diversificações cotidianas, que estão no âmbito do imaginário, não garantem que haja uma mudança estrutural nas relações possíveis de um sujeito.

A clínica freudiana ensina que a transferência é um modo de relação específico a ser manejado na clínica e podemos presumir que ela pode servir como referência das relações que o sujeito vem estabelecendo, devendo ser trabalhada, para além da idéia compartilhada do que seja socializar-se. As elaborações de Freud¹⁹⁰ sobre ela, mostram

¹⁸⁸ É o que vemos no atendimento de Freud ao caso de Emmy von N. em 1889, por exemplo.

¹⁸⁹ Freud, S. – “A dinâmica da transferência” [1912] in: *Op. Cit.*, vol XII, 1976, p. 136.

¹⁹⁰ Idem - “Observações sobre o amor transferencial” [1914] in: *Op. Cit.*, vol XII, 1976.

que foi como um impasse que ele se deparou com a transferência, elaborando, então, um modo também específico de lidar com esse impasse. Ele se apercebeu de que tal impasse, paradoxalmente, tem as mesmas origens que os afetos que impulsionam o tratamento. Assim, a transferência é, ao mesmo tempo, impasse ou dificuldade e mola propulsora do tratamento.

Embora ocorra também fora do tratamento psicanalítico, na clínica o que ocorre entre seus partícipes depende de como se toma ou se maneja os seus fenômenos. Vemos que há diferenças fundamentais entre as noções de *sujeito* (para a Psicanálise) e *cidadão* (para as Ciências Sociais que baseiam os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira). Assim, presumimos que há também diferenças entre o manejo da relação estabelecida entre os usuários de saúde mental e os técnicos dos serviços, na condução da clínica ampliada e o manejo da transferência na clínica psicanalítica. Por isso a aposta é de que, na prática cotidiana, os saberes possam ser articulados.

Foi justamente por causa da emergência do sujeito e dos impasses que isso causou à clínica médica que a Psicanálise nasceu. Dito de outro modo, a Psicanálise começou a ser elaborada a partir de algo do paciente que insistia em atrapalhar ou surpreender o então cientista Sigmund Freud, que seguia os passos ditados pela Medicina de sua época. A partir de tais impasses, Freud precisou criar uma metodologia própria para lidar com seus pacientes e chegou à conclusão de que a transferência é determinante da clínica, ou seja, Freud deu a ela o estatuto de condição fundamental para que o dispositivo clínico aconteça.

Em seus primeiros casos, Freud não tomava os efeitos da transferência como uma questão relevante, pois ele trabalhava não com o método psicanalítico, mas sim com o método de Charcot, a hipnose. Com Josef Breuer, principal parceiro de Freud no tratamento da histeria, a relação transferencial se evidenciou quando sua paciente Anna O., da qual tratou entre os anos de 1880 e 1882, desenvolveu uma gravidez psicológica, o que se faz saber na comunidade psicanalítica e que leva Breuer a mudar-se de cidade, engravidando em seguida sua própria esposa¹⁹¹.

No início de sua obra¹⁹², Freud dava grande importância às reações do paciente frente à figura do médico, porém, com o método hipnótico o paciente permanecia em estado totalmente passivo às sugestões do médico. Na hipnose não é o próprio sujeito

¹⁹¹ Referência ao caso de Anna O., escrito por Breuer e publicado no vol. II da Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud, Editora Imago, 1976.

¹⁹² Freud, S. - "Casos Clínicos - Caso 2 – Srta. Emmy von N." in: *Op. Cit.*, vol II., 1976.

quem trabalha, pois o que opera é a sugestão dada pelo analista. Por indicação da própria paciente “Emmy von N.”, com a qual Freud relata fazer mais uso do método catártico que hipnótico, que lhe pede para que não dirigisse sua fala ou lhe perguntasse sobre “isso ou aquilo”, deixando-lhe falar livremente, Freud substituiu a hipnose pela “nova técnica”¹⁹³. A técnica psicanalítica passa a se fundamentar na *associação livre* como regra fundamental, pela qual o paciente é convidado a falar, fora do estado passivo de hipnose, o que lhe vier à cabeça, tentando não se preocupar com a tendência de censura que pode lhe acometer a respeito de alguns pensamentos. Porém, algo acontece aí que impede que este conteúdo seja recordado e exposto pela fala, mas que revela o Inconsciente de modo real e atual.

É aí que Freud equivale a transferência, que deveria ser um facilitador do trabalho da análise à *resistência mais poderosa* a ele. Na clínica, podemos confirmar este fenômeno quando, a partir do momento em que o paciente fala do que ele considera mais caro a ele ou de uma questão que diz ser crucial, “coisas estranhas” começam a acontecer. Ele pode faltar à sessão, esquecer dela ou do horário, iniciar um sintoma no corpo, demandar coisas ao analista, enfim, de modo inconsciente, a resistência surge como obstáculo ao próprio tratamento.

A partir dessa descoberta Freud conclui que o trabalho exercido na análise não ocorre somente através da recordação do conteúdo inconsciente por parte do analisante. A resistência, que impede a recordação, deve fazer parte do tratamento, como um instrumento, pois surge a partir do próprio encontro entre médico e paciente.

Quando começou a tratar d’“A dinâmica da transferência”, em 1912, Freud demonstrou o quanto os fenômenos que surgem dela representam grandes dificuldades ao psicanalista, porém tentou mostrar que são essas mesmas dificuldades que “prestam o inestimável serviço de tornar imediatos e manifestos os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente”¹⁹⁴. No ano seguinte, em sua próxima publicação sobre o assunto, a transferência deixa de ser “mais um instrumento” ao tratamento e passa a ser imprescindível. Freud¹⁹⁵ alerta para o fato de que não se deve interpretar sem a transferência, ou seja, ela é o único meio de trabalho possível ou sua condição fundamental. Neste momento de sua obra, ele divide a transferência em positiva (a facilitadora do tratamento) e negativa (na qual o paciente coloca o analista no lugar de

¹⁹³ Freud, S. – “Recordar, repetir, elaborar” [1914] in: *Op. Cit.*, vol. XII, 1976.

¹⁹⁴ Idem - “A dinâmica da transferência”, [1912] in: *Op. Cit.*, vol XII, 1976.

¹⁹⁵ Idem - “Sobre o Início do Tratamento (Novas Recomendações Sobre a Técnica da Psicanálise I)” [1913] in: *Op. Cit.*, vol XII 1976.

inimigo). No caso dos paranóicos, que elegem um perseguidor que poderá estar na figura do analista, Freud faz a ressalva de que enquanto houver a “transferência negativa (...) deixa de haver qualquer possibilidade de influência ou cura”¹⁹⁶.

Em 1914, no texto “Recordar, repetir e elaborar”¹⁹⁷, Freud diz que a transferência é uma atuação, uma forma de o paciente vivenciar sem saber o que deveria recordar. Surge aí a idéia de que a transferência substitui os sintomas neuróticos, fazendo com que Freud conceitue um novo tipo de neurose: a “neurose de transferência”. É o próprio analista, então, quem se oferece para que essa substituição aconteça e os problemas que o paciente trouxera no início são substituídos por este “novo problema”, a partir da transferência. Aí Freud aponta para uma questão que se faz atual na clínica: a transferência como uma nova forma de satisfação, que discutiremos no próximo tópico deste capítulo acerca da relação dos usuários com os serviços de atenção psicossocial.

Em seguida, Freud¹⁹⁸ indica que a resposta ao amor devotado por parte do paciente ao analista deve ser a abstinência da satisfação ou correspondência deste amor. Na Conferência XXVII Freud alerta para o fato de que o analista não deverá conduzir a vida do paciente neurótico. Quanto aos psicóticos, Freud se mostra pessimista quanto às possibilidades da análise:

(...) Esses pacientes, paranóicos, melancólicos, sofredores de demência precoce, permanecem, de um modo geral, intocados e impenetráveis ao tratamento psicanalítico. Qual seria a razão? Não é falta de inteligência. (...) Deparamos, aqui, com um fato que não compreendemos, e que, portanto, nos faz duvidarmos de que realmente compreendemos todos os fatores determinantes de nosso possível êxito em outras neuroses.¹⁹⁹

Nesta conferência Freud aponta para o fato de que aqueles que “sofrem de neuroses narcísicas não têm capacidade para a transferência”²⁰⁰. Neste caso as psicoses foram denominadas de neuroses narcísicas justamente porque são marcadas pelo não estabelecimento de relação com o mundo externo, ou seja, o sujeito não investe suas pulsões senão em si mesmo. Ocorre uma “fixação” dos investimentos pulsionais em pontos muito primários do percurso lógico das pulsões, como o auto-erotismo e o narcisismo. O estabelecimento (ou não) da transferência passa a ser instrumento para a

¹⁹⁶ Idem - “A dinâmica da transferência” [1912] in: *Op. Cit.*, vol XII, 1976, p. 142.

