

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM PSICANÁLISE
MESTRADO
PESQUISA E CLÍNICA EM PSICANÁLISE

O SABER CLÍNICO DA PSICANÁLISE E SUA AÇÃO INSTITUCIONAL

REJANE DE MOURA NUNES

RIO DE JANEIRO

abril/2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

O SABER CLÍNICO DA PSICANÁLISE E SUA AÇÃO INSTITUCIONAL

REJANE DE MOURA NUNES

"Trabalho apresentado ao Programa
de Pós-Graduação em Psicanálise
da Universidade do Estado do Rio de Janeiro"

ORIENTADORA: DÓRIS LUZ RINALDI

RIO DE JANEIRO

abril/2007

Agradecimentos

aos psicanalistas que encontrei na universidade, que possibilitaram meu primeiro encontro com a Psicanálise e ao Departamento de Psicanálise da UERJ, pela oportunidade atual;

ao pessoal do CAPS - Casa Viva, de Juiz de Fora pelo compromisso com o trabalho e a habilidade de nos conduzir delicadamente até ele; aos colegas do CAPS - Casa do Largo, em Niterói, que me mostraram os benefícios do trabalho com o outro e me ensinaram que é possível seguir, sem sermos desumanos na razão ou acomodados do coração;

àqueles que fazem a Residência em Saúde Mental acontecer como excelente espaço de formação;

a Lucy pelo incentivo incansável a me colocar enquanto sujeito em meu texto;

e, sempre, aos meus amigos e familiares, presentes mesmo quando não estão por perto; obrigada minha mãe, merecedora de todas as homenagens;

ao Marcelo, por estar comigo para o que der e vier.

RESUMO

Este trabalho visa refletir sobre as possibilidades do saber clínico da Psicanálise se articular como ação institucional e como as próprias instituições podem se organizar de modo a proporcionar um lugar em torno do qual os sujeitos estruturalmente apartados do laço social possam se constituir. Para isso nos utilizaremos das referências dos textos de Freud e Lacan, assim como de analistas lacanianos contemporâneos atuantes no campo institucional. Também interrogamos como a Psicanálise se coloca a serviço desta clínica sem contrariar os princípios psicanalíticos, que reconhecem na diferença o sujeito no qual se fundamenta e sem passar para o lado da ordem que rege o funcionamento social. Neste sentido trabalhamos a relação do discurso analítico com o discurso médico dominante nas instituições de Saúde Mental, buscando localizar neste contexto um lugar do qual sustentar o discurso analítico. A partir da análise de fragmentos de casos clínicos visamos elaborar a clínica do sujeito, onde procuramos nos deter nas malhas da linguagem como matéria-prima da prática clínica cotidiana.

ABSTRACT

This work reflects about the possibilities to articulate the Clinical Psychoanalysis knowledge as an institutional action and how institutions can be organized in order to provide a place where the subject structuralized without social bond can be consisted. For this, we use Freud and Lacan as a reference, as well as contemporaries lacanians analysts operating in the institutional field. Also we interrogate how Psychoanalysis works in the service of this clinic without opposing to its own principles, that recognize the subject in its own difference without passing to the order's side that conducts the social functioning. In this direction we work the relation between analytical speech and medical dominant speech in Mental Health institutions, trying to search in this context a place to support the analytical speech. We aim to elaborate a clinic of the subject analysing clinical fragments, where we tried to withhold the meshes of language as a raw material of the daily clinical practice.

SUMÁRIO

Introdução

Cap. I - Articulações clínicas

1.1 - Um caso: significante na instituição 3

1.2 - Imersão e Emergência: o Sujeito no campo da Saúde Mental 14

Cap. II - A Cultura médica 35

2.2 - O discurso Médico 39

2.3 – As palavras e as pílulas: a questão da medicalização 50

Cap. III - A prática da Psicanálise nas Instituições 59

Bibliografia 89

“Ao invés de tomar a palavra, gostaria de ser envolvido por ela e levado bem além de todo o começo possível. Gostaria de perceber que no momento de falar uma voz sem nome me precedia há muito tempo: bastaria, então, que eu encadeasse, prosseguisse a frase, me alojasse, sem ser percebido, em seus interstícios, como se ela me houvesse dado um sinal, mantendo-se, por um instante, suspensa. Não haveria portanto começo; e em vez de ser aquele de quem parte o discurso, eu seria, antes, ao acaso de seu desenrolar, uma estreita lacuna, o ponto de seu desaparecimento possível” (Foucault, 1970:5/6)

Introdução

Tomar a palavra e começar a escrever na página em branco remete-me a própria elaboração de um saber pautado na Psicanálise, cuja teoria supõe as construções discursivas justamente a partir do vazio, marcadas por este.

Lévi-Strauss teria dito que um livro é sempre uma criança nascida antes do tempo, dando a impressão de uma criatura muito repugnante em comparação com aquela que teria desejado colocar no mundo, e que não teria muito orgulho em apresentar aos olhares de outrem. No meu caso, este comentário se estenderia a estas páginas. É Clavreul quem cita Lévi-Strauss e segue dizendo que “não é possível fazer mais quando se espera justamente do discurso que enfim dê um lugar a outrem” (1978: 38).

As motivações das quais parti para realizar este trabalho vieram dos impasses encontrados na clínica praticada nas instituições de Saúde Mental¹. Inicialmente, a pesquisa teórica em torno da clínica supunha alcançar um saber que abarcasse as psicopatologias, o que podemos entender no sentido etmológico do termo - busca de sentido do que causa espanto à alma; no entanto, logo o real implacável da clínica mostrou “que nem tudo é significativo”, aforismo lacaniano que aponta a insuficiência do simbólico em saturar o real. Neste sentido, estes passos trilhados por mim, talvez sigam o trajeto do próprio Lacan, que em sua obra parte da consistência à inconsistência do Outro, rumo ao real.

Os impasses e seus ensinamentos foram inicialmente encontrados no contato com a psicose e nas instituições psiquiátricas destinadas ao seu tratamento, pois coabitar estas instituições junto a outras práticas e saberes mostrou-se, ao mesmo tempo, um mecanismo produtor e a grande dificuldade do trabalho.

Iniciaremos justamente do ponto que me é mais precioso: nas “articulações clínicas” (primeiro capítulo), traremos relatos de casos acompanhados, primeiramente a partir da criação de um espaço da fala emoldurado pela transferência, o que instaurou novas possibilidades ao caso dentro da instituição em questão e, posteriormente, passaremos à análise do dispositivo específico da Recepção e Emergência, onde

¹ O termo Saúde Mental é historicamente relacionado à Psiquiatria Preventiva, que estendia o âmbito da assistência psiquiátrica aos campos da Saúde Pública e Saúde Coletiva. Atualmente as instituições de Saúde Mental se caracterizam pelo trabalho multiprofissional, que pode se estruturar em diversos dispositivos, inclusive as internações em hospitais psiquiátricos, que apesar de terem sido gradativamente substituídos por outras modalidades de atenção, através da Reforma Psiquiátrica, ainda fazem parte da rede da Saúde Mental.

buscaremos configurar uma clínica possível neste setor, ou seja, como ali pode incidir o saber da Psicanálise, junto a outras perspectivas clínicas. Em ambas as situações, tratam-se de instituições psiquiátricas públicas, onde o fio condutor da clínica permitiu dissolver uma oposição *a priori* entre Psicanálise e instituição. Este foi o ponto de partida que, enquanto tal, dá indícios da sua finalidade.

No segundo capítulo, abordaremos o que denominamos “cultura médica”, para designar a onipresença do discurso médico não só nas instituições de Saúde Mental, mas em nossa cultura atual como um todo. A partir da teoria lacaniana dos quatro discursos, aproximaremos os procedimentos médicos ao discurso do mestre nas instituições psiquiátricas, com o qual o discurso do analista é posto a dialogar. Como efeito imediato desta mestria, abordamos os usos de medicações enquanto mercadorias colocadas à disposição por uma ideologia dos bens de consumo, mais uma vez buscando localizar neste contexto um lugar do qual sustentar o discurso analítico.

O terceiro e último capítulo parte constitui o cerne de nosso tema acerca do saber clínico da Psicanálise e sua ação institucional e discute em que medida a psicanálise pode ser exercida na instituição, ou seja, como pode gerar aí efeitos de sujeito, uma vez que consideramos o sujeito como justamente aquilo que escapa ao estabelecido institucional.

Considerando a invenção freudiana do Inconsciente e do dispositivo da associação livre, que possibilita operarmos com o sujeito, colocamos em pauta não a pessoa do paciente, mas sua palavra, o que de mais particular possa haver nas significações, ou seja, o próprio jogo significante que as produz.

Enfim, a finalidade deste trabalho será de elaborar a clínica do sujeito, onde procuraremos nos deter nas malhas da linguagem como matéria-prima da prática clínica cotidiana, além de questionar como poderemos, considerando que visamos a singularidade, incidir no âmbito do público.

Capítulo I

Articulações clínicas

1.1 -Um caso: significativo na instituição²

Partiremos de um relato de caso que configurou-se como um marco no meu percurso clínico institucional, não só servindo de fio condutor para minhas questões sobre a inserção do psicanalista na Saúde Mental, mas também causando interrogações acerca de todo o funcionamento institucional, o que buscaremos desenvolver aqui.

Trata-se de um hospital psiquiátrico público com diversos dispositivos, nos quais atuei: emergência, enfermarias fechadas e abertas, ambulatório, oficinas e atividades de reinserção psicossocial; por tratar-se de uma instituição psiquiátrica, apesar da pluralidade destes dispositivos, o discurso médico marca consideravelmente as relações institucionais; além da assistência, esta instituição destinava-se a um Programa de Residência em Saúde Mental do qual era aluna, cujo objetivo não era voltado à clínica psicanalítica, apesar desta teoria ser uma das influências presentes entre residentes e profissionais.

Elaborar este caso foi e sempre será de grande importância para a minha formação enquanto analista; sua riqueza e complexidade certamente não se esgotam nestas páginas. No entanto, escrever sobre ele foi fundamental para elaborar e ressignificar *a posteriori* o trabalho clínico.

Os atendimentos iniciaram-se durante uma das frequentes internações do paciente, motivadas por intensa angústia e comportamentos de risco: negava-se a alimentar-se, vagava errante pelas ruas, cometia atos de transgressão e agressividade. Começamos um trabalho de escuta e me tornei a referência de seu tratamento nesta instituição; o chamarei de “Elo”, tamanho arraigamento consegue nas tramas de seu delírio, com a eficiência e riqueza que mostrou-se típica de um paranóico, assim como o que se refere ao laço transferencial, elo que se estabeleceu durante o acompanhamento do caso.

No primeiro acesso aos seus registros na papelada institucional, estranhei algumas hipóteses levantadas no prontuário de que seu problema seria “Transtorno de Personalidade” ou mesmo “Dependência Química”, porque ele me parecia realmente

²As passagens relatadas a seguir foram extraídas de minha apresentação de caso em uma das Seções Clínicas realizadas no Instituto Philippe Pinel, onde busquei participar de uma discussão institucional; frente à proposta do espaço, não se estenderam as considerações teóricas que busco, no entanto, desenvolver aqui.

“louco”, mas estas eram as cifras atribuídas a ele naquele momento, além da fama de paciente-problema e de “o paciente mais chato”. De fato, Elo havia desenvolvido uma relação de dependência com a medicação, além do envolvimento com drogas ilícitas, o que tornou-se um complicador para a abordagem insitucional. Já havia sido expulso através de uma medida administrativa por uma instituição vizinha, similar, devido a problemas de conduta. Eram corriqueiros os comentários de que seu comportamento era “mal-caratismo”, mandragem; certa vez presenciei um funcionário afirmar diante de Elo: “isso é carne ruim, não tem jeito”, ao que Elo respondeu pessimamente, à altura, com mais uma reação hostil e desafiadora; logo percebi que o “tratamento” que lhe dispensavam, a forma como se dirigiam a ele, parecia ter estreita relação com estes comportamentos e questiono como poderiam ter favorecido o rumo que o caso viera a tomar.

Por outro lado, pensando nos efeitos de determinadas abordagens institucionais, lembro-me do sorriso de Elo ao ser reprovado pela perícia do Estado, para o chamado benefício por invalidez - “não acreditaram que eu era incapaz”. É como se essa negativa lhe possibilitasse afirmar-se enquanto sujeito.

Desde meus primeiros contatos com Elo, mostrei-me muito interessada nas histórias que contava, por acreditar que, a partir desta escuta, ele pudesse reinventar sua própria história e que talvez não precisasse ficar exclusivamente no plano delirante, mas que a partir de uma produção própria endereçada a mim, pudesse também fazer laço social.

Segue-se uma produção surpreendente e ininterrupta; Elo perseverava em dizer-se diferente - era um golfinho de duas pernas, um semi-deus. Após algum trajeto nos atendimentos disse: “lembra-se da primeira vez que veio falar comigo? eu só te dizia ‘nada, nada, nada’; é isso que um golfinho faz - nada”. Interessante notar a construção que realiza *a posteriori*, a partir da escuta.

Ainda num momento inicial, Elo me pede auxílio quanto à indenização que gostaria de pedir da justiça, pois teria surtado na Marinha, o que deveria lhe dar algum direito. No hospital, fomos juntos ao Instituto Franco Basaglia nos informar; foi possível acionar tal recurso institucional como estratégia clínica, num bom exemplo do que seria a clínica ampliada.

Na época, era uma tentativa de estar disponível a ele, assim como de estimular os necessários trajetos pelas coisas de nosso mundo, pelas leis, muitas vezes não

reconhecidas por Elo e com as quais sempre ficava às voltas no cotidiano institucional. Atualmente, percebo que esta minha conduta esteve coerente com os paradigmas da Reforma Psiquiátrica: agenciamento de demandas, focalização na questão dos direitos do paciente-cidadão, gerenciamento de atividades por vezes próximas à função pedagógica. A partir da clínica, no entanto, também podemos afirmar que a legitimação desta sua demanda teve um efeito positivo no caso de Elo, nos aproximando. Atendê-lo foi reconhecê-lo em seu desejo.

Poderíamos entender simbolicamente este pedido à Marinha como um apelo ao pai, uma busca, em ato, pela sua filiação? Somente depois esta leitura me ocorreu, estando ainda mais atravessada pela perspectiva da Psicanálise, que nos ensina a importância da dimensão desejante nas condutas do profissional nesta clínica. Ao investimento desejante no ato de acompanhá-lo enquanto sujeito, atribuo os efeitos positivos desta intervenção.

Elo começou a chamar-me de “professora dos anjos”, dizendo que eu estava no lugar errado, que deveria ir para a “terra dos anjos”, espaço delirante pelo qual costumava transitar. Acho que comecei a entrar em seu mundo também, tornando possível algum diálogo, ou melhor, um laço.

A complicada estadia de Elo começou a ser mediada por acordos: falávamos sobre drogas ilícitas (dizia que as usava como remédio), sobre medicação, alimentação (na ocasião tratava-se de tuberculose e insistia em ingerir apenas sal, água e mel, comida dos semi-deuses), também falávamos de licenças, enfim, sua rotina e comportamento no hospital, assim como a inserção da família no caso; suas sessões eram praticamente diárias, bem marcadas e delimitadas, visando circunscrever suas intensas e repetidas demandas de atendimento. Algumas mudanças indicavam que começava a ser possível alguma implicação entre causa e consequência dos seus atos, entre direitos e deveres, entre ser respeitado e respeitar limites, como se algum enquadramento se procedesse entre ele e o Outro. Porém, continuava afirmando - “meu problema é social” - como quem sinaliza seu pertencimento estruturalmente problemático ao laço social.

Fora daquele espaço, a convivência com a família era inviável - chegara a incendiar a casa; também no hospital, a irritação que provocava ao tocar sagazmente nas feridas institucionais, por exemplo, apontando para o erro de como a medicação sempre lhe fora ministrada, ao mostrar-se dependente desta, acabava por prejudicar o seu

tratamento, os elos de que carecia. - “Sou reação da ação”, dizia, lógica especular que aponta os maus tratos institucionais.

Começamos a ficar atentos em como suas reinternações eram uma resposta cronificada e cronificadora de suas dificuldades, atentos em viabilizar novos caminhos possíveis. Nesta época, Elo vinha trazendo às sessões a temática dos empregos que já teve na vida, do que sabia fazer; começa a falar em ser pedreiro, pois sabe fazer construções, aliás, o que vinha fazendo com muita riqueza no plano das sessões.

Elo passa a falar em trabalho a partir de seu delírio, de como era um pedreiro diferente, sua pá era de diamante e tinha uma técnica que lhe permitia não utilizar-se de força bruta (o que penso ser importante, em se tratando de um “guerreiro”, com uma história de episódios violentos); no decorrer dos atendimentos diz ele próprio ser um diamante, pois tinha valor em si mesmo, mas poderia ser como o Carbono, que é feito das mesmas moléculas e não valer nada; interessante perceber como esta fala figura a fragilidade existencial característica à psicose, onde o sujeito oscila do tudo ao nada, de “Deus” ao “pó”. Elo vai experimentando articulações entre seu mundo e os nossos valores - “neste círculo fechado, o contexto de vocês, profissão, família... tudo segue a lógica do lucro”; num momento posterior, começa relacionar a necessidade de sua independência financeira com condições para desvincular-se de sua família, sobretudo sua mãe. Neste ponto notamos o atravessamento de questões cotidianas e objetivas com a necessidade de separação subjetiva de Elo, que começara a trabalhar como pedreiro junto a um tio, com quem estabelecera forte ligação.

Por “alienado” que fosse, Elo encontrava-se profundamente ligado ao mundo a sua volta: após ao 11 de setembro, ataque ao World Trade Center, a temática de suas “viagens” passa a ser não somente a água (onde fazia “nada”), como o deserto e os guerreiros “talismãs”; ao ser questionado sobre a mudança no conteúdo de seu delírio rebate: “você não lê jornal, não? Temos que ficar atualizados...”.

Este trajeto rumo a um nome próprio fora turbulento; Elo fala de quantos anos perdeu “dentro da psiquiatria” e de como é complicado para ele “sobreviver neste mundo capitalista”, mas já pode falar em “capital de giro” e em “juntar dinheiro para comprar uma ilha”.

Podemos considerar que estas temáticas se entrelaçam no que tangem a própria noção de valoração, onde o lugar habitado pelo doente pressupõe um déficit em relação ao social, por sua vez movido pela lógica do capital, moeda simbólica por natureza. Elo

começou a circular da psiquiatria a este nosso mundo fálico, que no entanto não reconhece como seu e o ocupa de forma marginal.

Por vezes insistia em retornar a Fernando de Noronha, lugar dos golfinhos, onde teria morado na época em que serviu à Marinha. Certa vez foi necessário impedirmos sua mãe de despachá-lo para lá, já que entendíamos de outra maneira seu pedido.

O terreno delimitado que vislumbrava para si vinha sendo a instituição; ainda não conseguira um lugar com uma distância outra que não o eventual afastamento físico, concreto: na estreiteza da transferência, enfrentamos uma delicada situação, pois tornou-se insuportável para Elo a minha entrada em seu cenário particular: “preciso interromper minha terapia com você, pois quando vou me refugiar em meu mundo, te encontro lá e estou acostumado em que seja só meu; não aguento mais”.

Na psicose, a falta do dispositivo simbólico do Nome-do-Pai, leva à hipertrofia do imaginário, cujos esteios servem como recurso de sustentação da estrutura psicótica.

Pareceu-me que uma certa identificação inicial ao meu não pertencimento ao “mundo dos homens” e que permitiu minha aproximação a Elo, neste momento tornou-se invasivo para ele, próximo demais, na medida em que tocava seu estrutural isolamento e forçava-o a reestruturação do arranjo delirante inicial.

A derrocada do mundo solitário que fora construído de forma a torná-lo possível, habitável para si mesmo, era comumente projetada e expressa em suas referências à morte: ‘só estou por aqui para experimentar os frutos deste mundo, mas está no momento de ir embora, ‘passar desta para melhor’.

Num momento posterior, passo eu a ser um destes frutos, porém um fruto geralmente conhecido como proibido; nas palavras de Elo: “você parece uma maçã, verde, que fica no alto da árvore e eu fico só olhando, sem poder alcançar”. Por alguns instantes, Elo aproximou-se da “erotomania”, capturado por minha imagem, objeto fonte de paixão e angústia.

Frente a tal urgência, foi possível reafirmar e confirmar: “não pode mesmo; é isso” Cabe esclarecer que a interferência da instituição foi simbólica neste momento, pois subjetivamente atravessada pelo mandato institucional, pude deixar clara minha função junto a ele, o que vetava a hipótese de tornar-me seu desconcertante objeto de amor. Pude perceber como esta simples intervenção teve um grande efeito apaziguador à imensa angústia que assolava Elo, aproximando-o da morte. Estes momentos de impasse na clínica poderiam vir a favorecer “passagens ao ato”, enquanto tentativas de

barrar o gozo desregrado que invade o sujeito, aniquilando-o, pois da ordem do não senso, do incomensurável, como a própria morte.

Por outro lado, a partir do espaço da fala emoldurado pela transferência, foi possível a circunscrição de uma regra que, reiterada por Elo, fez-se lei; melhor dizendo, o que poderia ser uma regra institucional inócua e sem sentido, serviu como interdição norteadora ao sujeito, ao passo que serviu para regular o peso de meu poder, não mais ameaçador.

A relação estabelecida viabilizou a desobstrução do lugar do Outro, interrompendo o monólogo delirante em que Elo se encontrava, bem expresso nesta fala: “depois de você, as cinco mulheres que falavam permanentemente aos meus ouvidos adormeceram; elas me interrogavam e davam respostas”.

O analista por sua vez, na sua presença rotineira ocupa o lugar do Outro, no sentido do que retorna sempre no mesmo lugar, em torno do qual o paciente emprega seu tempo, deslocamento e afetos, podendo ao falar-lhe, falar-se, vincular-se à letra que, fora do sentido, desenha os contornos do gozo no sentido.