¹⁹⁷ Idem - “Recordar, repetir e elaborar” [1914] in: *Op. Cit.*, vol. XII 1976, p. 196.

¹⁹⁸ Idem - “Observações sobre o amor transferencial” [1914-1915] in: *Op. Cit.*, vol XII, 1976, p. 214.

¹⁹⁹ Idem - “Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise (Parte III) Conferência XXVII - ‘A transferência’ [1916-1917] in: *Op. Cit.*, vol XVI, 1976, p.511.

²⁰⁰ Idem, ibidem, p. 520.

realização de diagnóstico diferencial. Mas é importante ressaltar que ele considerou que os psicóticos “já empreenderam tentativas de recuperação, por sua própria conta, que conduziram a resultados patológicos”²⁰¹, ou seja, o delírio já é um processo de tentativa de saída do conflito.

No que diz respeito à relação entre psicanalista e paciente Freud destaca em sua análise das memórias de Schreber²⁰² a relação transferencial existente entre este e seu médico. Tal relação estaria no cerne de seus fenômenos psicóticos. Estes apontamentos sobre a transferência na clínica da psicose feitos por Freud são deixados de lado por ele mesmo e seus discípulos, que passam a centrar a questão das psicoses em torno da noção de narcisismo.

Nas inúmeras passagens em sua obra que fazem referência à psicose, lê-se claramente que a clínica tal como é construída para o tratamento das neuroses não pode ser aplicada à psicose, ainda que, desde o início de seu trabalho²⁰³ ele acredita poder superar a contra-indicação, mediante avanços necessários à clínica das psicoses.

As possibilidades de realização da clínica da psicose chegaram até nós por meio da aposta de Jacques Lacan, que iniciou esse desafio ouvindo, no discurso dos psicóticos, importantes e específicos fenômenos de linguagem, como vemos em suas elaborações iniciais no Seminário 3²⁰⁴, propondo um lugar ao analista no acompanhamento da tentativa de saída do conflito na psicose.

IV.1.2 – O avanço lacaniano e a questão preliminar para o tratamento possível das psicoses

O avanço feito por Lacan neste impasse em relação aos psicóticos ocorreu, dentre outros fatos, a partir de sua escuta dentro das instituições nas quais trabalhava como psiquiatra. Influenciado por Clérambault, a quem atribuía a clínica psiquiátrica em sua melhor prática, Lacan, desde sua tese de doutorado intitulada "Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade"²⁰⁵, mais conhecida como “O caso Aimée”, revelou que há um lugar para o analista frente à construção delirante de um psicótico. Para mostrar que este lugar é possível, foi necessário a Lacan o resgate aos fundamentos da clínica psicanalítica, recolocando o lugar do analista como o lugar

²⁰¹ Idem, *ibidem*, p. 520.

²⁰² Idem - “Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (*dementia paranoides*)” [1911] in: *Op Cit.*, vol XII, 1976.

²⁰³ Idem – “Sobre a Psicoterapia” [1904-1905] in: *Op. Cit.*, vol. VII, 1976, p. 274.

²⁰⁴ Lacan, J. – *O Seminário – As psicoses* [1955-56], livro 3, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1997.

²⁰⁵ Idem – *Op. Cit.*, 1987.

vazio de significações.

Lacan revela que a transferência vinha sendo tratada até então pelos psicanalistas pós-freudianos como um afeto a mais entre outros, dirigido ao analista pelo analisante. A relação analítica, como vimos, era concebida por seus contemporâneos como uma relação inter-subjetiva, na qual o que era trabalhado se relacionava às implicações imaginizadas desta relação. Para Lacan o conceito de transferência não é atribuído somente aos afetos devotados ao analista por parte do paciente²⁰⁶, ao qual corresponderia uma “contratransferência” do lado do analista. Ele toma a transferência como um campo no qual estão juntos analista e analisante, porém em posições dissimétricas e díspares. Dividir este fenômeno em transferência e contratransferência somente faz com que se escape de tratar a questão. Assim sendo, é somente dentro do campo da transferência que a interpretação pode operar, como recomendou Freud²⁰⁷, ou seja, somente neste campo é que pode haver algum tipo de intervenção. Assim, o analista não interpreta “a” transferência como um fenômeno que provém do paciente, mas sim interpreta “na” transferência, como um campo no qual está inserido.

Lacan dedicou todo um Seminário²⁰⁸ para falar do amor de transferência produzido na relação analítica, mas foi no Seminário 11²⁰⁹ que ele colocou a transferência como um dos quatro conceitos fundamentais da Psicanálise. Desde o início de seu ensino o pilar da lógica do que ele lê em Freud é a pressuposição da existência de um Outro como prévio ao sujeito. Assim a própria constituição do sujeito se dá a partir da tentativa de responder ao desejo do Outro, suposto pelo sujeito.

Segundo Lacan, quando o analista entra no circuito do desejo do sujeito neurótico, este lhe endereça uma demanda. Esta demanda comporta uma suposição de que há um sujeito que sabe a respeito da significação de seu enigma ou seu sofrimento. Esta suposição se dirige ao analista. Aí entra em jogo o que Lacan conceitua como “Sujeito suposto Saber”²¹⁰, conceito que posteriormente situará como pivô da transferência. Deste modo, na análise há somente um sujeito: o suposto saber, que não coincide nem com o analisante, nem com o analista, mas depende desse encontro. Levando em conta que esta suposição de um sujeito que sabe ou a demanda dirigida a alguém ocorrem em quaisquer espaços, Lacan mostra que é preciso que o analista se

²⁰⁶ Lacan, J. – *Op. Cit.*, 1996, p. 219.

²⁰⁷ Freud, S. - “Sobre o Início do Tratamento (Novas Recomendações Sobre a Técnica da Psicanálise I)” [1913] *in: Op. Cit.*, vol.XII, 1976, p. 187.

²⁰⁸ Lacan, J. - *O seminário - A transferência* [1960-61], livro 8, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1992.

²⁰⁹ Idem – *Op. Cit.*, 1996.

²¹⁰ Idem – *Op. Cit.*, 1992, p.262.

posicione de um modo específico para que ocorra aí um tratamento analítico e não mais uma relação a mais dentre todas as outras estabelecidas pelo sujeito.

O amor devotado do sujeito para o analista segue o mesmo trilho do amor dirigido ao Outro. Se há Sujeito suposto Saber, o que ocorre é transferência, porque sua instalação, faz surgir o amor dirigido ao saber. Porém se há desejo de fazer disso um campo no qual o sujeito possa trabalhar suas questões (ou seja, desejo que a análise se dê por parte de quem se propõe a ouvir) o analista não irá corresponder a essa demanda amorosa. Segundo Lacan, o amor dirigido ao saber se apresenta como um “fechamento do inconsciente ao trabalho de análise”²¹¹, produz uma significação caracterizada como sendo a própria resistência. Como vimos, o sujeito se funda na hiância, ou falta-a-ser, ou mesmo na incompletude de sua relação com o Outro e é isso que se atualizará na transferência, é esse engodo que a análise deverá visar. Essa falta-a-ser na qual o sujeito se constitui também funda o desejo. A transferência virá tentar tamponar essa fissura, conseqüentemente fazendo evaporar o desejo. O amor dirigido ao saber faz cessar o trilhamento do desejo e a função do analista é fazer com que a pulsão aí “parada” volte a se engatilhar.

Desde 1953, no texto “A direção da cura e os princípios do seu poder”²¹² Lacan assinala que a transferência se apresenta como algo novo (e não como um velho conteúdo reeditado) a partir da inclusão do analista como uma novidade. Esta elaboração fica mais evidente em seu Seminário 11, no qual ele aponta que a transferência não se constitui da atualização de algo que se tenha vivido no passado, mas sim da atualização da realidade do Inconsciente. O analista possibilita para o analisante atualizar, na relação com ele, a via da pulsão. Tal via inclui esse elemento novo, o analista, que a encaminha na experiência clínica como um dispositivo de tratamento: a presença do analista e de seu desejo. A partir dessas elaborações Lacan aponta que a relação analítica é diferente de todas as outras, visto que não se trata de uma relação intersubjetiva.

Quando Freud recomenda abstinência ao analista, não está com isso recomendando a abstinência do desejo, mas sim que aquele que encarna a função de analista abra mão de querer que o analisante se “cure”, ajudando-o bondosamente. Recomenda que ele abra mão de suas idéias e seu juízo egóico, não “tomando partido” por um dos termos do conflito inconsciente. Por isso ele deve estar em atenção flutuante

²¹¹ Lacan, J. - *Op. Cit.*, 1996, p. 136.

²¹² Idem - “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” [1953], *in: Op. Cit.*, 1998, p. 596

para deixar-se surpreender. A fissura sobre a qual o sujeito se constitui impõe uma suspensão ao analista: não se deve suturar o conflito psíquico com um rompante interpretativo, pois tentar suturar a fissura ou tamponar a falta, dando a ela significações, não passaria de uma variante da sugestão ou do adestramento educativo. Quanto a isso, Freud declara que no trabalho com o Inconsciente “a ambição educativa é de tão pouca utilidade quanto a ambição terapêutica”²¹³. Além disso, o atendimento à demanda de amor feita pelo sujeito reforça e dá sentido à resistência.

Sustentar o trabalho analítico sem corresponder às demandas ou agressividades vindas do analisante depende de um desejo diferenciado, o desejo do analista. No Seminário 11²¹⁴ Lacan situa este desejo como aquilo que traz de volta o que da pulsão desvia a demanda (que é a transferência) e o articula àquilo em que cada psicanalista se referencia no desejo de Freud. Lacan, conceituando o desejo do analista a partir do que ele indica como formação de psicanalistas em sua Escola de Psicanálise, situa-o como um desejo que se depura do processo analítico, já que, segundo ele, o final de uma análise produz um analista, pois o analista “se autoriza de si mesmo”²¹⁵. Portanto este desejo não é mais o mesmo desejo decorrente da estruturação da neurose, que se articula ao sintoma, à fantasia e a todas as manifestações do Inconsciente. Trata-se de um novo desejo, que aparece após todo o trabalho com a relação transferencial, ou seja, quando se resolve o que sustentava um analista e um analisante. Na clínica ele é equivalente ao desejo de que a análise aconteça, presentificando um enigma ao analisante. O desejo do analista é em última instância o que opera a Psicanálise e o analista funciona como aquele que dá garantias da existência do Inconsciente, isto é, o fato de que o analisante não fala em vão porque a associação livre possui uma causa.

Para Lacan, desde o início de seu ensino, tudo o que intervém suspendendo, destruindo ou interrompendo a continuidade do tratamento está do lado do analista. A resistência se expressa quando o analista não se atém à realidade do discurso, mas, a realidade factual, empurrando o analisante para o *acting out*, ou para a realização da transferência fora de sua presença.

Quando nos remetemos à clínica da psicose, é preciso re-situar a função do analista em causa nesta clínica, sem perder de vista a ética da Psicanálise. Para pensar o lugar do analista, relembremos junto com Quinet que “a ética da Psicanálise nos mostra

²¹³ Freud, S. – “Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise” [1912] in: *Op. Cit.*, vol. XII, 1976, p. 158.

²¹⁴ Lacan, J. – *Op. Cit.*, 1996, p. 123.

²¹⁵ Idem – “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola” in: *Op. Cit.*, 2003, p. 257.

que quem ensina é o sujeito da fala, e para ser ensinado, foi Freud dócil às histéricas e Lacan aos loucos.”²¹⁶

Mas como situar a psicose em relação à instauração da função do Sujeito suposto Saber, inerente ao conceito de transferência? A problemática se encontra no fato de que, se a questão da neurose é estar sempre às voltas sobre o que quer o Outro dele, na psicose a questão que concerne ao sofrimento psíquico é justamente o contrário: o Outro sabe e diz o que quer dele, numa certeza delirante. É frente a uma relação com um Outro coeso e não barrado, que o analista irá se posicionar na psicose.

Quando Lacan introduziu em 1956 a questão preliminar concernente à possibilidade de tratamento para a psicose, estava justamente se referindo à manobra da transferência. Ele se mostra ainda submetido ao impasse sobre a instauração da transferência na psicose, deixado por Freud:

Deixaremos esse ponto, por ora, essa questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses, que introduz, como vemos, a concepção a ser formada do manejo, nesse tratamento, da transferência. Dizer o que podemos fazer nesse terreno seria prematuro, porque seria ir, agora, “para- além de Freud”, e não se trata de superar Freud quando a psicanálise segundo Freud, como dissemos, voltou à etapa anterior. Pelo menos, é isso que nos afasta de qualquer outro objetivo senão o de restaurar o acesso ao que Freud descobriu. Pois usar a técnica que ele instituiu fora da experiência a que ele se aplica é tão estúpido quanto esfalfar-se nos remos quando o barco está encalhado na areia.²¹⁷

Este início do ensino lacaniano, marcado pela retomada da obra freudiana, passo a passo vai apontando direções para trilhar no tratamento das psicoses. Pensamos na terminologia no plural de psicoses, pelo fato de que há diferenças nos modos de estruturação psicótica que constituem o autismo, a esquizofrenia e a paranóia. Como abordado no segundo capítulo desta dissertação, o que situa estas três modulações clínicas dentro do enquadramento de uma mesma estruturação (a psicótica) é o mecanismo da *Verwerfung*, traduzido de Freud por Lacan como o mecanismo de forclusão.

A partir da leitura de Lacan do “Caso Schreber”, relembramos que, frente ao abismo de significações que assola o psicótico, um dos recursos possíveis na psicose, nos casos de paranóia, é o delírio, como tentativa de cura. A partir disso é que Lacan toma o delírio como ancoragem à transferência na psicose:

²¹⁶ Quinet, A. – Teoria e Clínica da Psicose, Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1997, p. 155.

²¹⁷ Lacan, J. – “De uma questão preliminar para todo tratamento possível da psicose”, in: *Op. Cit.*, 1998, p. 590.

O delírio pode ser considerado como uma perturbação da relação com o outro, e ele está portanto ligado ao mecanismo transferencial. Mas, quis mostrar-lhes que ele se achara em todos os seus fenômenos, e creio mesmo poder dizer em sua dinâmica, em referência às funções e à estrutura da fala. Também aí, trata-se de liberar esse mecanismo transferencial de não sei que confusas relações de objeto.²¹⁸

A transferência nestes casos deverá ser tomada de modo específico, como alertou logo no início neste mesmo Seminário:

(...) uma transferência que não deve, sem dúvida, ser tomada inteiramente no sentido em que entendemos comumente, mas é alguma coisa dessa ordem ligada de maneira singular àqueles que tiveram que cuidar dele (Schreber).²¹⁹

O fato de que o lugar do analista na transferência deve ser vazio de significações, não correspondendo à demanda, independe da estruturação do analisante, se neurótica ou se psicótica. Não obstante, no decorrer do ensino lacaniano, o analista terá estatutos diferentes diante do psicótico, de acordo com o modo que Lacan toma a constituição do sujeito na psicose. Ainda no Seminário 3 Lacan adverte para o cuidado em se tomar pré-psicóticos em análise, ou seja, propor a regra fundamental, apontando para a ambigüidade do significante, faz com que o psicótico que nunca surtou perca as balizas imaginárias que o sustentam e surte. É neste sentido que Lacan propõe ao analista ser um “secretário do alienado”²²⁰, ou seja, ser um testemunho junto ao psicótico para a construção deste delírio, auxiliando-o a manejar o destino desta construção simbólica.

Para ser “secretário do alienado”, o analista jamais poderá ocupar o lugar de agenciador do objeto *a*, como na clínica das neuroses, pois isso traria conseqüências desastrosas. Isto porque, como vimos, a significação na psicose não é marcada pelo engano, próprio da equivocidade do significante. Na psicose, a significação do delírio é tomada como totalizante, está colada à certeza. Com isso o delírio não tem abertura à dimensão do enigma, por isso aquele que se propõe a tratar do psicótico não poderá estar no lugar de semblante de objeto *a*.

Há um saber em jogo, mas este saber na psicose não é suposto, é certo. O saber não é demandado ao Outro, pois o Outro já é possuidor deste saber e submete o sujeito. A partir disso Maria Sílvia Hanna propõe o termo “Sujeito certeza de Saber”²²¹ como

²¹⁸ Lacan, J. – *Op. Cit.* 1997, p. 349.

²¹⁹ Idem, *ibidem*, p. 41

²²⁰ Idem, *ibidem*, p. 235.

²²¹ Hanna, M. S. G. F. – *A transferência na psicose: uma questão*, Tese de Doutorado em Teoria da Psicanálise UFRJ, dez. 2000, p. 142 (mimeo).

pivô da transferência na psicose, a partir do qual se articulam os fenômenos do amor e da sugestão. Tomemos tal proposta aplicada aos casos de paranóia, pois nos casos de esquizofrenia o sujeito encontra-se em perplexidade frente ao Outro. A importância da indicação da autora é que tal certeza inerente na paranóia não significa um impedimento maior ao tratamento psicanalítico do que o “não querer saber de seu sintoma”, inerente à clínica da neurose.

A certeza a partir do delírio que o psicótico constrói é a de que ele mesmo é objeto do gozo tirano do Outro. O real que invade o sujeito o impele a tentar integrar o estranho, isto que pertence ao sujeito, mas que ele não reconhece, porque vem de fora, na medida em que foi foracluído. Na sua posição de objeto do gozo do Outro, o psicótico está submetido a uma significação que o ameaça e é assim que ele pode se oferecer na relação transferencial. Aquele que se propõe a tratar um psicótico pode ser colocado por ele no lugar de seu perseguidor, daquele que sabe sobre ele e goza com isso e este lugar que deve ser evitado.