Portanto, só é possível algum efeito analítico via os enlaces do amor transferencial, para que o sujeito se efetue; se não há algo que fogue o sujeito na instituição, não há tratamento.

Cabe fazermos uma reflexão sobre a própria peculiaridade do analista, que com a oferta de sua presença e escuta aponta ao sujeito a possibilidade de construção de um novo discurso, nova posição, faz uma aposta diversa daquela de acreditar que o paciente precisa necessariamente ser cuidado, no sentido assistencialista. O exemplo de Elo, que normalmente vagava pelas noites e ruas “em ligação com o universo”, mas que muitas vezes não se podia conter em sua angústia, mesmo entre as paredes da enfermaria, é ilustrativo quanto a isso. A função do cuidado, muitas vezes justificada através da ética médica não precisa e nem deveria ser exercida a “ferro e fogo”, para que o sujeito, então, possa ter “oportunidade e inspiração”³ para se colocar e tornar-se o seu próprio “agencia-dor”.

No entanto, a estabilidade que fora cuidadosamente calcada por Elo logo mostrou-se frágil, não se sustentou por longo tempo; vinha trabalhando com o tio e comparecia pontualmente ao hospital, porém passa a relatar a dificuldade em cumprir “as obrigações” no trabalho, pois trabalha muito e não ganha quase nada; nesta

³ Fala de um paciente, referindo-se às atividades que fora convidado a participar.

sequência: “preciso partir de algum lugar, quero entrar no jogo capitalista, me capitalizar, mas estou descentralizado e assim não dá pra seguir caminho nenhum”; também relata suas dificuldades nos relacionamentos que sustenta - sobre a namorada diz: “ela me ajuda no lado social (incluindo casa, comida) e eu faço minha parte, mas me cobra ser de um jeito eu não consigo”, referindo-se a “tarefas sexuais”. Parece que tais adequações são insuportáveis a Elo, de acordo com uma norma fálica a qual não é capaz de integrar.

Nesta época me pede em casamento, pois supõe que eu poderia equilibrá-lo. Disse também que fica falando muito em seu local de trabalho e por isso não consegue realizar suas tarefas; diz pretender achar um futuro trabalho com um empresário que também conversasse com ele. Numa construção seguinte, passa a dizer que seu próximo trabalho seria de escritor, quando ensinaria aos homens comuns a sabedoria que lhes faltava. Com estes ditos, Elo estava se remetendo ao campo da palavra e do discurso, possivelmente não ouvido em meio ao paradigma da reinserção psicossocial, paradigma no qual eu também estava inserida, mesmo tentando fazer uma abordagem que considerasse a clínica e o sujeito. Elo se referia a um outro trabalho, inerente às sessões, e provavelmente esta era a aliança a qual eu devesse compartilhar. Minha resposta a seu pedido foi retomar a função da escuta.

Assim como a questão acerca do trabalho, a questão das medicações e das drogas também perpassam o universo institucional e o endereçamento transferencial. Elo desenvolvera uma relação de dependência com a medicação; por anos “na psiquiatria”, teve seu corpo objetivado por elas, arrebatado, sem no entanto sê-lo tomado seu. Desta maneira, figurava-se como efeito, cifrado pelo que contornava e retornava a ele enquanto oferta de tratamento.

Em momentos diferentes, Elo usava as drogas de maneiras e com sentidos diversos: para suportar as pressões, para sentir-se humano e “não flutuar muito”, para abordar o corpo como química e poder sair da esfera do mental, considerando-as similares, ilícitas ou não, e, enfim, para suportar a “dor do parto”.

Aproximando-se do final de meu período naquele serviço, num momento de interrupção dos atendimentos, acreditei na importância e na necessidade de remetê-lo novamente à instituição como um “porto seguro”, cujos dispositivos lhe serviriam de suporte. No entanto, este trajeto só poderia ser realizado de dentro da relação transferencial, e não a partir de medidas práticas automatizadas.

Do ponto de vista institucional, como desdobramento deste caso, e de tantos outros acerca do que chamávamos de “passagem”, foi possível inventar um dispositivo que minimizasse as dificuldades: os supervisores seriam a ponte entre os profissionais que se sucedessem, podendo também intervir quando necessário junto ao próprio paciente, saindo de seus lugares estanques para as dificuldades cotidianas do serviço e possibilitando uma referência para o paciente.

Segundo o andamento do caso, as dificuldades pareceram também ocorrer na minha própria elaboração do processo de saída. Elo acabou por demonstrar a gravidade de uma ruptura sem encaminhamento e a dimensão que poderia vir a tomar. Em dado momento, de fato passa a endereçar esta problemática a mim e à instituição, insistindo em dizer que a nós pertencia.

Frente à diretriz de freqüentar mais o serviço, que havia sido dada por ocasião de minha saída, intensificaram-se as demandas, seja por alimentação, medicação, limites; chegou a sinalizar a “mamata” de ir para o hospital, comer e ir embora; chegou a dizer que não era parasita do Estado e desta maneira apontava para a ausência do trabalho, que para ele, não mais se realizava. Através do significante “mamata”, parecia denunciar quão infrutífero o puro atendimento de demandas; este significante denunciava algo da ordem de um excesso, o que viera a encenar em atos transgressores e no abuso da medicação, pelo que chegou a ser hospitalizado. A última da seqüência de atuações foi levar cocaína pra dentro do serviço, através da qual Elo consegue a mobilização de todos, dos guardas à diretoria, me incluindo e retificando minha posição: a partir de sua fala, explica que a cocaína seria um tipo de analgésico para a dor da partida, que já se estendia em catástrofes por toda a cidade; nesta ocasião, achou que talvez pudesse ser preso por muito tempo, e esta possibilidade de alguma forma o tranquilizava, apesar de afirmar que seu pensamento jamais o seria.

Entendi sua atuação como um recado, como se houvesse uma “exigência do dizer”⁴, enquanto intento de separação e instalação, simultaneamente. Fui novamente convocada pelo caso.

A situação teve que ser trabalhada junto à direção do hospital, em função da quebra das leis corporificadas pela instituição e do transtorno geral que causava um caso

⁴Expressão utilizada por Neuza Santos (2002), referindo-se à inscrição do ato no Real, ainda assim como significante.

de tão difícil manejo⁵. Como referência do caso, preocupei-me em demonstrar a necessidade de contornar a situação considerando seus avatares clínicos; após discutir o caso com a direção, foi possível refazer o “contrato terapêutico” de Elo passando pela autoridade institucional, o que teve um efeito apaziguador para ele; desta maneira, as regras que regem o funcionamento institucional ganham um sentido e passam a funcionar, ao menos temporariamente, como função reguladora para Elo.

Após um curto período, no entanto, Elo retoma a frequência ao Pronto Socorro (ou Emergência); não era incomum endereçar-se a este setor para pedir socorro. Mais uma vez, trata-se de fato de uma “emergência”, onde apesar da grande angústia a ser “remediada”, de alguma forma o sujeito ali emerge e se coloca.

Posteriormente, ocorreu uma passagem essencial no caso: insistentemente, Elo me solicita medicação para a dor do parto, que eu lhe conseguisse atendimento médico; costumava peregrinar pelos diversos profissionais do setor da Emergência, que muitas vezes lhe medicavam indiscriminadamente. Desta vez, voltei a recorrer à diretoria e a situação acerca da administração rotineira de medicações foi exposta. O desfecho foi a determinação de que apenas seu médico poderia atendê-lo.

Este foi um momento muito difícil, pois Elo ficava visivelmente desesperado, fazendo-nos questionar a respeito da necessidade “visceral” que de fato sustentava pela medicação; a saída proposta foi que marcássemos seu próximo retorno ao Pronto Socorro, onde eu o aguardaria. Esta medida foi sustentada junto aos outros profissionais, sobretudo médicos, através de um comunicado escrito por mim, autorizado e assinado pela direção. Desta maneira, demarcamos a existência da Lei, que está para todos, apontando uma direção, num bom exemplo do manejo da clínica na instituição.

Todavia, no caso de Elo, como em tantos outros, a fragmentação entre os setores do hospital impedia a articulação de diretrizes de tratamento. Neste contexto, cabe ressaltar a questão que permanece a cada dia da prática institucional, o desafio de fazer valer a lei, muitas vezes ausente em meio às ambigüidades e indefinições institucionais que por vezes beiram a perversão.

⁵ A possibilidade de expulsão era levantada por alguns profissionais do hospital, pouco comprometidos com o caso; no entanto, houve a suspensão por uma semana, cujos efeitos podem ter se relacionado à expulsão já ocorrida em outras instituições, já que o paciente fora participado desta possibilidade. Desta vez, pensamos que a expulsão resolveria nossos problemas, mas pouco incidiria sobre o conturbado percurso do caso. No entanto, não podemos afirmar os efeitos que as expulsões anteriores podem ter causado.

As sessões se sucederam como de costume: dificuldades com a família, com a namorada, questões sobre seu o auto-sustento e filiação. Neste contexto, voltou a falar sobre o tema do benefício pelo INSS, ressignificando a questão, pois ao ser assumido e reconhecido pelo Estado como “paciente psiquiátrico”, conseguiria sua subsistência: “tenho direito, trabalho na psiquiatria desde que nasci!”. E assim, Elo segue fazendo um belo trabalho.

Continuou comparecendo ao hospital para os atendimentos aos quais está restrito, permitindo a elaboração de um contorno para minha saída; seguimos trabalhando este tema e após uma convicta recusa ameaçando “abandonar este mundo”, passou a declarar que o mundo ainda ia demorar a acabar; assim como inicialmente dizia “você foi a única que me buscou”, depois começou a identificar-me apenas como o primeira de um percurso nascente - “você é a pioneira do meu cérebro”.

Somente *a posteriori* pude perceber quão necessário atravessar este momento com Elo, pegá-lo pela mão e conduzi-lo, através da transferência, a uma possibilidade de continuidade; para tal conclusão foi preciso apenas escutá-lo: “quero uma psicóloga que seja mãe, que já tenha passado pela dor do parto”.

Elo segue dizendo que dali em diante, faria “outra coisa”, faria “psicanálise”. Mas, o que é Psicanálise? Pergunto; “é onde vou falar de minha história” responde, “falar de como me tornei o que eu sou”.

Elo, como costumam fazer os psicóticos, explicitou a constituição do inconsciente pela linguagem e, indicando o caminho da palavra, me ensinou Psicanálise.

Na seqüência da marca deste caso, deixada no meu percurso clínico institucional, passaremos às reflexões sobre um trabalho realizado especificamente no setor de Emergência, de uma outra instituição psiquiátrica, onde busquei desenvolver e aprimorar uma clínica possível ao dispositivo da Recepção e Emergência.

1.2 - Imersão e Emergência no campo do Sujeito

Proponho iniciarmos as reflexões que se seguem tomados por este verso:

Verdade

*A porta da verdade estava aberta,
Mas só deixava passar meia pessoa de cada vez.
Assim, não era possível atingir toda a verdade,
porque a meia pessoa que entrava
só trazia o perfil da meia verdade e a segunda metade voltava
igualmente com meio perfil
e os meios perfis não coincidiam.
Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.
Chegaram ao lugar luminoso
Onde a verdade esplendia seus fogos.
Era dividida em metades, diferentes umas das outras
Chegou-se a discutir qual das metades era a mais bela.
Nenhuma das duas era totalmente bela.
E carecia optar.
Cada um optou conforme seus caprichos, sua ilusão, sua miopia.*

Carlos Drummond de Andrade.

Estas reflexões são fruto do exercício de pensar minha atuação no setor de Emergência de um hospital psiquiátrico público; este setor também funciona como “porta de entrada” dos serviços da rede de Saúde Mental do município, já que temos a

função de receber e encaminhar a população que nos demanda atendimento. Trabalhamos em equipes multidisciplinares, referidas sobretudo à figura do médico e aos paradigmas assistenciais, no entanto, alguns psicanalistas vêm fazendo o trabalho de incluir a clínica do sujeito neste serviço. Partir da premissa de tomar o sofrimento que nos é apresentado para além de disfunções neuronais ou das mazelas sociais, mas considerando a posição subjetiva daquele que fala de seu mal-estar, será o tema a que nos propomos ao longo deste capítulo.

Freud, no texto “Linhas de progresso da terapia analítica”, sinaliza o alcance pouco vasto das “terapêuticas analíticas” comparado “à enorme quantidade de miséria neurótica que existe no mundo (...) e que ameaça tanto a saúde pública, que não pode ser deixada aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade” (Freud: 1918:180); Freud segue dizendo que quando a consciência da sociedade despertasse e o Estado compreendesse a urgência de seus deveres, haveria instituições com “médicos” analiticamente preparados. Ao considerar a larga escala dos analisandos, também chega a questionar se nos forçaria a fundir o “ouro puro” da Psicanálise, com o “cobre” da sugestão.

Ao volume da clientela nos serviços públicos de saúde, podemos acrescentar muitas outras injunções que podem nos fazer recuar frente à Psicanálise neste campo, cujos ingredientes mais efetivos, conclui Freud, continuarão a ser aqueles tomados à Psicanálise estrita e não tendenciosa. Torna-se necessário estarmos atentos a estas injunções, pois só é possível se dizer analista quando se sustenta o seu discurso na própria prática. Como fazer com que a Psicanálise compareça de fato nos serviços de saúde mental? Em que atos os analistas a materializam? Este trabalho não tem sido um exercício tranqüilo, como se a prática da Psicanálise e sua ética já tivessem um lugar garantido pela mera presença de analistas nos serviços.

Estamos falando de serviços públicos, com toda sorte de dificuldades financeiras e funcionais que isso acarreta: burocracias, prazos, critérios e toda sorte de padrões universalizantes, onde a lógica administrativa-utilitarista tende a imperar e a qual se submete a clínica, sejam quais forem as clínicas ou as práticas que se fizerem presentes.

Os problemas que nos são apresentados nestas instituições são de toda ordem, e para usar os exemplos antevistos pelo próprio Freud no texto citado, onde menciona a presença de analistas nas “instituições ou clínicas com pacientes externos”, vêm de “... homens que de outra forma cederiam à bebida, mulheres que praticamente sucumbiriam

ao seu fardo de privações, crianças para as quais não existe escolha a não ser o embrutecimento ou a neurose” (idem, p. 180).

Passando de uma reflexão mais ampla sobre os serviços públicos de Saúde Mental, para a experiência concreta com a qual me deparei, poderia dizer que naquele espaço específico encontrei sobretudo personagens da violência: violência urbana, econômica, social, moral.

Desde um primeiro momento constatei que tratava-se de um terreno muito peculiar, tanto no que diz respeito àquele determinado dispositivo, quanto àquela parcela da população que costumávamos receber. Estaríamos às voltas com um Outro avassalador tal qual o Real? Estaríamos nos deparando tão radicalmente com algo da ordem do traumático e da castração, não como uma operação simbólica realizada na fantasia de alguém, mas falando literalmente de cabeças cortadas e expostas na frente das casas das famílias, em suas comunidades. A partir desta realidade colocou-se a pergunta - quem é o Outro que fala nestes sujeitos?

Do lugar de nosso ofício, acolhíamos e éramos testemunhas de perdas inimagináveis, da agressividade desmedida, do gozo mortífero dos vícios, da convivência com determinadas “leis”, que em sua arbitrariedade nos remetem ao grande pai da horda primeva, que goza sem barreiras. Pisar neste terreno, nos faz desconfiar se compomos de fato uma civilização, para nos encontrarmos num território em guerra. Enfim, no serviço em questão, as demandas de atendimento chegavam volumosas e impactantes, na maioria das vezes misturando a “miséria humana”, a que todos estamos sujeitos, às marcas devastadoras da truculência e miséria sociais.

Como nos utilizar do arsenal psicanalítico, dos seus preceitos e técnicas frente a isto? Sabemos que o traumático e o Real estão para todos, mas como lidar com este quando a fantasia, o delírio, os sintomas classicamente conhecidos, muitas vezes parecem estar suplantados por uma perplexidade, pura angústia? Sendo assim, como atribuir ao sujeito a implicação que concerne à clínica analítica, ainda sem ignorar completamente as peculiaridades das estruturas discursivas que configuram tais situações, para sujeitos tão cruamente contrastados com o Real?

Nas “Linhas de progresso...”, de alguma forma Freud alude a certas peculiaridades, por exemplo, ao hipotetizar sobre a incidência do tratamento analítico entre os “pobres”, diz que:

“... estão ainda menos prontos para partilhar as suas neuroses, do que os ricos, porque a vida dura que os espera após a recuperação não lhes oferece atrativos, e a doença dá-lhes um direito a mais à ajuda social” (Freud: 1918:181).

Aqui, mais uma vez lançamos mão de Freud para falar das peculiaridades de certas categorias de indivíduos, os quais estamos temporariamente tentando configurar em um perfil, procedimento que inclusive se aproxima do conceito de “território”⁶ em Saúde Mental, ou seja, alude a referências, imaginárias e simbólicas, que emolduram determinada clientela. Estas categorias são compostas por sujeitos, certamente singulares, mas que constituem o público da “Recepção e Emergência”, deste determinado serviço em questão.

Miriam Debieux Rosa em “Uma escuta psicanalítica das vidas secas”, nos faz atentar para as diferentes condições de vida e suas possíveis implicações para os sujeitos, ao mencionar a grande parcela da população em “desamparo social”. Estes sujeitos muitas vezes são excluídos dos recursos institucionais organizadores da vida social e do acesso aos bens e modos de gozar instituídos pela sociedade, o que pode propiciar o que chama de “desamparo discursivo”, pois “...as estruturas discursivas que suportam o vínculo social, no que rege a circulação de valores, ideais, tradições de uma cultura resguardam o sujeito do real” (Rosa, 2006: 42). Frente ao desamparo do ser falante, desta maneira agravado, o risco do traumático, do impossível de simbolizar seria duplo: tanto sua exposição à ocorrência é aumentada, quanto os recursos para sua elaboração encontram-se diminuídos.

No entanto, certamente não se trata de mais uma vez excluir o sujeito, privá-lo de sua escuta, de uma certa “oportunidade de sujeito”, por assim dizer. Há uma dimensão ética e política na escuta em propiciar que o sujeito dê andamento às articulações significantes, reproduzindo-as ou modificando-as, e possibilitando a ruptura de identificações imaginárias congeladas, que muitas vezes atribuem lugares excludentes e marginais a determinadas classes de sujeitos, lugar de resto social que comumente lhes são atribuídos.

⁶ Designa o extra-institucional (*fora da instituição de saúde*), marcado por limites geográficos, culturais, socioeconômicos(...); conjunto de referências que desenham a moldura do cotidiano para cada cliente, seu território familiar, mitológico, jurídico” (Delgado, P. 1997:41). Segundo o autor, a concepção de território traz implicações clínicas e só passou a ter existência com a regionalização dos serviços de atenção psicossocial.

No texto citado anteriormente, Freud aponta a análise como alternativa para que estes homens e mulheres “possam tornar-se capazes de ‘resistência’ e de trabalho eficiente” (Freud, 1918:180).

Freud falava de resistência à bebida, ao abatimento pelas privações, ao embrutecimento e à neurose, ou seja, à miséria neurótica de grande parte da população. Podemos extrair deste texto, que caberia aos analistas “dar mais força (ao paciente) para enfrentar a vida e capacidade para levar a cabo suas verdadeiras incumbências nela” (idem, pg 177-8). Fazemos aqui a leitura de que ao mencionar “suas ‘verdadeiras’ incumbências” na vida, estaria Freud nos dizendo da dimensão do desejo.

Através da análise, Freud propunha desvendar a natureza do desejo envolvida enquanto motivação inconsciente constitutiva da neurose de seus pacientes, convidando-os a falar; e assim, a dimensão do desejo e da palavra começa a se relacionar, para em Lacan tomar contornos mais complexos.

Já o termo “resistência” cunhado por Freud enquanto conceito surge como tudo aquilo que impede o tratamento analítico, devendo ser vencida pela insistência ou persuasão do analista; porém, superada e fase da sugestão, onde o analista visava driblar as dificuldades que se impunham ao tratamento, a resistência passa a ser reconhecida como um importante índice do material recalçado e meio de acesso na sua ligação com a transferência; a partir de então, a transferência é considerada ao mesmo tempo o maior obstáculo e o único veículo do tratamento.

Cabe portanto, a observação de que algo da ordem do desejo se impõe ou se atualiza na transferência. Como aquilo que é da ordem do inconsciente se atualizaria nas demais situações da vida do sujeito, ou seja, fora da transferência analítica mas obedecendo ao movimento de repetição inerente ao funcionamento do inconsciente? Enfim, como a dimensão do desejo se imprime no cotidiano destes sujeitos, dos quais nos ocupamos e aos quais buscamos aqui focar?

Lacan nos fala da lógica da linguagem para fundamentar a importância da palavra do sujeito em análise, não do discurso em suas qualidades compartilhadas enquanto valores ou significações conhecidas, mas o que há nas entrelinhas das palavras e que indica funcionamentos de linguagens sempre particulares ainda que para falar do que lhes escapa.

O conceito lacaniano de sujeito nos remete à dimensão radical da escolha inconsciente que habita os mínimos instantes de nossas vidas, justamente porque confrontados com o Real - a possibilidade de sujeito existe por estarmos às voltas com o

que não se pode controlar, com a não equivalência prévia entre as coisas e as palavras, ou mesmo entre as palavras e um sentido que lhes fosse inerente.

Podemos afirmar que é nesta dimensão “das palavras” que o sujeito comparece. Na possibilidade da fala em estado nascente, em enunciação, o novo aparece; ao tentarmos dizer uma mesma coisa, criamos uma nova versão, particular e inesperada, talhada no universo do Outro. Se não houvesse esta báscula entre as palavras, que nos remete ao Real, o sujeito não seria possível, não seria relançado enquanto instância desejante. Voltaremos a isso.

É a esta dimensão do que escapa e do novo que as instituições sociais, de uma forma geral, visam enquadrar em seus discursos; no entanto, se a fonte do desejo não seca, se o discurso não cessa, é porque algo de indizível insiste em comparecer, causando um movimento de criação constante que manifesta esta própria estrutura do desejo de sempre querer outra coisa; a estrutura do desejo é o movimento; já o que caracteriza a instituição é a estrutura fixa, parâmetro e molde para o que se repete; é “o mesmo” que a configura.

Portanto estamos falando de algo que pode também “resistir” ao próprio desejo, algo que tende a tamponá-lo. As instituições, por definição não estão interessadas no desejo, mas na conformação e no controle deste. Cabe o parêntese de que a própria instituição psiquiátrica, tem exercido seu mandato histórico de regulador e normatizador social; a que preço os analistas, historicamente revolucionários,⁷ compõem seu corpo?

Apesar da importância desta questão, suponho que ao introduzirmos nas instituições de Saúde Mental a possibilidade de escuta, passamos a lidar com algo que é da ordem de uma escolha referente à posição desejante; desta maneira, deixamos de falar de objetos vitimizados, para lhes dar voz. É a partir desta fala que visamos a posição subjetiva que se coloca em questão, como causa de si mesmo. De pobres frutos de um sistema infeliz, para sujeitos desejantes, torna-se necessário uma aposta num trabalho de implicação subjetiva, onde o sujeito passa a desconfiar de que a história que escreve para si, parte de fato de sua autoria. Este trabalho pode não acontecer com todos os sujeitos aos quais convocamos, mas partir desta premissa permite-nos colocar em jogo um fator fundamental a ser considerado, a saber, o desejo. Cabe ressaltar o que a

⁷ A psicanálise já nasce revolucionária a partir da descoberta do inconsciente, ao se ocupar do sujeito que a ciência original foraclui, ao manter-se, segundo a opção freudiana, independente da Psiquiatria, mas não sem relação com ela (segundo a Conferência “Psicanálise e psiquiatria”, citada a seguir) assim como ao participar ativamente de sua Reforma.

própria Psicanálise nos ensina, de que nem sempre o desejo aponta para “o bom e o belo”, lembrando-nos, por exemplo, de que também a guerra é parte constituinte da civilização.

Quanto ao que chamei de “clínica do Real”⁸, muitas vezes o que pretendemos é que através da fala alguma roupagem simbólica possa se tecer, fazendo mínimo anteparo ao insuportável do Real que se apresenta, onde o desafio é colher e acolher o drama, sem tamponá-lo totalmente, para que a partir do fio do discurso que se tece, possamos nos guiar em direção ao que se trata, à Verdade de que se trata. No sentido de uma roupagem ao Real, pode-se dizer que lhe damos instituição; para isto nossa instituição serve àqueles que chegam até nós. Para isso, talvez uma certa “imersão” neste universo seja necessária, para que ao invés de evitarmos ou nos defendermos da angústia, possamos atravessá-la junto ao sujeito.

Para tentar relatar um pouco da experiência cotidiana do serviço em questão e assim nos aproximar da “realidade” por mim encontrada, trago alguns fragmentos dos atendimentos realizados neste serviço, ao mesmo tempo buscando identificar o que era possível configurar-se como moldura para o que ali se apresentava:

Recebemos Maria, que tivera o filho assassinado por policiais na comunidade onde morava, aparentemente sem causa e de forma inesperada; ela mal dormia ou comia, estava permanentemente irritada e chorosa; nos primeiros atendimentos soubemos que fora medicada com calmantes e anti-depressivo; sua fala era comovente e indignada. Frente a ela, presenciávamos antes um sofrimento lacerante, do que propriamente uma doença a ser debelada, como de costume pela clínica médica, ou algo que se configurasse como um sintoma endereçado a ser percorrido como índice de um sujeito. Parecia que não havia o que pudéssemos fazer - apenas acolhemos longamente a sua fala e concordamos com o caráter terrível do que lhe acontecera; nos surpreendemos com a sua fala, ao se perguntar, como quem nos perguntasse: “e agora?”. Ao final do atendimento, Maria revela que pretende organizar uma mobilização contra a violência policial; foi desta maneira que a ela foi possível se organizar temporariamente, até onde pudemos testemunhar, para manter-se “viva” e seguir seu caminho .

⁸ Esta é uma expressão de Jacques Alain-Miller para se referir ao segundo tempo da obra de Lacan; no entanto, aqui é utilizada para designar o meu encontro com esta clínica, com as dificuldades em lidar com os horrores da violência, da arbitrariedade e do gozo mortífero que se apresentavam, muitas vezes sem disfarce.

Já Bárbara, sob os escombros de uma perda semelhante, retorna ao serviço para solicitar internação e queixar-se da medicação, que de nada vinha servindo quanto ao seu sofrimento; na primeira vez, fora trazida pelos bombeiros, pois estava no cemitério tentando desenterrar seu filho com as próprias mãos; nesta ocasião fora internada; no momento atual vai diariamente a Emergências Clínicas receber injeções que a acalmam instantaneamente, até a próxima crise de agitação, quando se morde, se bate ou desmaia; neste momento, já não atendemos sua demanda eterna por internação ou aumento de medicações; nos repetidos atendimentos, costumava não querer falar sobre si; certa vez contou que lhe disseram que seu problema se originava da relação com sua mãe e chegou a verbalizar sobre o fato de não pretender tocar nisso; comparecia freqüentemente com o marido, de quem se queixava veementemente: ele, (como todos os outros) não servia pra nada, não fazia nada por ela; já havia sido encaminhada, em vão, para Psicoterapia mas parece imersa no gozo do sofrimento e, desta estranha maneira, continuava retornando à Emergência.

Valquíria, a sua maneira, também parece pedir algum tipo de contenção; tem impulsos de socar seu filho, e às vezes o faz; conta também que amarrou a boca do bebê quando este chorava. Sente-se a pior das criaturas e lembra-se das atrocidades com as quais conviveu no tráfico, quando era namorada do dono da “boca”; este chegou a matar um amigo dela por ciúmes e esta lembrança a atormentava muito; lembrava-se do vício, da violência, das mortes, parecendo identificar-se a isto. Apesar de visivelmente dopada, sua agressividade só diminui à medida que vai falando, e isso ela mesma percebe; por exemplo, o ódio contra o pai, quando este lhe falta em suas solicitações, antes era manifesto em violência, mas na medida em que pode falar sobre sua raiva com o próprio pai, já na época dos atendimentos, isso se apazigua. Não lamenta as dificuldades financeiras que vive, pois se dá conta de estar melhor hoje em dia do que naquela época. Neste momento, quando diz “estar melhor hoje em dia”, algo nela se ilumina; antes entregue na figura de doente, enlouquecida de ódio, passa a comparecer ao serviço com algo de uma dignidade, como alguém que renasce. Em outro momento, chega a perguntar de onde vem tanta raiva e reforça o pedido de atendimento psicológico, pois pretende descobrir. Passada a “emergência”, foi feito o encaminhamento.

Assim, observamos respostas de sujeitos diferentes, em situações parecidas, na medida que a violência irrompe de alguma maneira: uma se coloca contra a violência e assim retornará à questão suscitada, não retornando mais ao serviço; a segunda é

tomada pela violência, como quem se afoga levada por uma onda gigante, mas começa a se debater na direção dos retornos à Emergência; já a última, parece tomar a violência como nome próprio, até começar a distanciar-se dela através de sua fala, a qual começa a interrogar.

A Psicanálise nos ensina que cada um necessita de tempos diversos e vivencia as situações de maneira absolutamente singular - lição preciosa e que raramente encontra guarida nas instituições. Se formos tomados pelos moldes burocratizados do funcionamento institucional, não poderemos respeitar o tempo de cada paciente, nem mesmo fazer dos nossos, do “espaço interno” que dispomos, dispositivos de intervenção, tempo e espaço necessários à possibilidade de sujeito, aposta do profissional e convicção de que só cada sujeito poderá solucionar a questão, que se configura como muito própria. É a partir da “porta de entrada” que possibilitamos o sujeito a comparecer, seja em sua fala, sintomas ou mesmo angústia.

Ao longo do trabalho neste dispositivo, cuja orientação dominante não é a psicanalítica, e do contínuo exercício de construir a possibilidade de intervenções clínicas pautadas no sujeito, observei que um caminho possível para a minha prática, pautada na Psicanálise, seria visar formas de simbolizar o que se apresenta como Real, isto é, proporcionar condições de tratamento do Real pelo Simbólico, a partir da enunciação dos sujeitos durante as repetidas vindas ao setor de Emergência. Para Maria e Valquíria, alguns retornos já foram suficientes, para em torno de verdadeiros rombos que se abriram em suas vidas, construírem algo para além do passo da angústia. Por sua vez, Bárbara talvez tenha caminhado do puro Real, para a pura angústia, mediada eventualmente por queixas e sintomas somáticos; em seu primeiro momento, poderíamos dizer que Bárbara compareceu enquanto sujeito? Parece que estamos diante de algo aquém mesmo da angústia, algo da ordem da passagem ao ato; estamos diante de alguém que tenta tirar com as próprias mãos, a barra do Outro, corte impossível de simbolizar. Aqui continuamos a propor nossa instituição como lugar de “retorno”, em torno da qual visamos mediar com as palavras, o que apresenta-se como indizível .

Após estes relatos podemos dizer que a angústia, frente a qual também nos angustiamos e muitas vezes a tentamos estancar, já se constitui como uma defesa contra o Real. Seguimos falando sobre a clínica da Emergência, uma clínica sobretudo da angústia.

Na teoria da angústia, Freud inicialmente diferencia as psiconeuroses das chamadas “neuroses atuais”, que seriam reativas a problemas no mundo externo, para

depois remetê-las à mesma origem, dizendo respeito a um trauma sempre originário, ou seja, que encontra-se na constituição do psiquismo. Esta questão atinge o cerne da discussão aqui proposta de buscar a especificidade do trabalho com esta clientela, a qual supomos particularmente exposta ao traumático, ao Real, à morte.

A angústia, no entanto, não apenas advém mediante alguma situação externa desfavorável (à libido, como propôs Freud no caso das neuroses atuais), como também é, por si, causa do recalçamento. O passo dado por Freud posteriormente permitiu inverter a angústia do lugar de conseqüência para causa e enquanto tal, já coloca em jogo algo da posição desejante frente ao Real. Sendo assim, a angústia estaria para todos, pois há sempre uma angústia (primária) referente ao trauma originário, através do qual o psiquismo se constitui, como defesa. A angústia cria condições de possibilidade para o sujeito, por exemplo através da formação dos sintomas e já seria um sinal do sujeito, uma defesa contra sua queda, por exemplo como na passagem ao ato.

Ainda nos primeiros tempos de sua obra,⁹ Freud tratou a forma pela qual a angústia se apresenta, sobretudo por componentes somáticos (vertigem, dispnéia, perturbações cardíacas, etc), “angústia pura” (que seriam quadros como o *pavor nocturnos*, por exemplo), componentes fóbicos ou ansiosos; estes componentes seriam suscetíveis de se ligarem a qualquer conteúdo representativo que lhe pudessem oferecer suporte, porém sem reconhecer nestes os substitutos simbólicos. Freud denominou esta afecção de “neurose de angústia”, definindo-a como “uma tensão física que não pode passar para o psíquico e se conserva pois num caminho físico” (Freud,1895:240-1). Ainda neste texto é feita uma diferenciação da sintomatologia histérica, onde a excitação é descrita como psíquica, porém toma um caminho errado na direção somática.

É impressionante como esta descrição da neurose de angústia se assemelha a muitos dos estados apresentados na Emergência, onde o mal-estar incide no somático e no cada vez mais freqüente “pânico” (o chamado Transtorno de Pânico, pelo CID 10¹⁰); é como se estas afecções atingissem o “real do corpo”, sem passar por uma simbolização, assim como descreveu Freud, a respeito da “neurose de angústia”.

⁹ FREUD, Sigmund. ‘Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos’ (1895). In: *Obras psicológicas completas*, Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro: Ed. Imago., vol. I, Rascunho E, pg. 135.

¹⁰ Código Internacional de Doenças, que está em sua décima revisão, autorizado pela Organização Mundial de Saúde; se baseia numa classificação estatística, utilizado mundialmente para cifrar os quadros referentes à clínica Psiquiátrica.

No texto supra citado, “Como se origina a angústia”, podemos fazer a leitura de que aquilo que não é simbolizado, remete-nos a uma origem muito arcaica, que Freud costuma remeter à hereditariedade, ou seja, ligar mais à história da espécie do que a do indivíduo, chegando a postular que a ontogênese remonta à filogênese; a angústia seria apenas um resíduo que atestaria a revivência destes acontecimentos não simbolizados. Em sua leitura, Lacan nos fala da “herança” do Outro para cada sujeito e transpõe esta origem traumática para a falha estrutural da lógica do significante.

A origem traumática a que Freud chamou de trauma originário, acontecimento primário impossível de simbolizar totalmente, seria associado à primeira separação da mãe, enquanto primeiro objeto de amor, fadado à ausência, destinada a se repetir em cada ocasião em que a falta do objeto terá, para cada sujeito, que se resolver psiquicamente. Seria isso o que ocorre a todo sujeito “... exposto a momentos assinalados pelos horrores da ausência, do tormento da castração, e da idéia de morte” (M.-C. Lambotte in Kaufmann, 1996:38).

Sendo assim, podemos afirmar que a angústia é sinal do Real que se apresenta de modo irreduzível na experiência. Para Lacan,

“...o emprego da categoria do Real extravasa o que Freud designa por ‘angústia real’, pois trata-se de uma exterioridade deliberadamente estranha ao significante; o corte que dela resultou concorre então para a estruturação do sujeito (...). É para inteirar este lugar faltoso, por um sinal que chamamos de sua própria castração, que o sujeito é convocado” (idem, pg.41).

Desta maneira, podemos deduzir que o Real é sempre um Real constitutivo de determinado sujeito que através da fala comparece, chamado a dizer de sua falta e do seu desejo. Já na angústia que muitas vezes se apresenta, num primeiro momento, sem palavras, apostamos que há um índice daquele sujeito, naquele ponto em que se angustia, ponto que justamente por isso indica o momento de um vazio originário do sujeito, que dirá de sua verdade.

È desta maneira que, a partir de Lacan, propomos lidar com a questão do que chamamos “clínica do Real”, pois se consideramos o sujeito como uma resposta ao Real¹¹, é mais uma vez convidando-o a comparecer em sua palavra, que possibilitamos delimitar o que aparece como verdade para ele e aí a verdade, sempre parcial, se

¹¹A expressão original seria “resposta do real” segundo Lacan citado por Rinaldi na introdução de seu livro sobre a ética da diferença (Rinaldi, 1996:18), ao mencionar as diversas abordagens do conceito de sujeito ao longo da obra lacaniana, cuja premência do real só se estabelece em suas últimas elaborações.

constitui como acesso civilizado ao Real. Ao fazer do Real, Verdade, fazemos do Outro absoluto, Outro barrado.

Se não há como saber integralmente o que determinou tal ou qual sujeito, justamente por supor ali um traço, marca Real, é que potencializamos a dimensão da escolha quanto a isso, mais uma vez nos fazendo sujeitos.

Nos atendimentos pontuais que realizamos, a intervenção visa sobretudo mediar as crises com perguntas, possibilitando condições para o sujeito falar, implicando laços associativos, convocando-o a inventar a linguagem como “...estratagem para contornar este abismo que nos separa do mundo” (Maurano, 2003:17). Segundo a autora, com a linguagem construímos uma rede de elementos através da qual encontramos meios de nos referendar, situando com isso o Outro a quem nos dirigimos. Frente à dor da falta, que constitui propriamente a nossa humanidade, Maurano sugere que a palavra “patologia” seja traduzida “ao pé da letra” - busca de sentido (logia) daquilo que causa espanto (pathos) à alma (psico).

Cabe dizer que não se trata de negar o espanto, mas de supor que este opera para além do que a linguagem pode e deve distinguir, recortar, representar; neste sentido o discurso é “representa-dor”. Na “emergência” talvez tratemos de tecer as linhas da linguagem, mais do que desfiá-las, construir mais do que desconstruir, para no entanto supor uma autenticidade singular na fala do sujeito. Num primeiro momento de emergência do sujeito, quando está em perigo, talvez não haja discurso algum, porém sua formulação advém do convite à fala; desta maneira, temos um primeiro momento, quando colhemos e acolhemos o que nos é trazido, para só depois localizar o sujeito na posição que se coloca frente ao Outro.

A proposição de perguntar, além de supor um saber particular do lado do sujeito e não numa nosografia pré-existente, por si só exige uma suspensão entre as demandas que nos chegam e as respostas fornecidas:

“tanto a idéia de que o sintoma tem um sentido ligado à experiência do sujeito, quanto a de que há uma distância entre demanda e resposta, são proposições freudianas por excelência. A primeira delas é a própria noção que funda a Psicanálise: diante das históricas que intrigavam a medicina, a posição de Freud foi a de que aqueles sintomas (...) tinham um sentido ligado ao desejo. A segunda corresponde à afirmação de que, entre o dito e o que subjaz ao dito, há uma não equivalência. Esta não-equivalência entre o dito e o que subjaz ao dito é a própria noção de inconsciente tal como formalizado por Freud. O corolário dessas proposições freudianas é o de que a ação terapêutica deve incidir sobre a relação do sujeito com seu sofrimento, seu sintoma e, em última análise, com seu ato” (Tenório, 2000:85).

Portanto, trata-se de interrogar, no sintoma, na angústia e na vida, a posição que ocupam os sujeitos ao se defrontarem com a falta daquilo que supostamente os tornaria completos;

“... o vazio é impossível de ser extirpado, mas cabe-nos encontrar meios menos nefastos de abordá-lo (...) *‘Não se pode mudar a direção do vento, mas pode-se alterar a posição das velas’* e seguir, quem sabe, com mais fluência” (Maurano, 2003:59).

Partir da posição que o sujeito ocupa na vida inverte a perspectiva de alguém vitimado pelo dilaceramento que o acometeu, para alguém que, fatalmente, tem relação com aquilo que lhe acontece e, ao reconhecê-lo, assim faz barreira frente a um Outro absoluto. Esta é a contribuição que tenho conseguido extrair da Psicanálise para a clínica na Emergência, para a clínica com esta população. No entanto, apostar nesta dimensão radical do sujeito frente a histórias tão arruinadas, ao mesmo tempo que positiva a dimensão da escolha frente ao que poderia ser pura impotência, também nos coloca frente à frente com possíveis escolhas para além do princípio do prazer, frente à pulsão de morte.

Ao considerar que o sujeito fatalmente está implicado naquilo que lhe acontece, venho agora relatar brevemente alguns casos que chegaram à Recepção e Emergência, visando abordar a questão das perdas e marcas violentas que se imprimem nos percursos daqueles que vêm relatar suas histórias, tentando aqui, sobretudo, delinear o que da posição inconsciente destes sujeitos se repete como imposição de seus destinos.

Ana vem por iniciativa própria solicitar atendimento psicológico, “apoio”; perdera sua mãe e logo após o seu filho, este último num acidente cujo carro o pai dirigia; já perdera outros filhos, sempre antes do nascimento; este teria sido o único a vingar, justamente numa época em que se separaria do marido; sua morte também ocorre na eminência de uma separação; com o acidente, o marido ficara acamado por dois anos e Ana lhe dispensa todos os cuidados, sem espaço para a tristeza, que mal apareceu. A relação do casal sempre foi marcada por muitas brigas e ofensas proferidas pelo marido, cabendo a ela apaziguar e tolerar o que denomina “maus tratos”, inclusive com ameaças de morte; as brigas se davam em rompantes; desde o namoro, seu primeiro, o esposo lhe dizia que se não se casasse com ele, faria mal a sua família. Recentemente, a situação culmina com o abandono de Ana numa estrada, quando restabelecido do acidente; na ocasião, quando o marido retorna no caminho, não diz

nada sobre tê-la deixado, mas apenas afirma – “viu, não precisei de você”; neste momento ela sai com a roupa do corpo e nunca mais volta, deixando casa, bens, sua história, e o casamento de 37 anos; é quando pede ajuda; alguns meses após “é acometida” por um câncer no seio e teve que submeter-se à cirurgia e ao penoso processo de quimioterapia; seu seio foi retirado e cabe dizer que, até o momento, ela não pensa em reconstituí-lo.

Não adentraremos em tais detalhes para segui-los enquanto pistas da posição subjetiva de Ana, em como estabelece suas relações com o Outro. O que gostaria de focalizar é como sua história é impressionantemente marcada: pela violência do marido, pelas ameaças de morte, por abortos e pela morte do filho, pela mutilação de seu corpo, entre outras; poderíamos dizer que sua história é imperiosamente marcada por traços no Real.

Ana não chega ao serviço “em emergência”, angustiada ou fora de si; sua demanda é de se localizar dentre tantas mudanças; busca assiduamente ocupar o tempo e poucas vezes seu sofrimento aparece, até a emergência do fenômeno psicossomático, do desenvolvimento repentino de um o câncer.

Reapropriando-se de sua história, depois de retomá-la em muitos detalhes durante atendimentos que se estendem por dois anos, Ana chega a falas como estas, por exemplo: “às vezes tenho vontade de localizar a tristeza”; “o físico entra no que é carência psicológica?”; “foi preciso o meu filho morrer para eu tomar uma atitude?”; “até hoje não entendo o que aconteceu para eu ir embora”.

Mesmo perante perdas e retiradas tão radicais, ao longo do trabalho analítico, desconfia-se de alguma misteriosa implicação de si mesma nestes acontecimentos, podendo se aproximar de uma elaboração de algo antes localizado no Real de seu corpo ou mesmo como acontecimentos que se imprimem em sua vida.

Passaremos a seguir a outro exemplo clínico, onde presenciamos a recusa por qualquer implicação, recusa esta reimprimida ao longo das sessões.