Se a demanda é uma das formulações implicadas na transferência de neuróticos, como vimos, na psicose ela não é formulada da mesma forma ou, na maioria das vezes, é inexistente. É preciso um trabalho ou um tempo a mais junto ao psicótico para que haja a mínima busca de algo que faça mediatizar sua submissão ao gozo do Outro ou seu encontro com o real, encontro que ocorre, por exemplo, nos fenômenos elementares. Assim a possibilidade da técnica analítica com psicóticos deriva da possibilidade de colocar-se no lugar de aniquilador de tal gozo mortífero. Aqui cabe a elaboração de Sonia Alberti²²² sobre a direção possível ao tratamento de psicóticos de que “se o desejo barra o gozo, então o desejo do analista pode barrá-lo na transferência”. O desejo estará dirigido a fazer com que a pressão exercida pelo gozo sem limites se transforme em causa de trabalho.

Lacan indica, no final de seu ensino, que trabalhar na clínica a partir real do gozo é o que possibilita o lugar do analista frente a outros modos de psicose nos quais o delírio não se constitui, como no autismo e na esquizofrenia. No caso do autismo, as últimas experiências conhecidas de trabalho clínico mostraram a inviabilidade da relação transferencial em uma relação dual. Di Ciaccia²²³ aponta para o fato de que o fundamento da “prática entre vários” está baseado no modo de relação que os próprios sujeitos psicóticos estabelecem com o Outro. Dito de outro modo é um meio de ampliar

²²² Alberti, S. – “Apresentação” in: Alberti, S. (org) – Op. Cit., 1999, p. 10.

²²³ Di Ciaccia, A. - “A prática entre vários”, in: *Altoé, S. & Melo, M. (orgs) Op. Cit.*, 2005, p. 41

o dispositivo tradicional, justamente para possibilitar a transferência. Nos casos de autismo o Outro não está plenamente constituído, bem como o objeto e o próprio sujeito estão em curto-circuito. Esse Outro não subjetivado aparece de fora, concreto e absoluto, o que faz com que, a dois, esse Outro seja intensificado. Por isso, é preciso tentar fazer uma separação mínima entre ele e o objeto e, com isso, afastar-se minimamente do gozo mortífero do Outro. Em primeiro lugar tal relação exige que se permita a fragmentação do Outro através da diluição da transferência entre vários (“prática entre vários”). Em segundo lugar exige que se mantenha atento ao trabalho próprio do autista, sem qualquer proposição ou saber inicial, já que o saber, como vimos no capítulo II é correlato ao gozo. Santos & Elia²²⁴ referem que o modo de trabalho no coletivo é o mais indicado para tratar o autismo, contrapondo a primazia do atendimento entre quatro paredes e entre duas pessoas. Os técnicos dos serviços, estando presentes concomitantemente, devem aceitar tornar-se parceiros dos autistas, para operar sobre o real “partidas” decisivas, a cada vez, com cada um. Essa parceria visa dar continuidade ao trabalho que o autista já havia começado, tentando definir, a partir da condição significativa, os objetos que ele usa (manipula, balança, quebra, monta e desmonta), fazendo com que essas manipulações sejam metáfora de sua posição subjetiva.

Para Di Ciaccia²²⁵ a “prática entre vários” pode ser um dispositivo para a clínica todas as vezes que o gozo mortífero se apresente, como nos casos de bulimia, anorexia, toxicomania. Presumimos, portanto, a importância de tal dispositivo para as reflexões do trabalho em equipe nos serviços da rede de atenção psicossocial, mesmo que não atendam crianças autistas ou psicóticas.

É importante destacar que a intenção nesta dissertação não é a de trabalhar minuciosamente o conceito de transferência especificamente aplicado à clínica da psicose, mas sim a de podermos fazer uso deste conceito para elaborar questões relativas à relação do usuário de saúde mental pública, seja ele neurótico ou psicótico, com a rede de serviços de saúde mental. Nesta relação estão implicadas, além da questão da transferência na psicose, questões relativas à transferência voltada à instituição ou à Lei como um signo de saber, bem como a demanda formulada por um outro que não o sujeito da loucura. Estes pontos serão mais adiante abordados. A proposta aqui é não perder de vista as incidências da ética da Psicanálise no manejo transferencial feito nos serviços de saúde mental públicos.

²²⁴ Santos, K. W. & Elia, L. – “Bem dizer uma experiência” in: *Op. Cit.*, 2005, p. 120.

²²⁵ Idem, *ibidem*, p. 54.

IV.2 – A RELAÇÃO DO USUÁRIO COM A REDE DE SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL

Nossa preocupação quanto à relação do usuário com a rede de serviços em saúde mental se deve ao fato de que as próprias mudanças na assistência, que propunham colocar o usuário como protagonista de seu tratamento, muitas vezes vêm desconsiderando o que, dessa relação, diz respeito ao sujeito. Por isso é importante situar o direcionamento tomado pelos serviços a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira para compreendermos em que ponto o sujeito acaba sendo excluído.

A rede substitutiva de cuidados tem no combate à exclusão dos usuários de saúde mental sua principal referência. A Reforma Psiquiátrica ao implantar políticas públicas para realizar a chamada substituição ao manicômio, operou em duas vias, sendo a primeira voltada para a ampliação dos modos de atenção ao usuário de saúde mental, ou seja, ampliação da clínica tradicional, criação de recursos e dispositivos alternativos que envolvam não somente o tratamento em si, mas também aspectos da vida social do usuário como esporte, lazer e cultura. Por isso mesmo a mudança de nomenclatura de “saúde mental” para “rede de atenção psicossocial”.

A segunda via de substituição constitui-se na ampliação geográfica e de redistribuição das funções dos serviços, ou seja, a responsabilidade pela atenção psicossocial passa a ser de diversos tipos de serviços, em diversas localidades dentro dos municípios. Esta noção surgiu em contraposição à lógica manicomial, que definiu que, na maior parte do Brasil, os hospitais psiquiátricos ou colônias para loucos fossem construídos fora da cidade, fora do espaço público. A partir dessa redistribuição o hospital psiquiátrico ou a internação psiquiátrica deixa de exercer o papel principal dentro da rede de atenção psicossocial. Mais ainda, toda a rede SUS é convocada a acolher os usuários de saúde mental em suas diferentes demandas e situações, sendo elas relativas especificamente ao seu sofrimento psíquico, ou não. O mesmo usuário de saúde mental pode ser atendido, por causa de seu sofrimento psíquico, em várias modalidades de serviço: desde os CAPS, até os hospitais gerais. Há, deste modo, uma gama de diferentes ofertas de tratamento possíveis e demandadas, dependendo do que se apresenta como manifestação de um sofrimento e dos cuidados que essa manifestação exige naquele determinado momento. Tais ofertas se configuram, além da internação, como o atendimento multidisciplinar de alta complexidade (realizado nos CAPS), o

atendimento em ambulatórios, bem como o acompanhamento pelos técnicos dos Programas Saúde da Família (PSFs) e Programas de Agentes Comunitários (PACs) e as campanhas e eventos sociais que levam a nova política de atenção psicossocial à sociedade em geral.

Segundo Pedro Gabriel Delgado²²⁶, no início as mudanças implantadas pelas políticas públicas tinham como principal intuito mudar a lógica de descontinuidade do tratamento que ocorria no pós-alta hospitalar. Este momento do tratamento, considerado hoje como de fundamental importância para evitar o ciclo de reinternações do usuário, não era tomado em sua importância. O recém egresso do hospital tinha que esperar em média 60 dias para estar na presença de algum profissional de saúde, nos ambulatórios. Além disso, o tipo de tratamento oferecido nos ambulatórios exige que o usuário tenha autonomia e segurança para “deambular”, além de exigir uma estrutura familiar que sustente a continuidade deste tratamento. Para a realidade de um usuário que acabou de sair de uma internação psiquiátrica, que se constitui, muitas vezes, em um rompimento familiar, tais requisitos estão fragilizados. A proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira passou a ser a de tornar a atenção psicossocial uma ação a ser realizada fora do hospital enquanto instituição fechada: no espaço público, nos bairros, junto à família e à comunidade. Assim, iniciou-se uma rede de serviços de *base territorial*.

A noção de território utilizada no Brasil está referenciada na Psiquiatria Democrática Italiana, bem como na Psiquiatria de Setor francesa e na Psiquiatria Preventiva norte-americana. Na transposição das experiências italiana, francesa e norte-americana para o Brasil, foram deixados de lado os pontos nos quais tais experiências geraram críticas em seus países de origem. Um dos exemplos que podemos citar é a experiência norte-americana fundamentada na tese preventivista e de intervenção social de Gerald Caplan²²⁷. Na análise de Joel Birman e Jurandir Freire Costa a Psiquiatria Preventiva, implantada nos Estados Unidos, foi a grande norteadora das diretrizes da Organização Mundial de Saúde, que, por sua vez, lançou as diretrizes das Reformas Psiquiátricas aos países latino-americanos. Segundo os autores, o trabalho de Caplan fundamenta-se na Psicologia Behaviorista, incluindo noções do setor militar norte-americano pelas quais os indivíduos devem se readaptar a situações de crise e dificuldade, bem como está fundamentada nas noções de Saúde Pública e história

²²⁶ Delgado, P. G. – “A Psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial” in: *FOCO - Informe Epidemiológico Saúde Coletiva*, ano VI, nº 16, 1997, p. 42.