Quando João chegou à Emergência contou sobre seu “acidente” de trabalho: ao defender-se da agressão do colega carcereiro, o atingiu com pauladas fatais; não consegue se lembrar da cena; com uma história de conduta moral corretíssima durante toda sua vida, agora traz a morte no bolso, me mostra o veneno pra ratos e diz que pra cadeia não vai.

Na ocasião foi feita medicação e contato com um familiar, na tentativa de sedar o ímpeto e conter o risco de uma passagem ao ato. De fato, João retorna, aparentemente

mais calmo. Seu discurso se limita a culpabilizar o outro e atribui o seu momento de ira às más condições de trabalho, ao salário, ao ambiente mortífero da cadeia, ao descaso e corrupção das autoridades.

No entanto, é por suspeitar que algo de mortífero habite João, que sua fala é chamada a comparecer para nos mostrar como o Simbólico, insistindo, é capaz de se realizar como uma profecia que imprime um determinado destino.

Em dado momento, a partir do relato da “dependência” que estaria adquirindo, em relação à instituição, à medicação e a mim, seguem as questões: “olha onde vim parar; vou ficar dependente pra sempre? isso é vida?”. A série associativa que se segue são lembranças do pai “vegetando” em cima de uma cama, dependendo dos outros e o deixando desamparado aos treze anos de idade. Nas sessões é comum dizer “o colega morreu, mas eu fiquei com a vida destruída”, o que para mim associa-se a sua posição com relação à morte paterna; chega a dizer que “a morte só é ruim pra quem fica”.

Percebo que é a este lugar mortífero que se identifica, no ato cometido (foram três pauladas na cabeça e três os derrames sofridos pelo pai) e talvez antes, também na própria escolha de sua profissão, já que define a cadeia como o inferno, o “fundo do poço”, poço que rondou durante anos, até atirar-se nele.

Continuava mencionando sempre o possível suicídio, no entanto agradecia por poder falar disso comigo, algo de que não falava com mais ninguém. João retornou ao serviço por oito meses, quase sem faltar; chega a se surpreender com os relatos que surgiam, para ele sem sentido e há muito não tocados. Durante este período, algo daquela cena se reapresenta: teme e evita dirigir seu carro, pois outros “acidentes” podem acontecer; curiosamente, em uma ocasião, bate o carro ao sair de uma vaga e identifica como só o seu carro teria saído prejudicado, e numa outra vez, atropela um cachorro; ainda durante uma sessão que fora interrompida por terceiros, rememora a rigidez do pai “se fosse eu, levaria uma surra”, mas não chega a propriamente se afetar; também ao falar da briga com o colega, não mais demonstra-se angustiado, porém incomodado com o acidente que havia acometido sua vida, pois afinal, apenas se defendeu.

No entanto, apesar do longínquo julgamento, João parece já ter dado seu veredicto e não deixa saída para si mesmo; diz que depois do acontecido, já não pode mais viver (“sem trabalho, sem estabilidade, com a idade avançada”, etc.) assim como para a cadeia não aceita ir. Não é capaz de investir em nenhuma possibilidade que não retirar-se de cena, da qual se desemplica radicalmente, “a não ser que ganhe na loteria”.

Após estes meses, pára de ir às sessões, mais uma vez “se suicidando” do Outro; não aceita a “cadeia” da linguagem a não ser do lado de fora da cela. Vale dizer que com minha saída deste serviço, ofertei a possibilidade de seguir o trabalho no consultório particular e talvez isto tenha representado para João um lugar de sustentação, enquanto sujeito, mais uma vez recusado.

A partir destes exemplos, podemos articular o chamado à implicação subjetiva como caminho para o gozo barrado, como recurso frente ao gozo mortífero porque absoluto. O que não se encerra na cadeia significante do Outro, retornará de fora, no Real.

A implicação diz respeito a admitir que há uma relação com o Outro que é criação do próprio sujeito e que diz respeito também a seu desejo. O relato do paciente aponta para a verdade do seu desejo inconsciente e nos permite descobri-la, na medida que se tece com os fios significantes. Cabe lembrar, que há outras formas¹² da verdade do sujeito se vestir simbolicamente, levando a termo o sujeito, sendo os sintomas uma delas, daí a máxima analítica de que os sujeito deve implicar-se no seu sintoma.

A implicação consiste em se dobrar ao corte significante e à perda que isso acarreta; implicação é justamente considerar este sujeito convocado frente à perda; tentar ignorá-la seria tentar evitar escolhas e portanto negar-se sujeito.

O que se configurou como questão para mim no atendimento desta clientela, é como um certo padrão de posicionamento do sujeito retorna, se repete e se imprime, numa espécie de história não contada, como algo que age em silêncio.

Ao mesmo tempo, o termo “retorno” me faz aludir ao retorno do recalado, ao sintoma e outras formações do inconsciente e enfim ao sujeito, cuja verdade aparece referida a um Real que “ex-siste” à insistência do Simbólico. Lacan diz que “a verdade fala”¹³. Poderíamos dizer então que a verdade fala justamente porque retorna?

Segundo Lacan em seu Seminário:

“há um círculo simbólico exterior ao sujeito, e ligado a um certo número de suportes, de agentes humanos, no qual o sujeito, o pequeno círculo que se denomina seu destino, se acha indefinidamente incluído (...). Um certo intercâmbio de relações prossegue, ao mesmo tempo exterior e interior, que é

¹² As formações do inconsciente, portanto simbólicas por natureza de linguagem, seriam os sintomas, os sonhos, os chistes e atos falhos, assim como a fala, sistematizada por Freud através da associação livre.

¹³ Seminário proferido em 69 e que está no livro 16: de um Outro a outro (inédito), segundo Alberti in Rinaldi e Jorge, 2002: 46.

preciso representar-se como um discurso que a gente recita” (Lacan, (1954-5) 1985: 130).

É porque o sujeito encontra-se “indefinidamente incluído”, efeito do significante tomado em cadeia, que podemos dizer que o sujeito se origina do Real do discurso, do qual a verdade se aproxima. No entanto, mesmo quando a porta da verdade está aberta, só é possível passar meia metade da verdade de cada vez, carecendo cada um optar, como nos disse Drummond; assim,

“... a verdade ganha o estatuto de criação, inesgotável e ao mesmo tempo precária, uma vez que a pulsão de morte tende a desfazer os laços feitos por Eros”(…). Portadora de uma sombra essencial, (a verdade) designaria um mais além da palavra, o silêncio, o indizível. Lacan dirá que a verdade só é acessível por um semidizer, porque além de sua metade não há nada a dizer” (Leite in Rinaldi e Jorge, 2002: 212).

Na trilha da interrogação imposta pela clínica, encontrei em “Além do Princípio do Prazer” (Freud, 1920) a formulação freudiana sobre a questão da repetição (do retorno) dizendo respeito a marcas que exigem imperiosamente uma retomada. A pulsão tende a retornar para buscar, de novo, as primeiras satisfações; a tendência ao estado inanimado, perseguido mas impossível, garante a repetição e é apreendida como pulsão de morte, como marca inscrita desta inércia.

Com Lacan, a particularidade do discurso de cada um diz de uma organização estrutural (portanto, de um modo de gozar) que, enquanto tal, se repete, caracterizando este discurso. Assim, é a própria estrutura do discurso que articula um indizível, ponto fora do traçado que podemos encontrar em Lacan como endereço ao Real e em Freud como pulsão de morte.

Então, o próprio inconsciente, enquanto estrutura-se como uma linguagem, caracteriza-se pelo retorno; não apenas no sentido do que foi recalcado, mas por buscar os mesmos regimes de signos e inevitavelmente fracassar; fracassa pela inadequação do princípio do prazer ao princípio da realidade e porque:

“... as relações simbólicas estão sempre cercadas de um ponto de inadequação. Trata-se de um fracasso ao qual o falante está condenado, por estar imerso no mundo da linguagem. Todavia essa ordem que lhe confere uma “má forma” é, ao mesmo tempo o que lhe garante uma marca, em torno da qual se opera seu movimento e retorno” (Souza in Rinaldi e Jorge, 2002: 198).

A subversão analítica consiste em extrair desta operação de um regime de diferença, da falha e do tropeço, o espaço para o desejo; para além do retorno do mesmo que jamais poderia ser alcançado, o Real comparece, fazendo com que algo seja acrescentado ao repetir, possibilitando o acesso ao gozo, parcial porque marcado pela escansão do significante. Se render à dimensão da palavra e ao próprio discurso é admitir “as meias verdades”, é enredar-se em “uma ordem simbólica em pleno parto, vindo, insistindo para ser realizada” (Lacan, 1954-5:407), ao mesmo tempo não sendo e insistindo para ser.

Se por um lado há uma economia silenciosa a partir do que é contabilizado pelo caminho das perdas marcadas como traços que se repetem, por outro, é através do enlace destes traçados, produzindo uma ficção contada por cada um, que o desejo pode surgir encarnado na palavra. E é por isso que o terreno da verdade deve se manter sempre em interrogação, para se manter entreaberta a porta verdade, para que se possa sempre dar continuidade a seu estatuto de criação inesgotável.

Caso o enlace destes traçados não se realize através de um enredamento, tomando “enredo” como ato ou efeito de enredar-se e como conjunto de incidentes que constituem a ação de uma obra de ficção¹⁴, o que restará será a marca da inércia enquanto gozo mortífero, enquanto pura pulsão de morte; a ausência de inscrição simbólica em torno desta marca fará com que retorne imperiosa no Real, realizando a perda que deixou de constituir-se no registro do simbólico.

Na clínica da Emergência pude constatar que onde cala a palavra, aparece a violência, onde esta aparece, se resistimos à palavra, sucumbimos ao peso do Real que retorna nu e cru; se arreentarmos a “porta da verdade” encontraremos não “o lugar luminoso onde a verdade esplende seus fogos”, mas o silêncio absoluto.

Poderíamos dizer que no seu ato de violência, João aparece desruptivamente como sujeito? Ao contrário, acredito que ao negar-se sujeito, negando-se a fazer as escolhas que lhe cabem, João faz a derradeira escolha, entrega-se ao puro real da morte e cala qualquer possibilidade desejante.

Talvez este caso se apresente como emblemático justamente por evidenciar o paradoxo da morte que se impõe na vida; é a este paradoxo que João se nega a consentir, dele se retirando. A verdade que aparece é a morte, marcada e revisitada por João, até que não mais possa se repetir.

¹⁴ Dicionário Aurélio, p.184.

Em “Além do Princípio do Prazer”, Freud fala da tendência de todo “instinto” à restauração de um estado anterior de coisas e passa a tratar a pulsão como inerentemente paradoxal:

“Estes instintos estão fadados a dar uma aparência enganadora de serem forças tendentes à mudança e ao progresso, ao passo que, de fato, estão apenas buscando alcançar um antigo objetivo por caminhos tanto velhos quanto novos (...). Se tomamos como verdade que não conhece exceção o fato de tudo o que vive, morrer por razões internas ... seremos então compelidos a dizer que o objetivo de toda vida é a morte” (...) Não temos mais de levar em conta a enigmática determinação do organismo de manter sua própria existência frente qualquer obstáculo. O que nos resta é o fato de que o organismo deseja morrer apenas do seu próprio modo. Assim, originalmente esses guardiões da vida eram também os lacaios da morte” (Freud, 1920: 55 e 57).

No caso de João, o que num primeiro momento aparece como angústia, frente ao “acidente”, frente ao que de tão íntimo e secreto irrompe em sua realidade, parece silenciar-se; ao se abandonar, João foge de sua própria consciência e faz repousar também Eros, “o promotor das desordens” que vem de “fora”, do outro o qual ataca e no qual “suicida-se”, pretendendo de “dentro” de si mesmo, afastar a desordem. Frente a sua recusa categórica em viver, cabia a mim insistir e apostar na possibilidade de continuidade, numa ligação minimamente desejante ao mundo, apostar no endereçamento de sua fala, tomando-a como eixo, ao mesmo tempo da vida e da pulsão de morte.

O que podemos extrair destes casos como diretriz geral de norteamo para o trabalho na Recepção e Emergência, seria justamente o rastreamento do que se apresenta e retorna a partir das voltas ao serviço e dos sintomas e das falas que passam a nos endereçar.

Pela via da palavra e do Real da nossa presença, privilegiamos a posição que o sujeito ocupa e, ao reconhecê-lo, faz-se barreira frente a um Outro absoluto; abordando a questão das perdas e marcas violentas que se imprimem nos percursos daqueles que vêm relatar suas histórias, visamos o que pode haver da ordem de um retorno que advém da posição inconsciente do sujeito para tentar possibilitar que apareçam sob outras formas, mais fluentes.

Concluindo, podemos caracterizar a Emergência como terreno do gozo, sofrimento difuso, muitas vezes anterior mesmo à demanda, e este serviço como possível espaço de elaboração de uma roupagem simbólica mínima, que possibilite o

trabalho disso que drasticamente se realiza. Posteriormente trabalharemos a configuração das próprias instituições como se estruturando justamente em resposta a isso.

Gostaria de observar que este texto foi produzido durante uma profunda imersão no intenso trabalho deste setor. Através do texto tentei minimamente elaborar algo do Real desta clínica e localizar minha atuação, resistindo ao cumprimento de tarefas, ao risco de um trabalho inerte de repetição do mesmo, mas buscando afirmar a dimensão da ética do desejo.

O esforço de elaboração deste trabalho a partir da Psicanálise, registrado nestas páginas, deteve-se particularmente a minha atuação como psicóloga diarista deste setor da instituição. A questão da interação com os outros profissionais deste mesmo dispositivo não foi priorizada, devido talvez ao fato de não configurarmos uma equipe e do trabalho ser muito fragmentado, cada um fazendo o seu, só interferindo no trabalho do outro tanto quanto fosse inevitável, por exemplo no atendimento conjunto. Muitas vezes os esforços para conseguir realizar uma escuta, por exemplo, iam contra todo um funcionamento institucional, pautado sobretudo no paradigma médico medicamentoso, ao meu ver, muitas vezes utilizando a medicação para tamponar o sentimento de impotência dos profissionais frente a frente com o real do gozo.

A partir deste trabalho pude perceber quão necessário estarmos atentos ao paradigma médico, dominante na Saúde Mental e muitas vezes latente em nossa própria atuação, assim como na cultura de uma forma geral, do que falaremos a seguir.

Capítulo II

A cultura médica

“Não se discute ética médica, sua finalidade. Tudo aparece rápido como polêmicas vãs, literatura, agitações exageradas, que não mudam nada na progressão da medicina. Ou melhor, só resta reter destes discursos sobre a medicina o insistente mal-estar dos autores que lhe fazem o elogio ou a crítica” (Clavreul, 1978:30).

Segundo este fragmento inicial, nada muda a dominância da medicina. Inicialmente motivada por um vago incômodo em relação à onipotência médica não só restrita às instituições de saúde, mas absorvida em uma ideologia de bens de consumo que nos permite falar numa “cultura médica”, passei a deparar-me com sua onipresença também no cotidiano de um trabalho que se propõe guiado pela Psicanálise. Em outras palavras, o discurso instituído pelo saber médico perpassa inevitavelmente a clínica na Saúde Mental e tão intensamente a cultura, que convoca o analista a decifrar o movimento simbólico da civilização, se o supomos engajado no questionamento acerca da ação humana e de sua época.

Neste sentido, esta etapa do trabalho visa primeiramente localizar nossa prática institucional neste contexto mais amplo, para posteriormente passarmos à peculiaridade da Psicanálise em relação ao discurso médico, tanto no âmbito da cultura quanto da singularidade do sujeito. Posteriormente, demonstraremos através dos quatro discursos elaborados por Lacan, que de fato os discursos do mestre, ao qual se aproxima o discurso médico, constitui-se como diametralmente oposto ao discurso do analista, o que condiciona clínicas e sobretudo éticas distintas. Como efeito imediato da mestria do discurso médico, enfim abordamos os usos e abusos das medicações enquanto mercadoria colocada à disposição por uma ideologia dos bens de consumo, mais uma vez buscando localizar neste contexto um lugar do qual sustentar o discurso analítico.

Entretanto, qual a real possibilidade de sustentarmos o discurso psicanalítico na Saúde Mental independentemente do discurso médico? Em alguns autores encontramos

argumentos acerca da disparidade destes discursos; por exemplo, segundo Coutinho Jorge, as relações entre Psicanálise e Medicina são mutuamente excludentes e o autor interroga como é possível falar, dentro do discurso médico, de uma “psicopatologia do cotidiano”; para ele, o título do texto freudiano¹⁵, a que faz menção, já dá indícios de sua tese sobre o determinismo psíquico, a seu ver, indicativo da ruptura instaurada em relação ao saber médico. Já Rinaldi, ao opor os discursos do analista e do mestre e visando configurar uma ética própria à Psicanálise, diz que o discurso analítico constitui-se em relação a uma prática específica e observa que ética é justamente o lugar de onde fala uma prática (Rinaldi, 1996:145-6). Clavreul, ao afirmar a Psicanálise como o avesso da Medicina, abordou o que chamou “imperialismo médico” como um sintoma, “um sintoma que não é acessível a nenhuma farmacopéia” (Clavreul, 1978: 27-8), criticando ao mesmo tempo a dominância deste discurso e os produtos que este dispõe como solução ao mal-estar da cultura.

No entanto, nossa prática nas instituições de Saúde Mental poderia estar servindo como base de apoio ao imperialismo médico? Como psicanaliticamente podemos abordar o movimento em massa existente na nossa cultura contemporânea, que demanda da ciência e seus representantes e produtos (médicos e medicamentos) que os livre de todo o mal?

Podemos considerar este comportamento como um sintoma social, como modalidade de gozo proposto pela própria civilização? Desde Freud, a partir da descoberta do inconsciente, sabemos que a organização da civilização está fundada não na razão, mas nos desejos, o que nos permite sempre questionar as morais tradicionais, que longe de serem inatas, são construídas a partir das relações humanas, políticas por natureza, desde a dependência da sobrevivência da carne mesma, à demanda de amor. Esta dependência caracteriza a inserção do sujeito na ordem humana, onde há um Outro que, além de cuidar de seu corpo, o antecede com seus significantes e valores.¹⁶

Ao aproximar as produções culturais de formações sintomáticas encontramos no texto “O analista e o político”(Brousse, 2003) a alusão ao texto lacaniano “Função e

¹⁵ FREUD, Sigmund. “Psicopatologia da vida cotidiana” (1901). Em: *Obras completa*, vol VI.. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1987.

¹⁶ Ao mencionar a sobrevivência da carne mesma e os cuidados com o corpo, referia-me à necessária “maternagem” nos primeiros dias de vida, mas também faria sentido quanto aos cuidados médicos que, a propósito, não raramente são alvos de demandas amorosas conhecidas e teorizadas através do conceito de transferência.

campo da fala e da linguagem em psicanálise”, de 1953, e à necessidade de que o analista, para sê-lo, se interesse pela dimensão do político e da cidade:

“Que antes renuncie a isto, 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” (Lacan apud Brousse, 2003:18).

É a este movimento simbólico que estamos considerando como “*Kultur*”- termo freudiano pra designar civilização ou cultura - cuja dialética nos “compromete com”. Também poderíamos aproximar este movimento simbólico do que Lacan formalizou conceitualmente como “Outro” enquanto dimensão remetida à Linguagem, que no entanto não se totaliza, enquanto dimensão atravessada pelo corte do Real.

De acordo com Elia, caberia a diferenciação “...entre a categoria de Outro e a ordem social e cultural. Essa ordem é eivada de valores, ideologias, princípios, significações, enfim, elementos que a constituem como tal, no plano antropológico” (Elia, 2004: 40). Já o Outro, é uma ordem significante e inconsciente, transmitida nas relações sempre “para além” do que se pretende deliberadamente, “... e não poderia ser simplesmente o conjunto de valores culturais (entendendo-se sob este termo toda a complexidade de elementos significativos ordenados na família e na sociedade)” (idem).

Na sequência deste raciocínio, se tomamos também a cultura como uma construção, como um certo saber instituído, no entanto igualmente relacionada à dimensão do inconsciente, obediente às mesmas leis que marcam o dividido “indivíduo”, o plano antropológico nos interessa e possibilita nos tornarmos críticos da cultura que testemunhamos. Desta maneira, podemos considerar que é papel do analista decifrar o movimento simbólico da civilização enquanto *efeito* da língua, enquanto “espiral a que o arrasta sua época” (Lacan apud Brousse, 2003:18).

Esta leitura nos possibilita a perspectiva da cultura não como algo para sempre dado, mas como algo produzido, o que pressupõe a presença de sujeitos desejantes, não sendo possível uma mera descrição do mundo tal qual se apresenta, mas um atravessamento inerente a esta posição desejante.

Rinaldi, em seu livro sobre a ética da Psicanálise, indica o caráter artificial e contingente da cultura com construção simbólica onde “... um significante se remete sempre a outros significantes, não havendo nenhuma garantia externa de significação” (Rinaldi, 1996:37) e cita Lacan para reafirmar que “não há Outro do Outro”; assim, a

autora propõe a ética da Psicanálise como algo que aponta para o fracasso do sentido, e portanto para a dimensão de corte do Real.

A Psicanálise então ocupa uma posição subversiva ao considerar o que escapa ao instituído de uma civilização ou cultura e esta é sua política. Podemos dizer que a política da psicanálise é sustentada pelo desejo, no que porta de revolucionário, não ordinário, do que sempre escapa ao estabelecido, não sendo nunca recoberto pelo instituído, seja das palavras, seja das estruturas sociais moldadas pelo poder dominante que o interdita.

A Psicanálise, ao priorizar um desencontro, um vazio constitutivo do falante, também deixa margem a sentidos suficientemente abertos, aos duplos sentidos e à re-visitação de modelos, que nos permitem (a intenção de) falar a mesma língua e compartilhar ou compactuar realidades, no entanto ressaltando nesta lógica o que a subverte.

Neste sentido, poderíamos novamente aproximar a subjetividade de uma época `a noção de sintoma, desde que a consideremos enquanto efeito do significante tomado em cadeia. Encontramos neste trecho tal aproximação:

“a subjetividade corresponde ao que poderíamos chamar de efeitos de sujeito, e não uma configuração qualquer que fosse próxima ao indivíduo psicológico. (...). A subjetividade é aquilo que se precipita de uma certa vontade, de uma certa organização. Esta noção não está muito longe da de sintoma. Então, ela tem de fato um caráter subversivo. O que vale dizer que tem de saída um caráter político. (...) A subjetividade vai aparecer para um analista como um tropeço, algo que não está no seu lugar; cada tropeço vai ser o real do discurso do qual se origina” (Barros in Brousse, 2003:26).

Podemos dizer então que desde Freud, a Psicanálise foi subversiva, nem tanto na sua participação pública política, quanto por ter considerado fundamentalmente o que é segregado dos discursos, o sintoma, o tropeço.

Além disso, a aproximação entre subjetividade e cultura, suas produções sintomáticas como efeitos de sujeito, permite aos analistas questionarem quais as condições de possibilidade do sujeito (tal qual o concebemos em Psicanálise) advir em nossa cultura. Finalmente, a questão fundamental à qual gostaria de chegar é como podem os analistas incidir na cultura visando dar voz ao sujeito, assim incidindo sobre o gozo, na direção do desejo.

Posteriormente abordaremos como esta incidência pode se realizar através de nosso trabalho nas instituições, herdeiras dos arranjos da civilização.

A própria abordagem institucional, comumente referida a significações, valores e ideologias instituídas, pode vir a considerar “o sujeito do inconsciente, o simbólico e o real em jogo na pulsão” (De Ciaccia in Altoé, S.e Lima, M.(org) 2005: 22).

Uma diretriz interessante para nosso trabalho nas instituições de uma forma geral seria, ao invés de tomarmos como ponto de referência um horizonte proposto por determinada sociedade e ideologia, deixar um espaço essencial para a interrogação dos próprios ideais; isso permitiria a abordagem do sujeito em sua particularidade, inclusive no modo de gozar de seu sintoma; desta maneira, passamos do que chamávamos “sintoma social” à singularidade do sintoma.

Trabalhando mais de perto a instituição médico-psiquiátrica, podemos afirmar que o ponto de referência dominante em nossa sociedade, ou seja, o que se nesta se configura como o discurso do mestre é o discurso médico, que será abordado a seguir, visando principalmente contrastá-lo ao discurso do analista, assim como abordar as conseqüências clínicas que se desdobram de ambas as práticas.

2.2 - O discurso médico

O discurso médico é um discurso mestre em nossa cultura. Desta maneira localizamos o discurso médico entre as quatro estruturas discursivas¹⁷ identificadas por Lacan para situar modos de funcionamento na linguagem, considerando o discurso enquanto determinante de uma forma de liame social, onde a linguagem tem valor de uso no sentido de fazer laço social. São os discursos: universitário, do mestre, da histérica e o discurso analista.

Segundo Rinaldi, no discurso do mestre ou do senhor, não há distância entre o dizer e o querer dizer:

“...o mestre está identificado ao significante que o marca (S1). É a consciência que domina, e esta ao se relacionar com o conjunto dos outros significante - o ‘saber’ (S2) - produz esse ‘excesso’ da operação significante (a), disjunto, porém, da subjetividade (\$); neste discurso é a partição subjetiva que está oculta” (Rinaldi, 196:135).

Desenvolvemos alguns argumentos para fundamentar nossa afirmativa de que o discurso médico é um discurso mestre em nossa sociedade, mestre cujo poder de sua

¹⁷ Lacan, J. O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise (1967-70). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

ordem, vela a sua própria impotência¹⁸. Observamos que a partir da pretensa objetividade do cientista estão excluídas as subjetividades tanto do médico quanto do paciente, ambos suplantados pela lógica da instituição médica, que por sua vez auto-reproduz seu discurso e visa abolir tudo o que nele não possa se inscrever. A este respeito temos o curioso exemplo da chamada “noção de morbidade”, índice de adequação ou não aos parâmetros médicos - se não há uma demanda endereçada ao saber médico, ou ao menos o reconhecimento de que algo precisa ser restabelecido, estamos diante de um paciente sem noção de morbidade. Tais parâmetros ratificam uma ordem dominante e nos colocam frente a questões tanto da “cura” individual quanto frente à dimensão dos poderes públicos, ou seja, frente a uma questão ética.

A ordem médica visa cifrar o discurso do sujeito codificando os significantes da sua fala em signos médicos. No entanto, pela via psicanalítica, ao considerarmos como signos aquilo que representa alguma coisa para alguém, podemos supor aí a instalação da dimensão tranferencial e o endereçamento a alguém que saiba lê-lo.

Um indício da posição da Psicanálise seria o abandono da sugestão como parte constituinte de sua técnica. A ordenação em torno de condutas que seriam melhores para os pacientes estaria na base da sugestão e da posição daquele que sabe assumida pelo médico.

Segundo Clavreul (1978:18), é em função do discurso médico e seu alcance junto aos indivíduos, que a histórica se apresenta como “doente”, assim como no passado, frente ao saber religioso, foi considerada bruxa. Para ele, é tendência de todo discurso dogmático (assim como o discurso médico, o jurídico e o publicitário) reduzir a pluralidade de sentido própria à língua, como uma manobra própria ao poder, que se pretende impassível de dúvida, irrefutável.

Para a Psicanálise, no entanto, cuja concepção de ética é bastante peculiar e radical, tal redução da pluralidade de sentido é estruturalmente imprópria; segundo Rinaldi:

“A ética da psicanálise, tal qual formulada por Lacan, não propõe nenhuma utopia; no seu horizonte não há um ‘bem’ a atingir. Ela se funda em um ‘princípio de inadequação’, inadequação das palavras às coisas, das palavras a si mesmas, da satisfação buscada à obtida, da identidade ao sujeito, do eu ao

¹⁸ CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1978.

outro. Esta inadequação atravessa tanto o âmbito do privado quanto do público” (Rinaldi, 196:142).

Por princípio, a Psicanálise não está do lado da ordem e da prescrição do que é bom e saudável ao paciente visando “convencê-lo” disso. Segundo Figueiredo, em sua origem, a palavra “*com*” seria tolo, idiota e “*vaindre*” vencer; logo, o tolo que vence não deve ser o psicanalista (Figueiredo in Tenório, 2001: 9).¹⁹

Uma outra estratégia que serve ao dogmatismo e que mais uma vez afasta Psicanálise e Medicina: esta visa fundar a realidade do objeto, encarnada na substituição incessante de substâncias, único deslizamento metonímico possível. A fórmula do discurso do mestre nos indica esta operação, pois o *objeto a* encontra-se no lugar do produto.

Desta maneira, há uma sedução por meio da promessa destes objetos atraentes, além da perpetuação da alienação do sujeito aos significantes de um outro, convidando-o, de antemão, a se demitir. Daí a afirmativa de Clavreul de que a entrada do sujeito no discurso médico é análoga à entrada da criança na língua materna (idem, p. 22).

Cabe ressaltar que para a Psicanálise, o “objeto a”, criação lógica de Lacan, diz respeito ao objeto fundamentalmente perdido (*Das Ding*, a “Coisa” freudiana) e, enquanto tal, é causa de desejo, sempre metonímico, a ser contornado através da linguagem, ou melhor, da fala de cada um. Em sua ausência, o “objeto a” constitui-se enquanto suporte da fantasia, sustentáculo do desejo, e não “realidade”, sinônimo de verdade universal, como proposto pela ciência.

Considerando os elementos que constituem a estrutura de todo discurso e os lugares que estes elementos podem ocupar²⁰, observamos que no discurso do mestre, é produzido um saber acerca do objeto, subsumido aos significantes do próprio discurso; no discurso do analista, é o S1 que está no lugar da produção, como S1 do sujeito.

¹⁹ A autora se refere ao texto *Encore*, de Lacan. Um tema que não trabalharei aqui, mas que esta colocação permite é se o discurso analítico nunca poderá nortear uma instituição, tal qual um discurso mestre, e se a psicanálise, por isso, sempre será marginal nas instituições onde se insere.

²⁰ De acordo com a teoria lacaniana dos discursos, os elementos são: o S1, significante-mestre ou marca originári; S2, o saber, a cadeia dos significantes constituídos S2, S3, S4 etc, representada pela abreviação S2; o “a”, mais-gozar; \$, sujeito barrado do significante que o constitui. Já os lugares que estes elementos podem ocupar são: o agente (o que organiza este discurso), a verdade (o que o organiza mais fundamentalmente), o outro (ao qual este discurso se dirige), a produção (qual é o produto que este discurso comporta). No discurso do analista, os elementos ocupam lugares opostos àqueles ocupados no discurso do mestre; por exemplo, se “a” é agente do discurso no primeiro, no último é produto; isto nos permite afirmar que o discurso do analista é o avesso do discurso do mestre.

Ainda sobre a diferenciação entre os discursos, encontramos em Stevens a afirmativa de que “o S1 que queremos sustentar é o do sintoma do sujeito e não o significante mestre da civilização” (Stevens, 2003:16); sendo assim, devemos nos guiar mais pela realidade psíquica, do que pela social ou espacial. No entanto, a abertura do sentido e a possibilidade de que os pacientes inventem, ao contrário de passarmos a diante algo que sirva de identificação, pode propiciar que a invenção tome valor de “palavra certa para o sujeito”; que os pacientes “façam sua instituição na instituição, para que seja destituída desse lugar e o paciente a deixe, levando consigo a série de descobertas que lhe dão uma nova tomada no real que lhe interessa” (idem, p.21). A possibilidade de deixar a instituição nos remete à discussão da institucionalização e da cronificação entre os pacientes psiquiátricos, assim como à observação de que sem um rompimento simbólico interiorizado pelo sujeito, perpetua-se a série dos cuidados “maternais”, alienantes e objetivantes do sujeito, continuamente dependente, a exemplo dos dependentes químicos; esta seria uma das possíveis conseqüências de ignorar o objeto como algo fundamentalmente perdido.

Esta diferenciação entre os discursos busca delimitar o que convém à atuação a partir da Psicanálise e, a rigor, o que lhe cabe. Clavreul observa que “colocar [ou não] os fragmentos do saber psicanalítico a serviço da Ordem médica é uma opção política” (1978: 34), frisando o risco da Psicanálise virar um saber acessório e útil à conduta médica. Por outro lado, ao passo que contrastamos as diferenças estruturais entre eles e interrogamos os pressupostos do discurso dominante, reconhecemos que no discurso médico não se trata de um sistema fundamentalmente bom e completo, ao qual deveríamos nos filiar para garantir a felicidade, mas de um sistema com visadas próprias e tendenciosas, cujos pontos de omissão, não só existem, como visam fundar sua própria coerência.

A respeito da reflexão sobre a submissão ao discurso dominante, trago um exemplo: recentemente me surpreendi recomendando que se falasse com o médico sobre determinados comportamentos: a mãe se negava à medicalização do paciente, que entrava em crises de agitação frequentes, com conseqüentes reinternações; ela dizia temer que o filho “passasse mal” a partir de indicações daqueles que não o conheciam tão bem quanto ela. Perguntei se ela era médica. Não poderia afirmar, a princípio, se a internação era provocada, conscientemente ou não, mas parecia tratar-se de uma sobrecarga de cuidados maternos instalados entre mãe excessiva e filho objeto. Posteriormente, examinei minha intervenção e observei que não busquei reverenciar a

majestade do discurso médico, mas que esta servisse como estratégia para barrar os excessos maternos, introduzindo assim um terceiro que talvez viesse favorecer o pronunciamento do paciente, apagado enquanto sujeito.

Segundo Stevens,

“às vezes é preciso tornar presente a lei, função proibitiva do pai, terceiro, identificar a instituição e seus regulamentos enquanto substitutos do pai; necessário mas insuficiente, pois sobre a base do não, é desejável o sim à invenção” (Stevens , 2003: 21).

Além disso, convém lembrar que o discurso médico e a medicalização têm um lugar importante no tratamento da psicose. Desde os anos 50, a clorpromazina, primeira da série de fármacos psicotrópicos, permitiu a mudança da cena psiquiátrica, pois passou a realizar quimicamente uma certa “contenção” medicamentosa, o que tradicionalmente era feito com amarras, literalmente. A diante citaremos um exemplo que envolve uma “contenção”, pelo viés da Psicanálise.

Não é incomum, no entanto, observarmos o apaziguamento de um “doente” ou familiar quando encontram na semiologia médica significantes onde se localizem, sobretudo na “permanência de sua ordem no momento em que seus próprios corpos os abandonam” (Clavreul, p.48); portanto, se por um lado há uma lógica que reduz a pluralidade da existência, por outro pode servir para circunscrever algo do sujeito, se o supomos sempre sujeito, mesmo por detrás do que eleger para se velar e revelar, cabendo ao analista percorrer seus interstícios, sua verdade.

A exatidão do saber médico não é a verdade. Ela é o contrário desta: constituindo o que faz seu objeto (a doença) como sujeito de seu discurso, a medicina apaga a posição do enunciador do discurso que é a do próprio doente no enunciado do sofrimento, e a do médico na retomada desse enunciado no discurso médico. É aí que teremos de fazer ressurgir a verdade, enquanto ela está mascarada pela própria objetividade científica (idem, p.50).

A Psicanálise acrescenta que também o médico ou mesmo o cientista não escapam da constituição do saber que enunciam, assim como os efeitos de sua linguagem estabelecem seus fatos que “...ressurgem no real sob as formas anônimas e monstruosas que tornam possíveis os instrumentos que ela mesma (a ciência) forjou”

(idem, p.63). A coleta destes fatos, sua apresentação é uma escolha que está a serviço do que se procura constituir.

Assim, podemos dizer que tratando-se da nosologia médica ou outras quaisquer, em qualquer diálogo ou expressão, é toda a relação da linguagem que está em causa.

Supor uma natureza discursiva para o homem é considerar que:

“não há fatos senão pelo fato do discurso”²¹. É o que devemos nos lembrar quando somos levados a pensar, com a ideologia atual, que os fatos constituem um núcleo duro, sólido, insensível à moda das teorias sempre discutíveis, quando se é, mais, levado a crer com a publicidade ‘chega de discurso, os fatos...’ ao passo que a publicidade é precisamente um discurso capaz de vender qualquer coisa (inclusive remédios) com a única condição de que qualquer coisa tome lugar num discurso (Clavreul, p.84).

Sendo assim, no vocabulário científico podemos encontrar a legitimação do sofrimento nas cifras constatadas por seu lugar neste discurso e assim tornado fato ou “semblante”. Através desta legitimação a dor deixa de pertencer àquele que sofre, o que justifica o alívio mencionado anteriormente. Nesta lógica, o semblante é a máscara a que se identifica o doente e por traz da qual há uma outra, a que nos permite ver um outro discurso.

No entanto Clavreul é ferrenho quanto a sua crítica e ressalta o aspecto negativo que a categorização comporta em seu domínio, dantes interpretados em discursos da ordem do religioso, moral, familiar, social, psicológico. A partir de suas afirmações, fica claro que a preexistência de um saber designa de antemão um lugar para o doente, e não o contrário.

O que predomina, portanto, é o efeito e nomeação que o vocabulário médico pode proporcionar. A doença pode constituir um estatuto social e familiar que confere ao paciente uma existência, uma identidade, cartão de visitas que instaura relações, muitas vezes sendo reconhecido neste e mais em nenhum outro lugar.

O apelo ao mestre consiste em que constitua novos significantes através dos quais assegure o domínio do real, cuja essência permanece, entretanto, inacessível. Isso porque os sintomas se ligam ao sistema simbólico do discurso médico, mas o real se acha identificado à inscrição direta da doença, a sua escrita, no sentido que Lacan liga a palavra ao simbólico e a escrita ao real, sem mediação simbólica, inicialmente

²¹ Lacan apud Clavreul, p.84.

constatado no “livro aberto”²² do cadáver, onde os estudantes de medicina pretendem ler a inscrição deste real irreduzível, no entanto desconsiderando que “a imagem do livro no qual estaria inscrito um destino não é, afinal, senão uma metáfora” (idem).

Anteriormente comparamos a entrada do doente no discurso médico ao da criança no discurso materno porque antes de tornar-se demanda ou mesmo palavra, é interpretado, colocado em série com outros signos numa ordem articulada. O discurso mestre do médico proporciona que um sinal da doença (“sintoma”) seja tomado enquanto significante quando ordenado a outros sintomas levados à classe de significantes, permitindo que emerja uma significação.

Em ambos os casos, da mãe e do doutor, trata-se do Outro que capitaliza os significantes em que tudo deverá se articular. No entanto, a partir do momento em que o apelo da criança, logo ao nascer, passa pelos desfiladeiros da linguagem, torna-se palavra, torna-se estruturalmente mentirosa, e assim emerge a dimensão oscilante do desejo.

“... Ressoa a exigência da demanda que nos é feita. Não há fórmula que lhe seja oponível como detentora da verdade. Não se trata senão da maneira pela qual é feita a orelha que a ouve, do discurso do qual é portador aquele que pode ouvi-la” (idem, p.161).

É através deste apelo, dos termos da demanda, que o sujeito testemunha sua “falta a ser” e inaugura uma procura incansável acerca do objeto suscetível de preencher sua falta. Assim, podemos inferir que o sofrimento do doente é sempre também espera do reencontro com o *objeto a*.

O produto do discurso do mestre é o objeto “doença”, que vem ocupar o lugar de *objeto a* como lugar do desconhecido do desejo, ou seja, o objeto só aparece enquanto subsumido pelos significantes do discurso do mestre, sob sua barra e sem relação direta com o sujeito. O *objeto a* desaparece como causa de desejo reaparecendo como achado no discurso.

A constituição do significante como tal (S1) é o que especifica o discurso do mestre. Ela implica a referência à cadeia significante (S2) que contribui para constituir, o que se escreve S1 → S2.

²² Expressão foucaultiana no Nascimento da Clínica citado por Clavreul (idem, p.119).

As histéricas nos mostraram que se moldaram a partir do que poderia ser escutado e, como resposta ao médico, restituíram sob a forma de sintoma o que a medicina havia ali colocado ($\$ \rightarrow S1$). A partir de sua divisão e sintomas, através dos quais vem significar-se, a histérica está sempre visando produzir um saber que não constitui ligação articulada como no discurso do mestre, o qual desafia devido ao seu estatuto particular. No entanto, no discurso da histérica, os significantes acabam por mascarar sua fantasia, sua relação com o objeto *a*, que permanece sob a barra.

Já o discurso do analista é o único que fornece articulações em que este desejo se inscreve, pois coloca o '*a*' em primeiro lugar em relação ao sujeito, mostrando a função estrutural da fantasia ($\$ \langle a$). Para isso torna-se necessário destituir o objeto do saber do qual é constituído pelo discurso do mestre.

Em outras palavras, o discurso do mestre visa produzir um saber acerca do objeto às custas do recalque do sujeito, porém, a histérica dá um passo a frente - como demonstrado na representação dos quatro discursos, ao dar proeminência ao sujeito; o discurso do analista faz girar mais um quarto à frente os elementos do discurso da histérica, colocando em destaque o *objeto a* enquanto causa de desejo.

Através desta lógica desenvolvida pela teoria lacaniana, estamos aproximando o discurso do mestre do discurso médico para lembrar que este mantém em suas dependências a psiquiatria, cujos muros não são tão sólidos, porém mais altos (Clavreul, 1978: 43). O que nos interessa daí desdobrar são os possíveis efeitos do engajamento neste discurso - anteriormente tratamos de sua incidência nas instituições destinadas às psicoses e neuroses graves, por exemplo, considerando o dispositivo institucional como algo desejável e até necessário. Sob que aspecto estes sujeitos se beneficiam do discurso institucional, também o supondo próximo ao discurso do mestre²³?

O discurso do mestre exclui o sujeito (recalcado sob a barra) tanto do médico quanto do paciente, anulados em função de algo tido como maior, referente à instituição da Medicina; isso faz do mestre também submetido a uma lei, também castrado e por isso, a princípio, não tirânico. Porém, a abordagem do doente enquanto objeto de intervenção, também poderia tomar conotações abusivas sobre o corpo daquele que nada tem a dizer, então entregue completamente ao “Deus dará” médico, absoluto, para o qual, uma vez destacada a doença, o corpo seria apenas resto.

²³ Vários autores afirmam a predominância do discurso do mestre no dispositivo institucional, entre eles Zennoni (2000:65) e vários outros autores em *Psicanálise e Saúde Mental*. 1999.

As histéricas também se fazem objetos, porém objeto de desejo e amor, pela via da metáfora do sintoma, no lugar do significante que supõe faltoso. Na psicose, sem metaforização da falta simbólica, tende-se a encarnar o próprio objeto.

Dizendo de outra maneira o discurso do mestre:

“no lugar de agente, cabe ao S1 determinar a dominância do significante mestre, tanto na castração que estabelece a impossibilidade de dizer a verdade toda, mas que funda o sujeito barrado diante do gozo, quanto diante da lei imperativa do supereu que impõe submissão e trabalho ao escravo” (Lima in Altoé, S. e Lima, M. (org), 2005:164).

O que Clavreul chama de “imperialismo médico”, seria a extensão do poder de seu discurso a outros domínios. Podemos então entender que, ao tornar-se hegemônico faz-se-ia não barrado, sobretudo se encarnado na pessoa do médico, e não mais abstratamente, como horizonte ético de um discurso?