²²⁷ Caplan, G. - *Princípios de psiquiatria preventiva*, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1980.

natural das doenças. A partir de tais bases ético-metodológicas a saúde e a doença mental são relacionadas à adaptação ou desadaptação social²²⁸.

Nas palavras de Delgado, a literatura norte-americana distingue os serviços como sendo de “base hospitalar” e os de “base comunitária”. No Brasil, o termo *comunitária* “faz lembrar inevitavelmente idéias preventivistas: intervir na comunidade, identificar situações de maior risco, prevenir o aparecimento de transtornos”²²⁹. Por este motivo é que o autor considera que o conceito de *território*, originado na Psiquiatria Democrática italiana, é mais próximo das diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A noção de território é tomada, no Brasil, para além do campo da geografia, incluindo nela tudo o que está fora da noção instituição. De acordo com Delgado, a partir desta lógica, o território é aquilo que se circunscreve, por meio de contornos subjetivos, a referência cultural, familiar, mitológica, socioeconômica de cada usuário de saúde mental²³⁰. Para Delgado tal processo de mudança é um desafio teórico com grandes implicações clínicas²³¹.

A partir disso percebemos em nossa prática que as implicações clínicas são inúmeras e, muitas vezes, vêm surtindo efeitos enviesados no que tange à referência e ao vínculo dos usuários junto aos serviços. Os próprios técnicos implicados, uns mais outros menos, no possível desarranjo do processo de mudança, encontram dificuldades para lidar com a nova lógica e parecem buscar na literalidade da lei um norte para seguir. Assim a noção do território nem sempre é praticada como o espaço de referência subjetiva dos usuários, perdendo-se dentro de uma noção geográfica, de área programática. A rede de atenção psicossocial acaba, assim, por priorizar a distribuição de usuários de acordo com seus endereços domiciliares, não considerando o vínculo anterior estabelecido entre estes usuários e os serviços e técnicos aos quais estavam até então referenciados.

Vemos que esta problemática não designa simplesmente a saída do usuário do manicômio para que ele seja tratado próximo à sua casa, junto aos seus. Trata-se de algo mais complexo, como, para exemplificar aqui, trazemos a realidade mato-grossense. A destituição de alguns serviços, como por exemplo, o ambulatório de saúde mental da capital, fez com que houvesse a redistribuição dos técnicos (psiquiatras e psicólogos

²²⁸ Birman, J. & Costa, J. F. – “Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária” in: Amarante, P. (org) – *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998, p. 44.

²²⁹ Delgado, P. G. - “A Psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial” in: Op. Cit. , p. 42.

²³⁰ Idem, *ibidem*.

²³¹ Idem, *ibidem*.

concentrados num só prédio) pelas chamadas Policlínicas do município de Cuiabá, sendo porém que, nem sempre o bairro no qual determinado técnico passou a exercer suas funções corresponde ao bairro no qual vive determinado usuário que tem transferência estabelecida em relação a ele. Muitos usuários estão voltando a reinternar-se com frequência, após um longo período de estabilização, relatando estarem perdidos dentro da redistribuição da rede; perguntam pelos profissionais aos quais se referenciam, muitas vezes sem encontrar resposta.

É preciso relembrar aqui que a transferência, tal como Freud²³² a descreveu, se desenvolve como um dos modos de investimento das pulsões, constituindo-se como a inclusão na realidade psíquica daquele novo campo de relações estabelecidas. Desta forma a relação com os técnicos dos serviços passa a fazer parte dos problemas e soluções encontrados pelos usuários. Nas neuroses, inclusive, a relação transferencial passa a ser o novo sintoma neurótico. Temos vários exemplos da problemática da transferência na dinâmica dos serviços, sem que os técnicos soubessem o que fazer com ela ou sequer pensassem que teriam que fazer alguma coisa. Em determinado momento da internação, o próprio paciente chama pelo nome da psicóloga que o atende no CAPS ou então, pacientes que, mesmo depois da alta hospitalar, não querem ser atendidos nos CAPS por não estabelecerem (apesar de tentarem) qualquer tipo de vínculo com os técnicos do serviço ou com as propostas terapêuticas oferecidas. É importante considerar que a transferência não se estabelece a partir da mesma lógica instituída pela realidade dos serviços. Como abordado anteriormente, ela se estabelece de acordo com a realidade psíquica, como efeito do Inconsciente, que não necessariamente está em conformidade com a realidade vivida no cotidiano dos serviços.

Não se trata aqui de endossar a opinião da Associação Brasileira de Psiquiatria²³³, que aponta a Reforma Psiquiátrica Brasileira como causadora de desarranjos e de falta de assistência. Trata-se de reforçar sua própria diretriz pela qual os técnicos devem estar em constante questionamento de suas ações, levando em conta a singularidade dos casos e não ensurdecidos pela literalidade legal. A idéia de território deve ser tomada de modo subjetivado, avaliada a partir de cada caso, pois ao seguir uma rigidez geográfica ou demográfica, ela somente estará trocando o problema da cronificação dos usuários de lugar: do hospital para um ciclo vicioso dentro da rede.

²³² Freud, S. - "A dinâmica da transferência" (1912) in: *Op. Cit.*, 1976.

²³³ Da qual temos notícia através do artigo de França, J. já citado.

Outro exemplo da premência pela implicação dos técnicos na singularidade dos casos e pelo manejo da transferência é a questão que surge a partir da homologação da portaria 189/02 MS²³⁴ que define os diagnósticos psiquiátricos a serem atendidos pelos CAPS. Esta definição legal prévia também vai de encontro com a questão da relação estabelecida entre o usuário e o serviço. Ainda utilizando o contexto mato-grossense como exemplo, a equipe do Hospital-Dia de Cuiabá (recentemente extinto) se viu em apuros por não saber como continuar atendendo a uma paciente, que era egressa de internação psiquiátrica, sendo que a partir do próprio tratamento ficou evidente que não se tratava de um sujeito psicótico. Nem sempre uma desorganização subjetiva ou um momento de grave sofrimento psíquico está limitado a uma estrutura psicótica, fato que faz com que muitos neuróticos graves sejam internados. Por causa dos efeitos do tratamento, a usuária passou a poder responder melhor por suas próprias questões e a fez ressituar-se em sua relação com o mundo, fazendo com que o diagnóstico psiquiátrico de seu quadro fosse alterado. Este novo diagnóstico não fazia parte da lista dos diagnósticos preconizados pelo Ministério da Saúde a serem atendidos nos hospitais-dia. De acordo com a lei, ela deveria ser encaminhada para o ambulatório, porém havia a transferência em jogo. Foi por causa da transferência estabelecida com os técnicos daquele serviço que ela tinha podido restituir-se, reconhecer-se como sujeito de seu próprio tratamento e queria seguir tratando-se ali. Graças a várias discussões em equipe, a usuária continuou no serviço, até que foi trabalhada, aos poucos, sua nova vinculação a um serviço ambulatorial por causa, desta vez, do fechamento das atividades do Hospital-Dia.

Quando pensamos na clínica da rede de atenção psicossocial e na discussão de cada caso, a noção das políticas públicas que se destaca é a do chamado Projeto Terapêutico. Relembrando a definição do instrutivo²³⁵ citado no primeiro capítulo, que foi divulgado pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, pela ocasião da publicação da Portaria GM 336/02, encontramos dois modos de entender o Projeto Terapêutico. O primeiro modo diz respeito à missão institucional do serviço “dentro do âmbito de seu território”. O outro modo se refere ao acompanhamento individual de cada usuário que se insere no serviço, caracterizando-se, então, como um “projeto personalizado”.

²³⁴ Ministério da Saúde, Op. Cit., 2004, p. 31.

²³⁵MS/AS/ASTEC – Área Técnica de Saúde Mental, CAPS – Nova Sistemática de cadastramento, funcionamento e registro de dados epidemiológicos – Portarias 336/02 e 189/02, Perguntas & Respostas, 2002.

Inúmeras questões surgem aí, pois, o que nossa pesquisa revelou, nas palavras de Cabral²³⁶, foi a “prevalência de um discurso burocrático frente à construção de tal Projeto Terapêutico”. Há uma tendência das equipes, independente do tipo de instituição, em constituir o Projeto Terapêutico como um roteiro a ser apresentado aos usuários, voltado para as questões de cidadania e valorização das habilidades. O que encontramos no CIAPS Adauto Botelho de Cuiabá, por exemplo, é que parece haver uma crença de que somente o fato do serviço possuir um Projeto Terapêutico torna-o engajado nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Também não se produz, no cotidiano desta instituição, um saber compartilhado sobre tal projeto, pois seu delineamento ainda está direcionado muito mais às questões legais do que propriamente terapêuticas. Este modo de conceber o Projeto Terapêutico torna-o estático, invertendo a idéia que embasou sua proposição que é a de que ele deve ser redefinido a cada caso. Desta forma ele acaba não servindo, como deveria, a uma direção compartilhada de uma proposta de tratamento, mas sim uma proteção contra os imprevistos.

Para tentar avançar nesta questão, podemos fazer uso aqui do que abordamos, no item anterior deste capítulo, sobre a transferência, para pensarmos as noções que embasam a construção de um Projeto Terapêutico, levando em conta o papel crucial que a categoria de Técnico de Referência ganha neste contexto.

Há diferenças entre a clínica psicanalítica e a clínica puramente terapêutica. A etimologia do termo *terapia* designa cuidado ou tratamento que visa o restabelecimento do bem-estar. Desde o início de sua obra Freud²³⁷ colocou em questão o tratamento pela via da terapia, que, segundo ele, utiliza técnicas conhecidas pela Medicina desde a Antiguidade: a sugestão e a persuasão. Ao discutirmos as estratégias imbuídas no Projeto Terapêutico, é importante estar atento se, na tentativa de promover a cidadania dos usuários de saúde mental, não estamos caminhando pela via da sugestão, visando a promoção do bem-estar.

Encontramos uma importante recomendação freudiana quanto à vontade de ajudar e fazer o bem ao paciente:

Não é, então, nada mais que ambição natural que ele se esforce por transformar em especialmente excelente uma pessoa que ele lutou para livrar da neurose, e que determine altos propósitos para seus desejos. Mas novamente aqui o médico deve

²³⁶ Cabral, L. H. “Sobre o Projeto Terapêutico na Saúde Mental: contribuições da psicanálise para a clínica da psicose”, Artigo integrante do Relatório Final da pesquisa *Clínica do Sujeito e Atenção Psicossocial: novos dispositivos de cuidado no campo da saúde mental – II*, mimeo, 2007

²³⁷ Freud, S. – “O tratamento psíquico ou anímico” [1905] in: *Op. Cit.*, 1976.

controlar-se e guiar-se pelas capacidades do paciente em vez de por seus próprios desejos.²³⁸

É importante nos questionarmos, enquanto técnicos, se não estamos tentando tornar “especialmente excelente” uma pessoa a partir da aquisição de direitos, partindo da premissa de que a cidadania é um bem e deve ser garantido universalmente. Neste caso, o Projeto Terapêutico estaria visando a terapia (cura) através da cidadania.

Em 1919, Freud recolocou essa questão:

Qualquer analista que, talvez pela grandeza do seu coração e por sua vontade de ajudar, estende ao paciente tudo o que um ser humano pode esperar receber de outro, comete o mesmo erro econômico de que são culpadas as nossas instituições não-analíticas para pacientes nervosos. O único propósito destas é tornar tudo tão agradável quanto possível para o paciente, de modo a este poder sentir-se bem ali e alegrar-se de novamente ali refugiar-se das provações da vida. Ao fazê-lo, não tentam dar-lhe mais força para enfrentar a vida e mais capacidade para levar a cabo as suas verdadeiras incumbências nela. No tratamento analítico, tudo isso deve ser evitado. No que diz respeito às suas relações com o médico, o paciente deve ser deixado com desejos insatisfeitos em abundância. É conveniente negar-lhe precisamente aquelas satisfações que mais intensamente deseja e que mais importunamente expressa.²³⁹

É no campo da relação transferencial que verificamos a recomendação de abstinência feita por Freud, pois se procuramos abrir espaço para o trabalho do sujeito e seu modo de estar no mundo, é importante não corresponder a uma expectativa de promoção imediata de bem-estar. Com Freud vemos que isso pode reforçar uma acomodação, calar o sujeito ao invés de colocá-lo a trabalho. Trazendo esta recomendação ao serviço público e levando em conta todas as questões socioeconômicas e culturais que tornam muitos usuários carentes, inclusive de formular qualquer demanda, é preciso encontrar a dosagem certa para o manejo da transferência. É neste ponto que o fato de trabalhar em equipe pode ajudar a cada técnico na construção e na condução do caso, buscando tal dosagem em conjunto nas discussões.

A saída contra uma posição burocrática em relação ao Projeto Terapêutico também poderia ser buscada na noção da Psicologia sobre o *vínculo terapêutico*, utilizada em muitos estudos das chamadas Ciências Médicas sobre a relação médico-paciente²⁴⁰. Consideramos tal noção insuficiente, pois quando os técnicos levam em conta que para uma boa condução do Projeto Terapêutico o usuário de saúde mental

²³⁸ Idem – “Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise” [1912] in: *Op. Cit.*, 1976

²³⁹ Idem – “Linhas de Progresso na uma terapia analítica” [1919] in: *Op. Cit.*, 1976

²⁴⁰ Como exemplo de tais publicações citamos o artigo de Carla Fernandes F. C. Marques e Sérgio Luiz S. Arruda intitulado “Autismo infantil e vínculo terapêutico”, encontrado na Revista Virtual da PEPSIC Campinas, 2007.

“deve estabelecer um vínculo terapêutico” com o serviço, não parecem estar aí colocadas todas as conseqüências decorrentes de tal vínculo, inclusive os impasses em relação ao próprio tratamento. A partir daí podemos situar a diferença da noção de vínculo terapêutico para a noção psicanalítica de transferência, que inclui a noção da resistência. Para entendermos tal diferença na clínica citamos o caso de um usuário que foi internado compulsoriamente na Ala Masculina do Adauto Botelho porque ameaçou de morte o marido da assistente social do CAPS de sua cidadezinha, por ter “se apaixonado por ela”. Isto fez com que tal marido, junto com os técnicos do CAPS movessem uma ação judicial para que o usuário fosse internado, já que ele representava “um risco para a sociedade”. Não corresponder à demanda amorosa do paciente não significa rechaçá-la ou incriminá-la, mas tomá-la em trabalho. Este é o desafio com o qual lida a clínica psicanalítica e com o qual os técnicos de tal CAPS não souberam lidar, ocupando mais um leito do hospital.

A Psicanálise, convocada a responder por seu modo de intervenção no âmbito do serviço público, aponta sempre para o sujeito como ponto de onde devem partir todas as intervenções efetuadas, invertendo a noção de que as propostas de intervenção devem estar prontas previamente em um projeto instituído. Reconhecer esta diferença entre a clínica ampliada proposta pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e a clínica psicanalítica é, antes de supor impossibilidades no trabalho conjunto, recolocar sempre a discussão sobre a clínica e a função do Projeto Terapêutico. De acordo com Fernando Tenório

(...) atenção psicossocial e clínica do sujeito não são a mesma coisa. Mas uma pode tornar a outra possível – desde que a primeira evite dois riscos: o de impor ao psicótico ideais de funcionamento que são nossos e aos quais ele muitas vezes não pode corresponder, e o de acreditar que o bem-estar psicossocial torna menos relevante o trabalho subjetivo da palavra; e que a segunda reconheça os limites de qualquer prática ligada à palavra e a necessidade, em certos casos, prioridade, na psicose, de uma ajuda concreta e cotidiana ao viver.²⁴¹

A vivência cotidiana da tensão entre o sujeito e a burocracia nos serviços interroga o possível enrijecimento de modelos de atendimento. Acreditamos que uma das contribuições importantes que a Psicanálise pode oferecer à discussão da lógica da rede de atenção psicossocial é que se possa dar lugar ao real, ao imprevisto, à emergência do inesperado e à importância da transferência na condução dos casos.

²⁴¹ Tenório, F. – “Reforma Psiquiátrica e Psicanálise: um trabalho necessário” in: Figueiredo, A. C. & Cavalcanti, M. T. (orgs) - *A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização – Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental*, Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001, p. 90.

Além de dar lugar produtivo ao imprevisto, tomar o sujeito como ponto de partida para as intervenções, para os encaminhamentos, para o manejo ou para a condução do caso, implica em colocar em relevo a relação viva existente entre os usuários e os técnicos. Na prática, dentro do Projeto Terapêutico de cada usuário, são designados Técnicos de Referência que se incumbem da responsabilidade de ter em vista, a partir de cada intervenção feita, a totalidade do andamento do caso. Mas nem sempre vemos que os Técnicos de Referência são aqueles eleitos pelo usuário na relação transferencial, dentre os técnicos do serviço. Aí se coloca novamente a necessidade de se levar em conta quem o usuário inconscientemente elegeu como sua própria referência de tratamento, pois é a partir desta eleição, como pivô do tratamento, que as intervenções do serviço poderão surtir efeito. É neste sentido que reforçamos aqui nossa indicação de que os serviços de atenção psicossocial não devem se restringir a serem centros de convivência e ressocialização.