Segundo este autor, o recalque realizado em prol da objetividade, mantém o sujeito sob a barra e tem como função proteger a todos, pois se “todo desejo é de morte”, não seria conveniente dar brecha ao desejo:

“Desejo sexual e pulsão de morte estão indissociavelmente ligados (...). É portanto legítimo que a medicina desconfie do desejo e da procura do prazer. Esta procura é um caminho que conduz à morte, mesmo se não diretamente. A medicina tem por objetivo prolongar este caminho tanto que possa. Ela sobretudo visa proibir que o organismo encontre na morte o circuito mais curto que permita a resolução da tensão” (Clavreul, 1978:107).

As normas ditadas pela deontologia²⁴ rezam que os médicos não devem se utilizar de sua função em prol de benefícios próprios, para sua satisfação pessoal. Porém, a dimensão do desejo aparece, tanto nos significantes que constituíram a história pessoal do doutor, quanto no suposto saber endereçado a ele, saber objeto de desejo, muitas vezes incorporado através da medicação. Questões acerca dos usos das medicações serão trabalhadas a seguir.

Quanto ao analista, não se ignora a motivação pessoal do seu ofício, porém torna-se inevitável como parte de sua formação o processo de análise pessoal, visando situar sua fantasia em relação ao *objeto a* de onde ele manterá seu discurso.

²⁴Segundo Benthan, autor da palavra e teórico da deontologia, esta em princípio não é a lei, mas a parte das ações médicas as quais as leis deixam um campo livre (Clavreul, 1978:250).

Esta postura de trabalhar a partir do que move a cada um de nós, inclusive tem sido indicada como uma diretriz na prática institucional:

“È possível que uma instituição não se sustente apenas do Um do Mestre - necessário mesmo assim para cada instituição - mas (...) do Um do vazio, um vazio ladeado, topológico. Ora, este Um do vazio não é o feito de um só, mas o feito de cada um, um por um. Pois cada um numa instituição, é chamado a fundá-la a partir da sua própria relação a esse vazio que faz o centro de seu ser [sendo os muitos], solidários na interrogação que cada um porta sobre sua própria Causa” (De Ciaccia, 1999:64).

Mas, porque o Um do mestre se faz necessário na instituição? Podemos supor que na instituição é desejável que o sujeito psicótico fique protegido de sua própria divisão (recalcada sob a barra no discurso do mestre), já que não está aparelhado com o recalque estruturalmente, o que faz da marca significante ameaça real, sem anteparos simbólicos. Além disso, o discurso do mestre faz aparecer o *objeto a* porém subsumido aos significantes de seu discurso, ordenado por estes, do que podemos inferir a vantagem de evitar que ocorram passagens ao ato mutilantes, por exemplo, que arriscam atingir o real do corpo do psicótico, na tentativa de separação do objeto, não no simbólico, mas no real.

O fato institucional produzido pelo discurso do mestre tem por objetivo refrear o gozo, assim como toda a “formação humana”, expressão utilizada para designar o fato institucional produzido no homem pela linguagem, o que mais tarde Lacan denominará discurso (Di Ciaccia, in Altoé, S. e Lima, M. (org), 2005:20).

Assim, tanto na neurose quanto na psicose, tratamos de produzir a teorização do gozo do Outro, em vistas de tratá-lo, pois o analista sabe que em ambos os casos, há construções de ficções, sempre pessoais em relação ao real, ao vazio de cada um. Sem este preceito, o que faríamos seria pedagogia, ou seja, inserção na linguagem de acordo com ideais sociais, veiculados através do discurso dominante.

Ao afirmarmos que não existe ser humano sem instituição, pela própria matéria-prima da linguagem que o constitui (idem, p.19) o que se aproxima do pressuposto de que o louco precisa de instituição, equivaleria dizer que precisam ser algo “amestrados”, no sentido de ensinados, submetidos ao discurso do mestre?

Ao buscarmos fundamentos teóricos que desdobrassem estas afirmativas, encontramos em Clavreul uma discussão de fundo ético acerca da prática do analista que, ao conquistar uma “cadeira extra no *Establishment* médico”, risco que corremos

aliás ao sairmos do âmbito de nossos consultórios, não estaria apenas compactuando com um doutrinamento mais sutil?

Uma vez mergulhados nesta questão, a saída para isso seria conhecermos e colhermos os efeitos da ordem (enquanto determinado encadeamento significativo) ou da lei, que então não seria a do Estado nem da ciência, mas do discurso “onde é o desejo que faz lei, facilitando o caminho pelo qual ele advirá. O saber que é do inconsciente, é aquele que preserva e permite o acesso ao gozo” (idem, p.266).

Portanto, a instituição que os psicanalistas pretendem deve considerar tanto o simbólico quanto o real em jogo na pulsão, ou seja, a particularidade do sujeito do inconsciente, além de cuidar para que o discurso da singularidade, o qual buscamos configurar ao longo deste texto, não se reduza a um clichê, afastando-nos do ato clínico analítico e, finalmente, a instituição que os analistas pretendem será aquela onde a particularidade ganhe lugar no público.

2.3 - As palavras e as pílulas: a questão da medicalização

Passemos a reflexão sobre os “usos” da medicação, pluralidade que, de saída, supõe a dimensão da singularidade também em seus domínios, apesar da abordagem universalisante em que se baseia a farmacologia e seu mercado.

Márcia Mello associa o consumo de medicamentos à lógica capitalista a qual estão submetidas nossas instituições de saúde mental, que passam a responder às demandas de extirpação do mal-estar com o fornecimento de saúde através do fornecimento destes medicamentos. Segundo a autora:

“... há um gozo proposto pela civilização, que é representado pelos produtos inventados pela ciência e colocados à disposição no mercado. Mas o lugar do analista é o de particularizar o que o sujeito traz de gozo no sintoma, cuja causa está em outro lugar, pois é exatamente esse gozo de cada um que é impossível de ser coletivizado” (Lima, M. in: Altoé, S. e Lima, M. (org), 2005:168).

A questão da medicação não pertence propriamente ao nosso campo de saber, mas insiste e retorna no cotidiano da prática em Saúde Mental, referida sobretudo ao saber psiquiátrico, amplamente difundido na nossa cultura atual; sendo assim, somos diretamente implicados em sua utilização.

No setor da Recepção e Emergência, por exemplo, recebemos muitos casos cuja violência da angústia e dos corpos muitas vezes requerem a contenção ou demandam o alívio imediato. Também alguns dos que procuram atendimento pela primeira vez, parecem poder lançar-mão dos medicamentos para manter tudo no seu “devido lugar”²⁵ - casamentos insatisfatórios, situações de vida insustentáveis ligadas às misérias e violências, numa versão às avessas da famosa fábula de Monteiro Lobato, na qual a “pílula falante” do Dr. Caramujo dá vigor à boneca, que então se humaniza.

Esta situação coloca em pauta um dos problemas com que lidamos em nosso campo: a medicalização de problemas sociais²⁶ e, conseqüentemente, a nossa implicação enquanto profissionais envolvidos que, frente às demandas em massa da população, corremos o risco de vermos na medicação o único recurso possível porque rápido, esquecendo, com igual rapidez, que a circulação das pílulas não se faz sem as palavras.

Sucintamente, lembramos que a maneira como recebemos os pedidos de ajuda que chegam até nós, tem estreita relação com os pedidos que passam a nos endereçar ou, dizendo em outras palavras o que fora trabalhado anteriormente, determinadas ofertas tendem a favorecer determinadas demandas.

Para usar um exemplo crucial da Psicanálise, em se tratando da relação eu-Outro: quando um bebê chora e a mãe entende que ele quer mamar, o que ele demanda? Ele tem fome de quê?

O que levou aquelas pessoas ao nosso serviço (e não a uma Igreja, por exemplo), considerando o imaginário que a instituição psiquiátrica ocupou ao longo da história e que ocupa atualmente, como uma ciência que caiu nas graças do senso comum, com suas promessas de felicidade em pequenas porções coloridas?

Levando em conta nosso contexto atual, onde a mídia, os grandes laboratórios, o sistema capitalista, enfim, o mundo, preza e proclama a medicalização para tudo e todos, qual é a posição da Psicanálise?

Propondo partir da leitura clínica, podemos dizer que os a psicanalistas, por princípio, se posicionam de modo a favorecer os discursos diversos e próprios, que para

²⁵ Alusão ao texto “Tudo está no seu devido lugar...”, onde Erotildes Leal questiona se as práticas em Saúde Mental estão respondendo aos desafios do cotidiano. Cadernos do IPUB, n.14, 1999.

²⁶ Como vínhamos dizendo, a roupagem do sintoma também se relaciona à dimensão cultural, ao meio social, além de trazer em seu bojo a problemática do social no sentido do que não adapta-se, e neste sentido os sintomas também são “problemas sociais”; porém, aqui estamos falando de uma relação mais imediata com as circunstâncias e de como afetam os sujeitos, por exemplo, quando recebemos pessoas que demandam remédios para dormir porque toda noite ocorrem tiroteios em sua comunidade.

assim se constituírem precisam ser endereçados; é grande a responsabilidade do profissional ao supormos que não há trabalho sem transferência e que a resistência é sempre do analista. Podemos assim também interrogar, se a disseminação de analistas nas instituições de saúde e sua submissão ao saber médico, se trata de uma estratégia política fundamentalmente “resistente” ao discurso dominante, ou de possíveis resistências pessoais dos analistas, frente ao seu próprio discurso.

Se por um lado as estruturas discursivas são enquadre para uma falta primordial, por outro, em parte alguma encontramos bula ou manual de instrução para nossa existência.

Mas qual a intenção de trabalharmos a produção de discursos próprios, para que nadarmos contra a corrente da massa? Porque só assim cada um vai se haver com sua verdade, cujo gozo estranhamente acomete ao corpo; trata-se de um corpo pulsional, real, porém falado, erotizado - nem os neurônios escapam.

As ciências médicas pretendem manter recalcada a dimensão pulsional e simbólica que habita o corpo, visando lidar com os objetos da realidade, possivelmente como uma defesa que lhes permita colocar a “mão na massa”, (não massa enquanto grupos homogeneizados, mas massa-Coisa), corpo reduzido a osso, carne, sangue e órgãos silenciosos. Através da Psicanálise é pelo simbólico que procuramos circundar este corpo, já que o inconsciente não se cala. Os medicamentos inevitavelmente também entram neste registro.

Supondo o sujeito, a Psicanálise nos ensinou que é a partir e para além da demanda que nos é dirigida que se articula o cerne do sujeito, o desejo, que habita também os sintomas que nos são apresentados. Enquanto uma diretriz de abordagem a partir da Psicanálise, é sobre esta dimensão que nos interessa interrogar, causar uma curiosidade, uma vontade de saber sobre a posição subjetiva que se ocupa; é na perspectiva deste mais além que a palavra é convidada a comparecer, dizendo de outra maneira o que assola o sujeito, habitando o mundo da linguagem, como a boneca Emília, para enchê-lo de graça.

Para isso torna-se necessário que entre a demanda do paciente e as ações, sejam de medicação ou interpretação, haja um tempo de suspensão e escuta que dê espaço e convoque o sujeito. Nesta óptica Tenório (2000:79) utiliza-se do termo “desmedicalizar e subjetivar”, para dizer que o sintoma não é assunto estritamente médico e da importância de um tempo para a decantação das demandas: que entre uma demanda que nos chega como um pedido de resposta ou solução imediata, geralmente endereçada aos

“doutores” os quais supõe tudo saber, possamos responder com um convite ao sujeito; através de uma suspensão, este convite é ao mesmo tempo aposta de que o sujeito se colocará na via de um trabalho que promova mudança na sua relação com aquilo de que sofre.

Porém, devemos reconhecer que frente a pregnância do discurso médico, o medicamento define ideais de eficácia e triunfa sobre os significantes-mestres; cabe focalizarmos então a questão de como o medicamento incide sobre a clínica, seja como objeto de demanda neurótica, exigências enlouquecidas ou usos perversos.

Cabe ao analista a interpretação para que o medicamento revele, como objeto libidinal, sua inserção no Outro, ou seja, não há como separar o medicamento do seu sujeito, com bem nos revela o efeito placebo²⁷.

Pelo simples fato de ser objeto de demanda, demanda em obtê-lo ou de ser dele privado, os medicamentos já se articulam ao simbólico. Além disso, a articulação depende dos significantes que os nomeiam, por exemplo, já presenciei a solicitação de “Revoltril²⁸”, pois a paciente, neuroticamente, dizia ser muito revoltada.

Um outro exemplo seria os nomes comerciais, também chamados “nomes fantasia” pelo universo mercadológico, que são escolhidos cuidadosamente pelos departamentos de marketing dos laboratórios, justamente preocupados com sua veiculação e apelo junto ao público consumidor.

Isso nos mostra que o medicamento é tomado nas mais finas redes simbólicas do Outro, assim como é inseparável da definição de suas regras de uso, o que convoca, para além dele, uma posição ética, por exemplo pela legislação que envolve sua distribuição ou pela responsabilidade daquele que o prescreve.

Estas seriam formas de articulações simbólicas, mas o medicamento também envolve uma dimensão real, o que não abordaremos enquanto efeito químico, farmacocinético, mas no sentido do retorno no real, enquanto “efeito de nomeação no real” (Laurent, 2002:32). O autor dá o exemplo de um paciente psicótico que quando via-se perseguido pelo pai, tomava o Haloperidol - *allô, père, idole* (Alô, pai ídolo), dizia com ironia. Haveria aí uma língua fundamental, “bricolada” pelo sujeito a partir da série descontínua de produtos oferecidos pela ciência, o que lhe permite “orientar-se em suas relações com o Outro e com o gozo, nisso que seu corpo encarna ou recusa”

²⁷ Efeitos constatados nas pesquisas medicamentosas, efeitos estes desvinculados das substâncias testadas, comumente atribuídos às diferenças entre os organismos ou mesmo a causas “inesplicáveis, como a sugestionabilidade.

²⁸ O nome do referido “calmante” seria o ansiolítico Rivotril.

(idem). Desta maneira, diferente do exemplo citado anteriormente, o significante está fora do sentido; vale acrescentar que o contrário também poderia acontecer, ou seja, o medicamento poderia servir para desorientar, desmodular o gozo, a exemplo de pessoas que se deparam com drogas e caem em absoluta desordem no circuito libidinal.

Fora do sentido, também seria o efeito real do medicamento quando nos proporciona gozar de regiões do corpo antes intocadas por aquelas substâncias, ou seja, é uma máquina, um instrumento de manipulação do corpo.

No entanto, outros instrumentos também lidam com o que chamamos gozo :

“a transferência faz produzir as endorfinas porque dá prazer ao sujeito. Este se droga em sessão. Freud ignorava essa satisfação obtida do analista-objeto? Freud mesmo, em cuja época se conhecia, na farmacopéia das doenças mentais, sobretudo os anestésicos mais brutais, começou por buscar novas substâncias. É um dos inventores da cocaína. Ele sempre acentuou a importância dos anestésicos e das drogas para uma dada sociedade. ‘O mal-estar na civilização’ nos dá o testemunho em sua obra. Mas a verdadeira relação de Freud com o agalma do medicamento se lê em seu sonho da ‘injeção de Irma’. Ele procura o poder de cura da trymethylamina e se depara com sua fórmula”²⁹(idem, p.26).

Além desta irônica analogia entre os objetos de afeto e o que se passa no real do corpo, Laurent também faz alusão a um comentário de Lacan, que fazia equivalência entre o Édipo e uma dose de anestésico, pois o Édipo permite a “significantização”, a neutralização do gozo; neste sentido, ele seria sublimação ou anestesia³⁰ (idem, p.29)

As substâncias enquanto efeitos sobre o real do corpo, estão no nível do gozo. O gozo, o que está além do princípio do prazer, também encontra alguma analogia com o termo grego *Pharmakon*, que designa na mesma palavra o remédio e o veneno.

Uma reflexão pertinente seria se a medicação pode ser usada como moduladora do gozo, agindo no real, então poderíamos dizer que é usada quando o real retorna, nos fenômenos que ocorrem quando não há simbolização, tal qual observamos nas psicoses e nos chamados quadros mais graves, justamente pela irrupção de atos violentos no real?

²⁹ Neste episódio, Freud encontrou nos significantes apresentados a ele durante um sonho, de forma condensada num só significante, que designaria uma substância química, conteúdos inconscientes recalçados. Também encontramos alusão a esta passagem em Lacan, *O Seminário*, livro 5: as formações do inconsciente.

³⁰ A referida alusão seria à “*Conférence sur la psychanalyse et la formation du psychiatre*”, de 1967, texto inédito.

Também no gozo presente na silenciosa repetição, onde o sujeito procura a homeostase do organismo, pode-se encontrar o uso das substâncias:

“O medicamento tem estranhas relações com a repetição. Se o encontramos onipresente em nosso campo, não é pelo fato de que seja consonante com este parasita do organismo que é o inconsciente? Não está como em sua casa, no corpo, pela falha no organismo, da qual testemunha o inconsciente” (idem, p.27).

Desta maneira, abordamos a existência de uma certa apetência subjetiva a alojar o uso do medicamento, porém, o fato de não o considerarmos em oposição a esta lógica psicanalítica, seria o suficiente para “engolir” o medicamento, aceitá-lo de bom grado como fazendo parte de nossa clínica?

Alguns analistas médicos³¹ parecem acreditar na possibilidade analisar e medicar ao mesmo tempo. Os argumentos giram em torno da chance de trazer para o plano dos discursos os efeitos da medicação e até de sua possível retirada em função da mudança de posição do sujeito frente ao sintoma, ou mesmo da possibilidade de sintomatização (no sentido analítico) dos significantes que envolvem a medicação, incluindo no trabalho a dimensão das fantasias, assim mobilizadas.

No entanto, além da vantagem de abocanhar ao mesmo tempo duas fatias do mercado, seria possível coadunar duas éticas tão diferentes? Por exemplo, abordar episódios de extrema angústia, hoje denominados de “síndrome do pânico”, através de medicamentos, não contraria a hipótese etiológica inconsciente em função de uma continuidade psicofísica que não encara a desnaturalização do homem pela linguagem? Ou seria desejável ao analista submeter-se ao limite de seu poder, considerando que nem toda manifestação psíquica é causada pela linguagem? Em nosso entendimento, admitir que nem tudo é significante nos remeteria justamente ao real, do qual a Psicanálise, por princípio, se moveria.

Na medida que aproximamos real e gozo, as palavras podem ser consideradas como verdadeiras pílulas da linguagem, extraídas da “farmácia de Lacan” (Laia, S., 2002:105), cujos efeitos transformadores devem ser mapeados e examinados pela Psicanálise.

³¹ Para citar um nome, encontramos tal argumento em Leite, M. P. de S in “*Clique*”, 2002:48, entre outros profissionais que se consideram ao mesmo tempo Psiquiatras e analistas, sem conflitos aparentes.

Um dos efeitos do fármaco pode ser de tamponar o buraco simbólico com que nos deparamos, por exemplo, na angústia; aliás, quem faria análise sem angústia, ou melhor, para quem realizar o duro trabalho de uma análise, se podemos encontrar na cápsula ingerida o invólucro que restaura nosso imaginário, sob a forma de um *objeto a*, tomado do Outro para completar o sujeito?

Em sua vertente de *objeto a*, o medicamento tem a função de estar “no lugar” do que não pode ser dado e evidentemente, do qual é preciso sempre mais, tal qual o objeto toxicomaniaco. Quanto aos variáveis efeitos de significação, Laurent acrescenta que cabe à “psiquiatria cosmética” recobrir todas as demandas de bem-estar e felicidade, para além da estrita indicação terapêutica (Laurent, 2002:31). Não pretendo aqui esgotar as possibilidades de efeito do medicamento no imaginário, ou mesmo no simbólico ou no real, mas apenas acenar para a perspectiva de fazê-lo junto ao sujeito, refletindo sobre seus efeitos sobre a clínica, para além de simplesmente “tomá-la”, como inevitável percalço da clínica nos nossos tempos.

Entre os autores pesquisados, não encontramos uma franca oposição ao uso medicamentoso. Exceto Clavreul, mais ácido em suas críticas, em geral o medicamento foi tratado como algo contingente, desde que nos sirvamos dele de uma boa maneira. A este respeito, bem disse Laurent da ‘boa’ utilização do medicamento, que pode servir para falar, mas também para calar:

“Para além da posição o medicamento-que-faz-falar e o medicamento-que-faz-calar, reconheçamos, no medicamento que ‘re-aliena’ o sujeito no lugar do Outro, um elemento essencial do dispositivo *l’apparole* para o sujeito psicótico. É neste dispositivo que ele poderá vir inscrever os signos que poderão, então, ser lidos” (Laurent, 2002:34).

Além disso, o autor atenta para as possibilidades dos produtos da ciência na psicose, de servir como dispositivo de orientação do sujeito psicótico em suas relações com o Outro. Através do medicamento, de sua consistência imaginária, muitas vezes servindo como demarcador de um trânsito entre dentro e fora do corpo do psicótico, ou mesmo de seus significantes que, fora do sentido, podem desenhar os contornos do gozo que seu corpo encarna, num efeito de nomeação no real.

Um exercício de interpretação de cada situação, de dentro dos pressupostos psicanalíticos, este sim faz parte de nossa clínica, se não a queremos subsumida à

homogeneização de um discurso dominante. Para citar um exemplo clínico, retornamos a elementos do caso trabalhado inicialmente:

Para Elo foi o significante “emergência” que fez com que comparecesse quase diariamente a este setor da instituição. Lá pedia insistentemente o “Akneton”, já que ele era um ‘Cocoon’, que usava ‘cocaína’ para evitar fazer o ‘Katá’, golpe ninja que o separaria do Outro excessivo e invasor. Outro significante que tomou do discurso científico foi a “acatisia³²”, termo que aprendeu ao longo dos anos na “carreira psiquiátrica”, como dizia, e que servia para significantizar o mal que demandava fazer cessar, com tal medicação.