No entrecruzamento de questões consideradas como sendo de cunho político com aquelas de cunho clínico, poder-se-ia chegar a um ponto de discussão fundamental que deveria permear as ações dos técnicos de atenção psicossocial: o que é tratar um psicótico? Qual a importância do diagnóstico diferencial para o tratamento no serviço público? Qual o objetivo ou finalidade do tratamento? Como dar limite e não perpetuar a relação entre o usuário e a rede de atenção psicossocial? Isso é possível?

Se pudermos ouvir as recomendações de Freud, colocando a transferência como o pilar da clínica, o sujeito passa a ter lugar na estratégia política de condução dos casos e na relação entre unidades dentro da rede. Para isso é preciso tomar o campo da transferência para além de uma conceituação teórica, além de tomar as leis como “vivas”, fazendo parte das discussões do cotidiano. Isto implica em inverter a noção aterradora de localizar no Outro, (no Ministério da Saúde, na instituição, na Ordem Jurídica ou na Ordem Médica) a totalidade do saber. Implica, enfim, em viabilizar uma nova política que passe pela clínica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tentar localizar, dentro no processo de transformação das instituições públicas de saúde mental provocado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, o lugar conferido à clínica, levou-nos a percorrer vários caminhos e formulações teóricas, dada a multiplicidade de influências, saberes, práticas, propostas institucionais que compõem tal processo. Questões novas emergiram neste percurso e tentamos enlaçá-las às antigas questões que nos propusemos a pesquisar inicialmente. Uma das novas questões foi verificar que a possível precariedade ou até a inexistência da clínica que ocorre em muitos serviços da rede de atenção psicossocial não se deve somente ao tipo de serviço ou à sua função social (se é um hospital psiquiátrico ou se é um centro de atenção psicossocial). Tal precariedade está muito mais articulada a uma mitificação ou modo burocrático de tomar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, sem a apropriação das mesmas por parte dos técnicos no cotidiano da prática clínica. A desinstitucionalização tornou-se diretriz-lema das políticas públicas implantadas, sendo, entretanto, que a exclusão do sujeito ou a generalização da manutenção da condição de “especial” ao usuário de saúde mental pode se manter subjacente em várias ações, à primeira vista, inovadoras. Se a Reforma Psiquiátrica no Brasil vem desconstruindo um tipo de assistência profundamente arraigada que produzia, em vez de tratamento, a exclusão de cidadãos de seu meio social, a Psicanálise vem propor a construção contínua de uma clínica que não tenha em seu cerne um outro tipo de exclusão: a do sujeito e seu desejo. A exclusão do sujeito já é intrínseca à clínica médica tradicional como imperativo metodológico imposto pela Ciência Moderna. E, como vimos, tal exclusão independe do tipo de serviço, na medida em que ela se encontra nas bases ético-metodológicas que fundamentam tal clínica.

Inúmeras questões surgem daí, pois, não há um modelo a ser seguido na construção de uma nova clínica e a proposta é a de que ela esteja sempre em causa. A partir dessa reflexão é possível enxergar a internação psiquiátrica fora de um juízo de valor, tomando-a a partir de seu cunho clínico ou como um dos modos de intervenção clínica. Também é possível questionar o tipo de tratamento que vem sendo oferecido nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), já que não basta haver um Projeto Terapêutico cheio de atividades a serem oferecidas aos usuários para que se garanta que haja nisso uma clínica.

Manter o funcionamento de uma clínica nos CAPS, bem como em toda a articulação da rede de atenção psicossocial, é primar pela função de tratamento dos serviços, tomando cada caso em sua singularidade. Isto porque é preciso que tais serviços possuam a clareza de sua função social, de um objetivo a ser repensado constantemente junto ao usuário. Esta constante reflexão possibilita que os serviços não se tornem eternos centros de convivência e ressocialização, nos quais a relação dos usuários para com o serviço se estenderia infinitamente ou de modo difuso, reproduzindo ou repetindo as demais instituições da sociedade ou modos já existentes de laços intersubjetivos. Nossa aposta é de que, a partir de uma clínica ativa, a rede de serviços em saúde mental deixa de correr o risco de se tornar um conjunto de instrumentos de captura ao usuário, para ser um tecido social que permita ao sujeito sua produção.

Nossa pesquisa nos trouxe muito mais questões do que respostas, o que nos anima, a partir de nossa própria indicação nesta dissertação - que é a de permanecer sempre pesquisando e construindo a clínica - a seguir esta postura nos serviços nos quais viermos a desempenhar nossas funções. A sistematização de pesquisa que articula a experiência clínica e as formulações teóricas, sem perder os fundamentos que decorrem da causa freudiana, revelou sua importância quando em nossa própria prática, após dois anos inserida do Programa de Pós-Graduação em Pesquisa e Clínica em Psicanálise, sentimos a diferença de nosso trabalho no cotidiano. Há sinais de colheita de bons frutos junto aos colegas da equipe e aos usuários do serviço, grata surpresa para quem temia confrontar as rígidas estruturas institucionais, sem produzir nenhum resultado.

Esperamos que a produção de saber não permaneça reservada às produções acadêmicas e que esta dissertação seja apenas uma das muitas sementes que vêm sendo plantadas nos férteis terrenos da atenção psicossocial, estimulando a produção coletiva de um trabalho sobre o saber *do* paciente e não mais um saber *sobre* o paciente.

BIBLIOGRAFIA

Alberti, S. – “Apresentação” in: Alberti, S. (org) – *Autismo e Esquizofrenia na Clínica da Esquize*, Rio de Janeiro: Ed. Rios Ambiciosos, 1999.

Amarante, P. - “Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica” in: Quinet, A. (org) – *Psicanálise e Psiquiatria – controvérsias e convergências*, Rio de Janeiro: Ed. Rios Ambiciosos, 2001.

_____ (org.) – *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

Antunes, J. L. F. – *Hospital – Instituição e História Social*, São Paulo: Ed. Letras & Letras, 1991.

Basaglia, F. – *A instituição negada*, Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1991.

Birman, J. & Costa, J. F. – “Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária” in: Amarante, P. (org) – *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

Brunetto, A. – “Ser ou não ser... um sujeito? Eis a questão do autista” in: Alberti, S. (org) – *Autismo e Esquizofrenia na Clínica da Esquize*, Rio de Janeiro: Ed. Rios Ambiciosos, 1999.

Caplan, G. - *Princípios de psiquiatria preventiva*, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1980.

Clavreul, J. - *A ordem Médica - Poder e Impotência do Discurso Médico*, São Paulo: Ed. Brasiliense, 1983.

Delgado, P. G. - “A Psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial” in: *FOCO - Informe Epidemiológico Saúde Coletiva, ano VI, nº 16, 1997, p. 41-3.*

Di Ciaccia, A. – “A prática entre vários” in: Altoé, S. & Lima, M. M. – *Psicanálise, Clínica e Instituição*, Rio de Janeiro: Ed. Rios Ambiciosos/UERJ, 2004.

Drumond, C. – “O desencadeamento da psicose” in: *Revista Curinga*, n. 13, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Sessão Minas Gerais, set. 2000.

Elia, L. – *A importância da Supervisão e do supervisor em uma equipe de saúde mental*, trabalho apresentado em Congresso da Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil e Profissões Afins - ABENEPI, (mimeo).

_____ - *Corpo e Sexualidade em Freud e Lacan*, Rio de Janeiro: Ed. Uapê, 1995.

_____ – *O conceito de sujeito - Coleção Psicanálise Passo a Passo*, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2004.

_____ - *A Rede da Atenção na Saúde Mental – articulações entre CAPS e Ambulatórios*, trabalho apresentado no Encontro do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, OPAS – Organização Pan-americana de Saúde, Brasília-DF, Dezembro de 2004 (mimeo).

Figueiredo, A. C. C. – “A Relação entre Psiquiatria e Psicanálise: uma relação suplementar” in: *Revista Informação Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 87-89, 1999.

_____ – “O que faz um psicanalista na saúde mental” in: Venâncio, A. T. A. & Cavalcanti, M. T. (orgs.) - *Saúde Mental: Campo, Saberes e Discursos*, Coleções IPUB, Rio de Janeiro: E. IPUB/CUCA, 2001.

_____ – “Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial” in: *Mental – Revista de Saúde Mental da UNIPAC*, vol. III, n. 05, Barbacena, nov. 2005.

_____ – *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos – A clínica psicanalítica nos ambulatórios públicos*, Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará, 1997.

Figueiredo, A. C. & Cavalcanti, M. T. (orgs) - *A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização – Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental*, Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001.

Foucault, M. – *Microfísica do Poder*, 21ª edição, São Paulo: Ed. Graal, 2005.

_____ - *O nascimento da Clínica*, 6ª ed., São Paulo: Ed. Forense Universitária, 2004.

França, J. - “O grande equívoco da política de saúde mental”, in: *Revista virtual da Sociedade Brasileira de Psiquiatria*, 17/07/2006.