Ele dizia da importância de sua vinculação ao “mundo dos homens” através destas substâncias (tanto a medicação quanto a cocaína), já que tratava-se de um “semi-deus” predestinado e ameaçado em “despedir-se do mundo dos humanos” ir para outra dimensão, morrer. Elo abordava tais substâncias como algo que fazia a máquina que era o seu corpo, instrumento de sua alma, funcionar melhor; respeitava os “homens da ciência” pela sapiência quanto a tais mecanismos, mas irritava-se quando o “lado humano” dos médicos aparecia, por exemplo quando eram ignorantes com ele, podemos dizer, quando não lhe escutavam, ignoravam as reais motivações daquilo que ali se apresentava.

Entre os significantes homófonos que nos endereçava (cocoon, acatisia, cocaína, Akneton, katá) foram colhidos muitos outros e a resposta à “emergência, emergência, emergência !” que repetia com visível angústia e agitação, deixou de ser exclusivamente a medicação que, objetivando seu corpo, contornava e retornava a ele durante anos, enquanto oferta de tratamento.

Com o estabelecimento da transferência e do intenso trabalho delirante realizado por Elo, o quadro se estabilizou por alguns meses. Neste meio tempo, os eventuais atuações (*acting-outs*) do paciente também costumavam envolver as drogas e a medicação, por exemplo, quando entrou com uma quantidade irrisória de maconha no hospital e fora pego na portaria, ou com a ingestão abusiva da medicação por ocasião de minha saída do serviço – “é pra dor do parto”, relatou posteriormente. Assim Elo cedava a dor que eu não estava atravessando com ele. Percebi a imporância igualmente

³² Nome dado a determinados efeitos indesejados, ou seja, efeitos colaterais, causados pelos psicotrópicos; podem ser movimentos repetidos sobretudo com a boca e as pernas, com impulsos de deambular com passos tipo marcha. A acatisia é usualmente tratada com Biperideno (Akneton) e é freqüente um padrão de dependência por esta substância nos serviços psiquiátricos, de acordo com o senso comum destes meios. Elo costumava marchar em direção ao antídoto de seu mal, “efeito indesejado”.

“visceral” de uma elaboração “orgânica”, por assim dizer, deste momento, da necessidade de conduzi-lo do cerne da transferência a uma possibilidade de continuidade e de, enfim, partir sem deixá-lo cair e que o movimento de separação do Outro que eu era, não fosse um katá mortífero, mas um parto, intervenção cirúrgica plena de conseqüências simbólicas, parto que propiciasse o nascimento de um novo caminho.

Chegada a hora de concluir, podemos dizer que nas articulações que tentei desenvolver ao longo deste capítulo, buscamos a abordagem da questão medicamentosa sob uma perspectiva que caiba aos analistas, imprimindo aí uma angulação de interesse e pertinência a sua prática, que com “mãos à obra” no trabalho, possa ser firme em apontar a dimensão da “lua do nosso discurso”:

“o Aforisma taoísta nos diz que quando lhe mostramos a lua com o dedo, o simplório olha o dedo. O medicamento é um dos significantes-mestres de nossa civilização. É o índice de um modo de gozo. Resta ao analista servir-se dele para fazê-lo designar a lua de nosso discurso, a barra sobre o grande A, e fazê-lo de tal modo que o sujeito não se hipnotize com esse índice” (Laurent, 2002:34).

Capítulo III

A prática da psicanálise nas instituições

Esta interrogação constitui o cerne de nosso tema acerca do saber clínico da Psicanálise e sua ação institucional. O saber que buscamos elaborar visa discutir em que medida a psicanálise pode ser exercida na instituição, de modo a propiciar a clínica, gerando efeitos de sujeito, ou ainda, como o discurso analítico pode orientar a clínica no campo da Saúde Mental?

As questões que então se abrem e que busco desenvolver ao longo deste capítulo surgem do contato com a “verde árvore dourada”³³ das experiências nestas instituições, experiências das quais venho tentando me apropriar à medida que a clínica nos informa e impele a seguir teorizando, como procedeu o próprio Freud durante a elaboração da Psicanálise.

Na fonte freudiana, no texto sobre o caso Schreber (Freud, 1911: 23), encontramos um relato da dificuldade da investigação analítica da paranóia (o que podemos estender às psicoses em geral) para aqueles que, como o próprio Freud, não estavam ligados às instituições públicas. Já Lacan, inicia sua trajetória na Psicanálise dentro de uma instituição psiquiátrica, tomando as psicoses como campo de interesse e ocupando-se justamente da paranóia.

Nas instituições psiquiátricas, a Psicanálise se defronta com limites e desafios enquanto um saber que nasceu em torno do consultório privado, no entanto, como a Psicanálise pode incidir sobre as ações institucionais ou, mais particularmente, como pode orientar a prática clínica do analista neste campo?

Zenoni no texto “Psicanálise e Instituição - A Segunda Clínica de Lacan” (2000), inicialmente opõe o discurso do analista aos objetivos da saúde mental, para depois reafirmar o desafio aos psicanalistas:

“A instituição visa reduzir a pregnância do sintoma, enquanto que o analista tenta fazer emergir o significante inconsciente. A instituição quer o bem e a saúde do indivíduo, enquanto o analista não visa nenhum bem mas somente a emergência do desejo, que pode comportar o mal-estar e a angústia. A instituição responde à demanda, enquanto o analista, por sua escuta radical, visa a raiz mesma da demanda. A instituição tenta construir a unidade do sujeito, enquanto o analista visa a divisão do sujeito” (Zenoni, 2000:13).

No entanto, estamos lidando com sintomas cuja pregnância muitas vezes inviabiliza as vidas em jogo e a maneira de abordá-los são através das circunstâncias institucionais, da estrutura que estas proporcionam, e em torno da qual o sujeito pode encontrar um lugar. Na perspectiva da Psicanálise, baseados em seus preceitos e na sua clínica, qual acepção podemos dar à palavra “instituição”?

Encontramos o termo se referindo essencialmente à “estrutura” - “a estrutura é uma armação, ou sistema, ou apenas um número de funcionários; ela sustenta um

³³ Segundo Fausto de Goethe: “Cinzenta, meu querido amigo, é toda teoria / E verde somente a árvore dourada da Vida”; Freud fez esta citação no texto *Neurose e Psicose* (1923: 167).

conceito (interesse, idéia, noção, doutrina) e fornece meios para introduzi-lo no mundo dos fatos e da ação”. No dicionário, a palavra instituição é associada a “coisa estabelecida, ato de instituir, criação, nomeação” (Fernandes, 1960). Vem do latim *institutio*, leis fundamentais de uma nação ou sociedade política.

À luz da Psicanálise, interessa-nos discutir a função de sustentação da instituição, sobretudo àqueles cuja constituição subjetiva tende à desestruturação como no caso das psicoses, justamente onde as leis fundamentais não operam; já a conotação de nomear, nos lança na dimensão do simbólico e da inscrição em um mundo que nos antecede que, porém, não recobre plenamente nossa existência.

Acerca do social e seu laço, é a psicose que nos dá a ver, de forma mais explícita e radical, o que na neurose revela-se como um mal-estar da singularidade nunca totalmente adaptada ao social; é a psicose que apresenta a dramaticidade de algo que não consegue se inscrever no contrato social e que surge como “loucura”, freqüente e historicamente “tratado” com o isolamento social.

Reconhecendo a dificuldade deste campo de conjunção entre Psicanálise e instituição e visando não recuar frente às instituições, Zenoni alude a Éric Laurent e à idéia do “analista cidadão”, aquele que sabe transmitir o que da particularidade de um sujeito pode ser útil para um número maior de pessoas (idem, p.12).

Zenoni também fala da importância da instituição quanto ao acesso a “... categorias sociais diferentes das que se endereçam normalmente aos psicanalistas. E não somente isso, mas também se ocupam de abrigar outras categorias clínicas, diferentes da neurose” (idem, pág.14), alertando quanto ao risco de ignorarmos o mal-estar da civilização que se manifesta para além da neurose e do interior dos consultórios.

Questionar o que da particularidade de um sujeito pode ser útil para um número maior de pessoas, nos faz aludir à dimensão da coletividade, seja do social, seja das instituições que o reproduzem.

Mas a que servem as instituições de Saúde Mental, para além do isolamento que afasta de nossas consciências a diferença que atesta sua fragilidade? Como podemos percorrer teoricamente as justificativas para esta solução historicamente constituída e que hoje persiste enquanto possibilidade de tratamento? Qual é a função deste lugar de fora do social que parece definir os alienados, assim como parece servir-lhes enquanto possível espaço, à margem? Como a Psicanálise se coloca a serviço desta clínica sem contrariar seus princípios que reconhecem na diferença o sujeito no qual se fundamenta

e sem passar para o lado da ordem que rege o funcionamento social ao invés do que lhe escapa? E por fim, como fazemos isso sem ser o analista marginal na instituição?

A seguir tentaremos delimitar o que justifica e fundamenta o aparato institucional enquanto algo que nos permite “sustentar um conceito e introduzi-lo no mundo dos fatos e da ação” (definição de instituição enquanto estrutura, referida anteriormente); no caso, os conceitos psicanalíticos, que guiam a prática do analista na instituição, nos permitindo a intervenção junto àqueles onde predomina a atuação, frente à falha da sustentação simbólica.

Por que a instituição?

Zenoni traz argumentos que caracterizam a clínica a ser trabalhada nas instituições, que respondem principalmente aos sujeitos onde:

“mais ainda que fenômenos de linguagem ou delírio, trata-se (...) daquilo que do gozo, como diz Lacan, faz retorno no corpo e no agir: passagem ao ato suicida ou perigosa, auto-mutilações, errância, imobilidade catatônica, perda de qualquer interesse, uso excessivo de drogas” (idem, p.15).

É desta maneira que o autor reconhece a motivação clínica na instituição que visa condições propícias para o acompanhamento destes sujeitos, entre os quais inclui, não por acaso, certos estados de psicose e alguns estados de depauperamento físico que podem levar os sujeito à exclusão social absoluta e até a morte. Tanto nas psicoses enquanto nestes outros arranjos subjetivos, a dimensão simbólica falha em sustentar o sujeito, então submetido às passagens ao ato.

Como tratado no capítulo anterior, o retorno do gozo não se restringe à clínica das psicoses, no entanto, muitas vezes requerem a contenção do agir, limites que vêm como resposta institucional, uma resposta social a fenômenos clínicos.

Mas por que esta resposta deve vir no social? Ao mesmo tempo que colocamos estas questões, trazemos hipóteses das quais partimos e as quais pretendemos percorrer: o discurso que rege o funcionamento social e portanto as instituições, visa proporcionar a localização do gozo, necessária nos momentos de acolhimento do que retorna violentamente sobre o real do corpo.

O objetivo desta localização é proporcionar a passagem do real inabordável à simbolização possível ou a feitura de uma suplência à carência simbólica que

encontramos na estrutura psicóticas e em alguns momentos no funcionamento neurótico. Por exemplo³⁴:

No CAPs vivenciamos uma situação que coloca em jogo esta relação entre as dimensões do Simbólico e do Real: Anália era acometida por alucinações que freqüentemente a levavam a rompantes de agredir a quem estivesse por perto; com o tempo, passou a contar conosco nestes momentos; certa vez solicitou a uma psicanalista do serviço que a amarrasse, pois sentia-se perturbada, mas não queria bater em ninguém; a psicanalista então envolveu levemente as mãos da paciente, tal qual um laço, amarração simbólica que a impediria de passar ao ato. Anália acalmou-se e pode soltar-se momentos depois.

Desde já, introduzo uma outra questão: os fenômenos clínicos envolvendo passagens ao ato poderiam ser relacionados também à própria oferta institucional, onde muitas vezes o cuidado incide sobretudo acerca do corpo real do sujeito, onde o objetivo retringe-se a evitar, por exemplo, agressões físicas? Por outro lado, podemos considerar um ato como um recado endereçado a alguém, visando mobilizar seu olhar? Nos casos de endereçamento, entra em campo outro fator determinante, que é o da transferência, mencionada a seguir.

O cerne da questão envolve a relação entre o aparato institucional e a clínica que este proporciona, seu poder de intervenção junto aos sujeitos ali tratados. O que perseguimos aqui é discernir a peculiaridade da intervenção de um serviço que se pauta e se estrutura na escuta dos significantes revelados, tanto na fala verbal quanto nos atos daquele sujeito cujo gozo retorna no Real de seu corpo, por supormos ambos como índices de seres de linguagem.

Um outro exemplo ocorreu durante minha saída de uma outra instituição, não tão atravessada pelos significantes da Psicanálise, que contudo, já me orientavam: um paciente psicótico me disse: “você é móvel, esta mesa é móvel, mas isso aqui, óh... (batendo nas paredes do hospital) não é móvel, é fixo”. Desta maneira, as instituições podem funcionar como continentes, como limites reais, porém também podem propiciar uma função simbólica, como nos demonstra este paciente ao significar a minha ausência, ainda assim me fazendo presente.

³⁴ Trazemos um exemplo clínico-institucional ocorrido no CAPs - Centro de Atenção Psicossocial, dispositivo de atenção intensiva ligado ao movimento da Reforma Psiquiátrica e voltado para o atendimento de psicóticos e neuróticos graves; nesta instituição, especificamente, assim como na rede de serviços a que é ligada, no Município de Niterói, constatamos a presença marcante da Psicanálise, lado a lado com o discurso médico psiquiátrico.

Nossa própria presença também pode funcionar do lado do real, no sentido de colhermos as falas e produções que nos são trazidas, apenas as testemunhando, guardando, depositando, como veremos ser uma diretriz de tratamento das psicoses, ou mesmo enquanto ponto em torno do qual poderá ser elaborado aquilo que retorna, como proposto no trabalho na Emergência, tratado no capítulo anterior.

Neste setor, o atendimento pontual a uma paciente profundamente paranóide e que em função disso não aceitava nenhum tipo de intervenção, a conduta foi permanecer longamente ao seu lado, ouvindo suas queixas; inicialmente exaltada, passou a acalmar-se, chegando a encostar sua cabeça na mesa, já que não dormia há dias, o que atribuía à necessária vigilância quanto ao Outro; infelizmente, alguns instantes ausente da sala de atendimento da Emergência foram suficientes para que ela voltasse ao estado anterior. Após este episódio, pude notar quão necessário naquele momento de crise, sustentar a dimensão da presença contínua, possivelmente lançando-mão dos membros da equipe, que como elos de uma corrente, impediriam que a paciente caísse no quadro que a conduzira até ali.

Nos exemplos citados, o que diferencia as intervenções, os atos que visaram instituir um efeito apaziguador sobre o sujeito é a transferência, seja ao técnico ou à instituição de uma forma geral; a transferência já estava estabelecida nos primeiros exemplos, mas apresentava-se frágil no terceiro caso.

Cabe questionar quais os dispositivos que, tal qual a transferência, podem desempenhar a função de ancoragem para os sujeitos em grave sofrimento psíquico. Esta reflexão se afina com uma das diretrizes da Reforma Psiquiátrica de possibilitar a extinção dos asilos e sua substituição por serviços preferencialmente extra-hospitalares; ou seja, buscamos propiciar um lugar para aqueles que estão à deriva, sem precisar enclausurá-los de fato, o que nos possibilita distinguir contenção e tratamento, inclusive para percorrer melhor a relação entre estes termos, supondo que há uma analogia no que diz respeito a uma certa circunscrição a que se visa em um tratamento.

Com esta finalidade de localização, uma diretriz de tratamento na instituição é que cada um dos muitos que a compõem possam ser o vetor de uma resposta comum, de uma “declaração de ordem geral que reconheça a posição do sujeito; (...) trata-se sobretudo de presentificar um Outro no qual ele tem um lugar” (Zenoni, 2000:18). Ao presentificarmos um Outro barrado, possibilitamos também a localização do sujeito em questão, do mesmo modo que, nos colocando do lado do sujeito, barramos o Outro.

Sob esta perspectiva, tratar a psicose é tratar seu Outro e é isto que a instituição proporciona quando se submete ela mesma aos crivos simbólicos que balizam o gozo e permitem um vetor comum na resposta institucional; limitar o gozo, assim como inscrevê-lo, é regular o Outro:

“a regra que rege a vida coletiva é uma regra que se aplica inicialmente ao Outro (...). Não devemos ficar numa posição paterna ao considerar que nós introduzimos a dimensão da lei, mas nos mostramos nós mesmos enquanto submetidos à lei (idem: 22).

O autor nos traz uma questão importante e de difícil exercício no cotidiano institucional, que diz respeito ao emprego desta regra, que incorreria em dois riscos: o problema da “regra pela regra”, que deve ser mantido a qualquer preço, sem exceção e a regra que é aplicada de acordo com o estado de saúde do paciente e que decide se o sujeito é responsável ou não. Para tais situações, a saída proposta seria considerar o sujeito sempre responsável e assim nos colocarmos ao seu lado.

Nas instituições de saúde, muitas vezes já partimos da suposição de que o “doente” não está em condições de optar ou responder por si, sobretudo nos momentos de crise. Como exemplo, elenquei de minha experiência no CAPs um episódio em que podemos observar os efeitos da responsabilização de forma simples e imediata: vinha acompanhando um jovem paciente que perdera o pai subitamente e após longo período de estabilidade ressurgiu um quadro de alucinações. Logo após ao falecimento, este paciente fez o movimento de tirar sua carteira de motorista; até então, sempre me falava de carros e se ocupava deles na maioria de seu tempo, em serviços de mecânica, ofício que aprendera com o pai e que contribuía em muito para a sua estabilização; até suas “visões” eram nas cores do semáforo e lhe sinalizavam a fluência de sua vida. Na sessão em questão, falou que pensava em “viajar”, mas que seu pai tinha ido antes; também revela ter “passado mal” naquele dia, por ocasião do exame de vistas (psicotécnico); chegou a maldizer a vida e falar da morte como nunca fizera antes; durante este atendimento, interrompia suas frases, abaixava a cabeça e dizia que parecia “sair de si”. Preocupei-me com a sobrecarga que poderia estar havendo neste momento em que se esforça para ocupar o lugar masculino, sem a presença paterna e me lembrei de ocasiões no passado, quando chegou a participar de “pegas” de automóveis, entre outras situações de risco, o que até então o pai, a seu modo, tratava de vetar. Neste momento, procurei fazer-me mais presente, assim como tornar maior sua frequência na instituição;

determinei que esperasse para dirigir novamente (já que o fazia mesmo sem habilitação) ou mesmo que esperasse para dar continuidade àqueles exames. Temendo que se colocasse em risco, também fiz contato com sua mãe sobre a necessidade dos cuidados, abalados desde a morte do ex-marido.

Na sessão seguinte, ele aparece bem menos confuso e dizendo sentir-se melhor; revela que dirigiu, com a mãe ao seu lado e que esta lhe falou “você é capaz”; diz não entender o que ela quis dizer, mas achou bom se sentir responsável.

Tal situação exemplifica um impasse freqüente nos nossos serviços e permite refletir sobre se: os meus cuidados teriam sido excessivos, “tutelando” o paciente, já que ele mesmo sinalizou a importância da assunção da responsabilidade, ou se foram anteparos necessários àquele momento, quando a responsabilidade parecia desaparecer sob o peso da obrigação. A resposta à intervenção, neste caso, nos informa que fora bem sucedida, embora tenhamos que continuar a acompanhá-lo ao longo de sua trajetória, enquanto sujeito-resposta.

Outro exemplo pertinente ao nosso campo, onde a maioria dos pacientes fazem uso de psicofármacos, diz respeito a como é “tomado”. Da parte dos técnicos, muitas vezes é tido como cuidado principal, indispensável ao tratamento, sejam estes médicos ou não. Por tratar-se de um serviço público, no CAPs estes medicamentos são fornecidos gratuitamente. Numa reunião de equipe, falou-se da falta destes em nossos estoques e discutimos como procederíamos. Propus que os próprios pacientes e familiares fossem mobilizados e co-responsabilizados frente a esta realidade e enfim, por esta parte do tratamento. Alguns colegas se opuseram, temendo pelas condições financeiras dos pacientes ou mesmo seguindo a vertente da diretriz da política de saúde, que determina que todos têm os mesmos direitos, inclusive o da gratuidade.

Logo apareceram relatos da relação dos pacientes com a medicação, não restrita à questão financeira - ter dinheiro mas querer ganhar, a satisfação de poder bancar o próprio tratamento, etc.. Lembramos que a responsabilização, em geral, tende a trazer efeitos positivos, além de suscitar questões antes não abordadas e com isto, resistências cristalizadas, a serem trabalhadas.

Cabe acrescentar que nesta reunião, começamos a questionar a nossa própria angústia em não deixar faltar nada, no caso, a medicação; além disso, nos colocamos a repensar nossa prática frente algumas colocações de membros da equipe, que pareciam reduzi-la à questão medicamentosa. Logo passaremos à importância dos “vários” da

equipe e da circulação do saber entre eles como parte constitutiva ao trabalho institucional.

Portanto, nos colocarmos do lado do paciente, a seu favor, nem sempre será provê-lo de coisas, como ensina a Psicanálise à Saúde Mental. Por outro lado, atentar e refletir sobre a disposição da equipe, por exemplo, segue a orientação de que o Outro deve ser regulado. A respeito desta regulação, Zenoni dá o exemplo da prática com crianças, de quando estas têm dificuldade em separar-se da mãe ou da professora, é sobre este outro que deve se efetuar a operação de regulação, e não sobre a criança.

A exemplo da prática com crianças, nos colocamos ao lado de Anália para colocar uma barra sobre o Outro violento: no espaço de convivência, mais uma vez tomada por alucinações, ela olhava irritada ao seu redor, contando da presença do jacaré, que iria mordê-la novamente; eu estava por perto, certamente do lado do jacaré, mas tratei de repreendê-lo “tô de olho em você! Pare de incomodá-la!”. Ela se acalmou e eu saí; logo depois, veio a mim sorrindo e elevando a mão como quem diz “toca aqui”: - “enganamos o jacaré, né?”.