_____ - “O erro da política de saúde mental” in: *Jornal O Globo, Caderno Opinião*, 20/07/2006.

Freud, S. – *Obras Psicológicas Completas*, Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro, RJ: Ed. Imago, 1976.

_____ [1895] “Projeto para uma Psicologia Científica”, vol I

_____ [1895] “Casos Clínicos - Caso 2 – Srta. Emmy von N.”, vol. II

_____ [1905] “O tratamento psíquico ou anímico”, vol. VII

_____ [1904-1905] “Sobre a Psicoterapia”, vol. VII.

_____ [1905] “Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”, vol. VII.

_____ [1911] “Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (*dementia paranoides*)”, vol. XII.

_____ [1912] “Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise”, idem.

_____ [1912] “A dinâmica da transferência”, idem.

_____ [1913] “Sobre o Início do Tratamento (Novas Recomendações Sobre a Técnica da Psicanálise I)”, idem.

_____ [1913] “Sobre o Início do Tratamento (Novas Recomendações Sobre a Técnica da Psicanálise I)”, idem.

_____ [1914] “Recordar, repetir, elaborar”, idem.

- _____ [1914] “Observações sobre o amor transferencial”, *idem*.
- _____ [1916] “Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (parte III) Conferência XVI - Psicanálise e Psiquiatria”, vol. XVI.
- _____ [1917] “Uma dificuldade no caminho da Psicanálise”, vol. XVII.
- _____ [1918(1914)] “História de uma neurose infantil”, vol. XVII.
- _____ [1919] “Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica”, vol. XVII.
- _____ [1929-30] “Mal estar na cultura”, vol. XXI.
- _____ [1933] “Conferência XXXIV: Explicações, Aplicações e orientações – Novas Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise”, vol. XXII.

_____ - *Obras Psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente* vol. 1, Rio de Janeiro: Ed. Imago, 2004.

_____ [1914] “À guisa de Introdução ao Narcisismo”

_____ [1915] “Pulsão e Destinos da Pulsão”

_____ - *Obras Psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*, vol. 2, Rio de Janeiro: Ed. Imago, 2006.

_____ [1920] “Além do Princípio do Prazer”.

_____ - *Obras Psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*, vol. 3., Rio de Janeiro: Ed. Imago, 2007.

_____ [1923] “O Eu e o Id”.

_____ [1923-24] “Neurose e Psicose”.

_____ [1923-24] “A perda da realidade na neurose e na psicose”.

Goffman, E. – *Manicômios, Prisões e Conventos*, São Paulo: Ed. Perspectiva, 1974.

Gonçalves, M. L. F. E. - *DSMs e depressão: dos sujeitos singulares aos transtornos universais*, Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Medicina Social – UERJ, Rio de Janeiro, 2007 (mimeo)

Hanna, M. S. G. F. – *A transferência na psicose: uma questão*, Tese de Doutorado em Teoria da Psicanálise UFRJ, dez. 2000, (mimeo).

Kaplan, H. & Sadock, B. & Grebb, J. – *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*, Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1997.

Kaufmanner, H. – “Transferência na psicose” in: *Revista Curinga*, n. 13, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Sessão Minas Gerais, set. 2000.

Lacan, J. – *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade- primeiros escritos sobre paranóia* [1932], Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1987.

_____ - *Escritos*, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1998.

_____ [1953] “Função e campo da palavra e da linguagem”

_____ [1955-56] “De uma questão preliminar para todo tratamento possível da psicose”

_____ [1957] “Instância da letra no Inconsciente ou a razão desde Freud”

_____ [1958] “A direção do tratamento e os princípios de seu poder

_____ [1966] “Ciência e Verdade”

_____ – *Outros Escritos*, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2003.

_____ [1966] “Apresentação das Memórias de um doente dos nervos”

_____ [1969] “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola”

_____ - “Ouverture de la Section Clinique” [1977] in: *Revista Ornitar?*, n. 09, 1977.

_____ - “Psicoanálisis y Medicina” [1966] in: *Intervenciones y Textos 1*, Buenos Aires/AR: Ed. Manancial, 2002.

_____ – “Conferencia en Genebra sobre el síntoma” [1975] in: *Intervenciones y Textos 2*. Buenos Aires/AR: Ed. Manantial, 2002.

_____ – *O Seminário – As psicoses* [1955-56], livro 3, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1997.

_____ – *O Seminário – As formações do Inconsciente* [1957-58], livro 5, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar.

_____ – *O Seminário – A ética da psicanálise* [1959-1960], livro 7, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1988.

_____ - *O seminário - A transferência* [1960-61], livro 8, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1992.

_____ - *O Seminário - Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise* [1964], livro 11, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1996.

_____ – *O Seminário - O avesso da Psicanálise* [1969-1970], livro 17, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1992.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – 4ª. edição [1994], Porto Alegre, Artes Médicas 2002.

Marques, C. F. F. C. & Arruda, S. L. S. - “Autismo infantil e vínculo terapêutico” in: *Revista Virtual da PEPSIC Campinas*, 2007.

Miller, J.-A. - “Psicanálise e Psiquiatria” in: *Lacan Elucidado - Palestras no Brasil*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 1997.

Milner, J-C.- *A Obra Clara - Lacan, a Ciência, a Filosofia*, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1996.

Ministério da Saúde - *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*, 11 a 15 de dezembro de 2001, Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2002.

Ministério da Saúde - *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial – Série F. Comunicação e Educação em Saúde*, Brasília/DF, 2004.

Mira, K. Q. – *Que lugar para a Psicanálise na Saúde Mental – Dissertação de Mestrado*, Programa de Pós-Graduação em Psicanálise - UERJ, 2004 (mimeo).

Oliveira, A. G. B. – *Superando o manicômio? Desafios na Construção da Reforma Psiquiátrica*, Cuiabá: Ed. UFMT/FAPEMAT, 2005.

Pinheiro R & Mattos RA (orgs.) - *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec/Abrasco, 2004.

Quinet, A. – *Teoria e Clínica da Psicose* – Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1997.

Rinaldi, D. L. – “Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico da saúde mental” in: Altoé, S. & Lima, M. M.(orgs) - *Psicanálise, Clínica e Instituições*, Rio de Janeiro: Ed. Rios Ambiciosos, 2005.

_____ – *A Ética da Diferença – Um debate entre Psicanálise e Antropologia*, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1996.

_____ – “A Ordem Médica: a loucura como ‘doença mental’”, in: *Em Pauta – Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ*, n. 13, Rio de Janeiro: Ed. UERJ, jul/dez de 1998.

_____ - *Clínica do Sujeito e Atenção Psicossocial: novos dispositivos de cuidado no campo da saúde mental – II*, Projeto de Pesquisa, 2006 (mimeo).

_____ – *Relatório Final da Pesquisa: Clínica do Sujeito e Atenção Psicossocial: novos dispositivos de cuidado no campo da saúde mental – II*, 2007 (mimeo).

_____ – “Entre o sujeito e o cidadão” in: Alberti, S. & Figueiredo, A. C. C. (orgs) - *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*, Rio de Janeiro: Ed. Companhia de Freud, 2006.

_____ - “O Acolhimento, a Escuta e o Cuidado: algumas notas sobre o tratamento da loucura” in: *Em Pauta – Revista da Faculdade do Serviço Social da UERJ*, UERJ, n. 16, jan./jul. de 2000.

Rinaldi, D.L. & Lima, M. C. N. – “Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental” in: *Revista Mental*, ano IV, Barbacena, jun. 2006.

Roudinesco, E. – *Por que a Psicanálise?*, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2000.

Santos, K. W. & Elia, L. – “Bem-dizer uma experiência” in: Altoé, S. & Lima, M. M.(orgs) - *Psicanálise, Clínica e Instituições*, Rio de Janeiro: Ed. Rios Ambiciosos, 2005.

Serpa Jr., O. D. – “Sobre o nascimento da psiquiatria”, in: *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro: Ed. IPUB/UFRJ, 1996.

Swain, G. – *Le sujet de la folie – naissance de la psychiatrie*, Paris: Calman – Lévy, 1ª edição, Toulouse: Editions Privat, 1978.

Tenório, F. – “Reforma Psiquiátrica e Psicanálise: um trabalho necessário” in: Figueiredo, A. C. & Cavalcanti, M. T. (orgs) - *A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização – Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental*, Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001.

_____ – *A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica*, Rio de Janeiro: Ed. Rios Ambiciosos, 2001.

Tourinho, M. L. - *O que pode um analista no hospital?*, São Paulo, 1994. Dissertação (mestrado). Faculdade de Psicologia/ Departamento de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, (mimeo).

Viganó, C. – “A construção do caso clínico em saúde mental” in: *Revista Curinga*, n. 13, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Sessão Minas Gerais, set. 2000.

Zenoni, A. – “Psicanálise e Instituição – A Segunda Clínica de Lacan”, in: *Revista Abre Campos – Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares*, Ano n. 1, n. 0, 2000.