A prática entre vários

A prática entre vários é o nome dado por Jacques-Alain Miller à modalidade de trabalho clínico com crianças autistas e psicóticas, desenvolvido por diversos profissionais em um contexto institucional preciso, referendado à Psicanálise, mas que originalmente não prevê a utilização do dispositivo analítico propriamente dito.

O termo “*pratique à plusieurs*” tem sido traduzido também como prática entre muitos, o que dá margem à discussão se o que está em jogo neste dispositivo seria a quantidade de pessoas envolvidas ou a dimensão da diferença entre elas, esta última nos parecendo mais adequada. Encontramos em Elia a construção da argumentação de que a diferença (absoluta) é em relação a si mesmo, e portanto, a “variedade” perpassa a cada um e não a todos, que são “muitos” na instituição. Ele ainda traz uma bela metáfora entre estes muitos “contáveis”, que seriam então “contados” (alusão ao significante enquanto simbólico). Ambas as traduções são “fartas agudas e pertinentes”³⁵, porém fico com a ênfase na variedade do coletivo, e não do cada um.

³⁵ Significantes extraídos do próprio texto de Luciano Elia; o original do trecho citado é: “O que varia não é de um para outro, mas o diverso deve se estabelecer entre cada um e si mesmo. São muitos (e não vários) envolvidos nesse dispositivo, e cada um desses muitos, contáveis e, quando isso é possível, contados, é não idêntico a si mesmo. Logo, é na dimensão do cada um

Nos interessa desdobrar como opera este dispositivo, estendendo-o à clínica institucional com psicóticos adultos, supondo que os fatores da própria organização do serviço a partir destes pressupostos, trazem conseqüências desejáveis ao manejo clínico-institucional junto a esta clientela, cuja principal característica é o apartamento do laço social.

Maria do Rosário Barros nos fornece uma definição interessante do termo, onde ressalta a possibilidade desta “variedade” favorecer ao sujeito:

“o fundamental nesta é a transmissão feita entre participantes da equipe do que se passa na sua relação com a criança e que vai tendo efeito na intervenção dos outros. O trabalho de transmissão ao qual todos estão submetidos instaura o não-todo no funcionamento daqueles profissionais e permite que o caos aparente, no qual parece mergulhada uma criança, se transforma em uma ordem inédita, produzida pelo sujeito e registrada por cada um que entra em contato com ela” (Barros, 2003).

Assim, para a psicose o sujeito torna-se possível enquanto ordem inédita e singular, testemunhada e assegurada pelos outros ao seu redor.

Acerca das psicoses e sua abordagem institucional, Zenoni ressalta que devemos visar estratégias para que “o sujeito não seja deixado cair” (Zenoni, 2000:69); assim o autor relaciona a peculiaridade do funcionamento da estrutura psicótica em relação ao Outro - do qual, a rigor, não se separa ou tampouco se instala, daí a dificuldade com o laço social - às necessárias formas de organização dos serviços, onde a diversidade de ações e ofertas traz à cena a idéia de “rede”, que então ampararia estes sujeitos.

Um dos fundamentos para esta multiplicidade e variedade seria o seguinte: na ausência da operação subjetiva da castração, da perda simbólica que passa a nortear e estruturar o funcionamento dos sujeitos neuróticos, na ausência desta perda, é o próprio ser do psicótico que por vezes é tomado como o objeto perdido, atingido no real de seu corpo, que se corporifica ou se identifica a este objeto perdido, enquanto dejetos³⁶; ou seja, a perda que não se realizou no simbólico, retorna no real. As pessoas em torno serviriam para amparar a queda do próprio sujeito enquanto objeto, apoiando-o em laços

dos muitos contados que se encontra o vário. Estender o vário para o campo do coletivo faria supor que é no conjunto de todos que a variedade perpassa, e não em cada um”.

³⁶ Isso pode aparecer sob a forma de um auto-abandono, pela recusa à higiene, ou mesmo pela ingestão de fezes (que na expressão popular já virou sinônimo de “loucura”), por alucinações de decomposição do próprio corpo, entre outros exemplos comuns na clínica com psicóticos

que se pretendem múltiplos, tal qual protótipo do arranjo social, do qual o psicótico encontra-se estruturalmente excluído.

Numa instituição é desejável a variedade dos recursos - palavras, pessoas, atividades, espaços, para que o sujeito tenha múltiplos pontos onde apoiar-se na busca por sua estabilidade, freqüentemente tão frágil.

Cabe a observação de que, em se tratando de serviços públicos, a idéia de “rede de serviços” que se constitui como um princípio do SUS - Sistema Único de Saúde, corrobora esta estratégia de “rede” muito utilizada na Saúde Mental. Para o SUS, vários dispositivos, com graus de complexidade diversos, devem se articular visando, por exemplo, a integralidade e a acessibilidade dos cuidados em saúde, ou seja, assistência a diferentes necessidades dos usuários e a garantia do acesso aos serviços, que devem ser regionalizados. Na Reforma Psiquiátrica, a diretriz de tratamento regionalizada também envolve a questão da comunidade enquanto características culturais locais e de rede social, *versus* isolamento social.

Para alguns críticos do paradigma psiquiátrico, a instituição “fez-se rede para pescar em mar aberto” (Lourau apud Altoé, 2005:85), considerando a extensão do seu território de incidência para fora do hospital, como estratégia política para a ampliação dos domínios do saber psiquiátrico e de seu poder. Esta abordagem, ao meu ver, traz uma importante reflexão acerca do que chamamos cultura médica; neste momento, no entanto, escolhemos enfatizar seus benefícios em propiciar o retorno do usuário ao corpo social.

Já na vertente psicanalítica, poderíamos considerar a idéia de “rede” enquanto redes significantes a serem “montadas” pelo próprio sujeito e por ele eleitas, daí a importância da diversidade das ofertas e ações, onde os sujeitos possam se amparar. A vinculação do sujeito a esta ou aquela atividade ou pessoa, necessariamente inclui sua escolha e, enquanto tal, favorece a posição de sujeito, ao invés de mero objeto de nosso trabalho, obediente às nossas determinações.

Nesta perspectiva, nós é que estamos como objetos, peças a serem posicionadas, como bem nos mostram as crianças autistas quando nos conduzem por seus caminhos, como se meros instrumentos, pontes entre um objeto e outro.

Considerando os significantes como passíveis de fazerem rede, ressaltamos sua materialidade, plano no qual podem ser abordados na sua vertente real, propriedade que introduz uma importante questão quanto à abordagem das psicoses e dos dispositivos

institucionais que propomos enquanto suporte. Estamos nos referindo à “prática da letra”.

O plano da linguagem comporta a elaboração do sentido, muitas vezes organizado através da produção delirante. No entanto, há uma outra perspectiva de abordagem que vem sendo citada como uma estratégia clínica para a estabilização da psicose, que é a dimensão do significante não tanto enquanto remetido a um outro para produzir um sentido, mas o significante isolado, enquanto ele não quer dizer nada, no seu estatuto de letra ou número, sob o ângulo de sua combinatória formal, da linguagem como uma máquina; Zenoni cita os exemplos da informática, matemática, lógica, das palavras-cruzadas e tudo aquilo que “...mexe com a linguagem quase como um objeto de arte, arte plástica, como na colagem, como no cubismo, que faz com que o simbólico permaneça real” (Zenoni, 2000:54).

Esta diretriz deriva do fato de que na psicose a inscrição da linguagem não se encontrar localizada numa significação de perda simbólica, localizada no falo, então a perda tende a ser significada por meios reais, tornando-se significações de perdas realizadas, daí o perigo de passagem ao ato.

No entanto, através da realização de marcas, que não sejam no próprio corpo mas com o “barro” das palavras, no real do papel, por exemplo, podem também circunscrever o gozo que não fora perdido com a inscrição da linguagem. Esta vertente constitui o tratamento do gozo pelo real, para evitá-lo no real da vida e do corpo, transpondo o tratamento do gozo ao real do simbólico. Desta maneira os analistas abordam a linguagem na psicose.

Em conformidade com isso, as oficinas, dispositivos freqüentemente utilizados nas instituições de Saúde Mental, possibilitam a dimensão da construção ao invés da interpretação, construção como dimensão do fazer e do realizar com as próprias mãos; as atividades ligadas às oficinas propiciam a produção de objetos e arranjos que podem funcionar como localização da perda simbólica, na medida em que se constituem como objetos fora do corpo, dele deslocado, ou mesmo como a exteriorização do seu ser de objeto do Outro. Em geral, nos serviços de atenção intensiva ou diária, vejo como a realização de produtos instrumentalizam a convivência entre o sujeito e aquele ao qual

se dirige. A este respeito, esta fala é bem significativa: “eu faço multipsicografia, neologia, que é grafar o mundo, mais que a partir das artes plásticas, a partir da letra”³⁷.

Segundo Mannoni, a respeito da clínica institucional com crianças, “as atividades visam permitir à criança exprimir, sobre uma outra cena, o que age dentro dela” (Mannoni apud Altoé, 2005: 81). A este exemplo, citamos situações a que servem esta mesma concepção:

Certa vez, irritado e queixoso quanto à medicação que dizia lhe impormos, um freqüentador do CAPS colocou-se a molhar excessivamente os vasos da oficina de jardinagem - “vou socar água nas plantas até morrerem, assim como fazem comigo, com toda esta medicação!”. Já Anália, mesmo fora de alguma oficina, utilizou-se do espaço livre do pátio para manusear sua boneca, até se aproximar e me dizer que eu havia saído da barriga de sua mãe. Não posso afirmar qual operação realizou através de sua brincadeira, mas ficou evidente sua importância naquele espaço, assim como de seu reconhecimento enquanto produção, seja como meio de expressão ou possibilidade de exteriorização do objeto.

Transferência e instituição

Outra peculiaridade da psicose é relativa à transferência, muitas vezes insuportável para este sujeito e que encontra no coletivo institucional e no dispositivo da prática entre vários a diluição necessária de seu peso. O laço social ou a vinculação transferencial nos sujeitos psicóticos pode ser impossível de simbolizar, tornando-se insuportável, presença perseguidora ou assédio apaixonado, para citar os casos clássicos denominados paranóia e erotomania.

Acerca disso poderia citar um exemplo: no CAPS, um paciente que ia diariamente ao serviço começou a se dirigir a mim repetidamente, com a fala de conteúdos amorosos e comportamento erotizado; eu não possuía nenhum vínculo formal com ele, ou seja, não o atendia individualmente, não o acompanhava enquanto referência no serviço; a convivência foi tornando-se inviável, pois ele passou a interromper meus outros atendimentos, tentando mobilizar minha total atenção, além de uma constrangedora proximidade corporal que dificultava minha circulação pelo

³⁷ Em um evento que reunia psicanalistas, trabalhadores da Saúde Mental e pacientes, quando falava-se do trabalho realizado em uma oficina, um dos usuários toma a palavra e dá seu depoimento. Tratou-se das comemorações do Aniversário do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro, realizados no mesmo, em agosto de 2003.

serviço. No início respondia a suas solicitações verbais, mas com o excesso expresso em sua abordagem, passei a interditar o contato com ele e lhe disse que isso só seria possível no Grupo de Sexualidade, atividade que realizo no CAPS; nesta oficina falamos sobre quaisquer assuntos que os pacientes queiram trazer relativos ao tema. Neste espaço circunscrito pela oficina, o paciente deu segmento às falas apaixonadas “a uma pessoa” que o estava atormentando muito, a quem não nomeava; inicialmente, falava sentado de frente para mim e me olhando fixamente; eu mesma desviava o olhar para o grupo e marcava a importância de fazer o seu relato para todos os presentes; no decorrer da atividade começou a fazê-lo e sua fala foi comentada e desdobrada como tema para os relatos de outros; ao fim do Grupo continuei insistindo para que se restringisse àquele espaço; nas semanas seguintes compareceu novamente e não mais com o discurso e comportamento anteriores.

O dispositivo grupal possibilitou a abordagem da delicada questão da transferência, sobretudo na psicose, diluindo o que se endereçou a mim naquele momento; por outro lado, se essa temática se dirigisse às pessoas mais próximas a ele no serviço, talvez não fosse tão facilmente contornável, nos dando provas dos benefícios do coletivo institucional.

No CAPS temos outro caso que exemplifica a prática entre vários³⁸: Anália foi encaminhada para o nosso serviço por um outro CAPS da rede do município, pois a gravidade do quadro lhes impedia de tratá-la junto com a irmã, que também fazia tratamento lá; ambas psicóticas desde a infância, com a circulação social integralmente comprometida pela esquizofrenia e constantes alucinações visuais e sinestésicas, além de complicações clínicas (diabetes, pressão alta). Soube que o ato que visa a separação das irmãs também seguia indicações clínicas, já que era freqüente confundirem-se uma na outra com episódios violentos entre si, que se estendiam a membros da equipe e aos outros pacientes. Quando cheguei ao serviço, muitos colegas me falavam sobre Anália, como era grave e difícil seu caso, de quem eu passaria a cuidar; a maioria mostrava-se tensa com sua presença, na expectativa de uma contenção ou medicação emergencial; por outro lado, diziam também de episódios onde a palavra entrava para mediar as irrupções violentas que pareciam ocorrer sempre em resposta às alucinações; tínhamos uma orientação comum de dizer a Anália que quando lhe agredissem, avisasse a algum

³⁸ Apesar do termo “*pratique à plusieurs*” referir-se ao contexto específico onde foi criado, estou aproximando a este dispositivo o funcionamento do serviço citado no exemplo, onde penso haver um trabalho de transmissão do saber inconsciente de cada um, um saber acerca do manejo institucional supondo as incidências do inconsciente.

de nós; eu mesma cheguei a lhe dizer que não seria permitido ali este tipo de agressão, que ninguém poderia violar o seu corpo, tentando desta maneira colocar-me como barreira neste Outro invasor. Anália já se endereçava a diversas pessoas no serviço, sobretudo à nossa servente, com quem passava a maior parte do tempo, no pátio. Após levamos o caso para a discussão de equipe, passamos todos a falar mais com Anália e observamos quão apaziguador estarmos por perto e possibilitar a fala sobre o que a incomodava, assim como a oferta de alguma atividade, das quais em geral participa bem - a ajuda na separação da medicação, a feitura de sabonetes, etc.. Impressiona como alguém tão desagregado, que não consegue terminar uma frase comum, pode ir ao tratamento sozinha, ir à esquina tomar café, vender seus sabonetes; Anália tem nos dito quando quer participar e o que fazer perante a crise; às vezes pede medicação ou para deitar-se momentaneamente, pede para ir para sua casa ou que a “oremos”, desde que começou a freqüentar a Igreja e a querer ser “obreira”, mais um lugar identificatório que lhe vale momentaneamente. Foi importante para a equipe, perceber que estávamos lhe antecipando as reações; durante um período, observei que estava indo sempre para casa e pudemos identificar a vinculação deste comportamento com a dificuldade de um de nossos membros, a servente, provavelmente sobrecarregada; havíamos nos desresponsabilizado de Anália, que julgávamos já amparada, “servida”; esta questão apareceu em ato no comportamento da paciente e na atitude da nossa colega, só posteriormente podendo circular na equipe. O significante “servente” nos remete à posição de secretário do alienado, termo que designa a função do analista na psicose, função de acompanhá-la em suas produções, auxiliar nos caminhos vindos do próprio sujeito psicótico. A prática entre vários também causa implicações na própria equipe e a maneira que esta procede, norteia o serviço e intercede nos trajetos dos casos que ali se constroem.

Em outro momento, Anália queixava-se de que estariam mexendo no seu corpo, cortando sua cabeça, enfiando corpos estranhos na sua vagina, entre outras invasões, sempre de ordem sexual ou violenta; imediatamente, passa a localizar o agressor em outra paciente e a ameaçá-la com seu guarda-chuva, empunhando-o e exibindo-o, falando em voz alta e grave; na ocasião, estávamos na Assembléia dos pacientes, espaço coletivo que se propõe democrático, onde todos têm direito à palavra e onde tratamos de assuntos relativos ao cotidiano dos pacientes no serviço; pensei em conduzi-la para uma sala à parte, onde pudesse acalmar-se, mas logo Anália disse que não queria ficar ali e saiu circulando pelo pátio e falando com vários de nós: “hoje não vou tomar injeção

nenhuma! não fiz nada de errado, não bati em ninguém!"; desta maneira parecia que denunciava e protestava contra o que lhe acontecia. Anália se dirigia cada um dos presentes, articulando-se, passando de um lugar a outro.

Assim, Anália tem criado soluções e nos indicado o caminho: costumava se aproximar imitando repórteres de televisão e uma colega lhe propôs que a filmasse e, desde então, toda semana escolhem pessoas para entrevistar. Na ocasião relatada anteriormente, Anália entrevistou a nossa servente, a qual chamava de mãe, perguntando porque ela mandava as pessoas embora, nos dando a ver e ouvir uma questão até então inabordada.

É comum Anália não reconhecer-se no vídeo - "quem é aquela?"; seguimos lançando mão de mais este recurso que, por vezes, favorece a unificação imaginária do corpo despedaçado de Anália e por vezes dá lugar a outros recursos, necessários em sua multiplicidade, como procurei exemplificar neste caso.

Um trabalho em conjunto tem desdobramentos próprios. A transferência enquanto elemento fundamental em jogo no tratamento tem suas incidências não só junto aos pacientes, mas também entre os profissionais, o que acarreta conseqüências para o próprio andamento dos casos; por exemplo: recebi um paciente a pedido de uma amiga que trabalhava em outro serviço; sua demanda era que eu o avaliasse e lhe assegurasse o tratamento, pois sua instituição não se destinava a tratar, mas apenas abrigar seus usuários, além do mais, seu cargo era de coordenação e não lhe permitia uma abordagem "psi"; no entanto, a história do paciente era conturbada, inclusive envolvendo questões jurídicas e ela sentia-se pressionada a cobri-lo de todos os cuidados. Na primeira entrevista o paciente falou clara e abertamente de sua história, não apresentando nenhum elemento que remetesse a uma psicose, no entanto seguiu cautelosa, remarcando a próxima entrevista. Na sessão seguinte, o paciente chega horas antes do marcado e abre um quadro de erotomania, "reconhecendo-me" como seu grande amor, que já o acompanhava por longa data, apresentando conteúdos místicos (teria me salvado das forças do mal, do estupro por Satanás e que agora teria que me unir a ele e adoraria fazê-lo, desde que Deus, meu pai, permitisse); na ocasião disse que só não me agarrava à força porque a segurança estava lá fora - suporte que a estrutura institucional proporcionou. A transferência maciça que se apresentou juntamente com um complexo delírio surpreendeu-me e após esta irrupção vi-me comprometida a lidar com tal "obstáculo". O paciente também incluiu minha amiga na escala dos seus deuses, num lugar privilegiado, porém bem mais inofensivo do que o meu.

Posteriormente, percebi que o saber do qual se eximiu minha amiga e que fora suposto em mim, talvez tenha sido captado pelo paciente, então capturado enquanto objeto de meu poder.

Seguiu-se um trabalho com a instituição onde o paciente estava abrigado, pois surgiram demandas de outros profissionais, por exemplo, dúvidas em como lidar com seu comportamento inadequado, sobretudo quando envolvia regras. Neste sentido havia um trabalho de transmissão envolvendo a especificidade do saber analítico; no caso, a contribuição específica da Psicanálise na lida com este sujeito poderia ser de indicar como a dimensão simbólica das leis deixa de ecoar na psicose, o que podia trazer conseqüências para o funcionamento institucional como um todo, ao abrir um lugar de exceção que particularizava a abordagem institucional uniformizante, assim como colocava em questão tais regras institucionais.

Esta “extensão” da Psicanálise, neologismo lacaniano para falar da Psicanálise em transmissão é um desdobramento que constitui o cotidiano dos analistas nas instituições, tanto junto aos colegas de trabalho, quanto aos profissionais de outras instituições, com as quais fazemos múltiplas redes.

Multidisciplinaridade

Supomos que um trabalho em conjunto tem desdobramentos próprios, que então caracterizam a dinâmica institucional de determinado serviço, constituindo seu perfil. Nas instituições contamos com vários profissionais, referidos a múltiplas especialidades, que podem ou não se organizar em equipes, mais ou menos coesas. Observo que quando se atende o paciente por profissionais de especialidades diferentes, chamamos comumente este serviço de multidisciplinar.

O que gostaríamos de ressaltar é que o termo da moda, pode servir para velar as diferenças entre as vertentes presentes na instituição, como se fosse possível conciliá-las harmonicamente, sem pontos de discordância, ou mesmo como especialidades que, uma vez sobrepostas, completariam umas às outras.

Além disso, reunir as diferenças sob um termo, que designa vagamente uma prática, pode servir para escamotear as questões éticas e políticas que ultrapassam a instituição, por exemplo, a hierarquia de poder entre as especialidades, que sob a égide da multidisciplinaridade parece estar neutralizada, o que de fato não ocorre.

No entanto, nos interessa considerar a multidisciplinaridade como de fato portadora de especificidades de vertentes que habitam um mesmo espaço de intervenção. Resta a questão de como se realiza a divisão deste espaço e a interação entre estas disciplinas, considerando a separação entre elas, pré-requisito lógico para a relação.

Jurandir Freire Costa, para instrumentalizar a discussão sobre “as éticas da psiquiatria”, as subdivide em ética da tutela, da interlocução e da ação social. Na primeira, física, o indivíduo deve ser cuidado, pois é privado de razão e de vontade, assim como é definido juridicamente como “doente mental”. No que denomina ética da interlocução, o sujeito é considerado possuidor de um discurso competente, porém esta vertente demonstraria pouco interesse pela ordem social. Já a ética do cidadão, “...quase que faz equivaler virtudes políticas e terapêuticas, francamente assimiladas ao que seria uma ação política real” (Costa, 1996:31). Para o autor, nenhuma delas é, em si, ruim; apenas seriam adequadas em momentos diversos.

Não se trata de dizermos onde exatamente nos localizaríamos, mas reconhecendo as diferenças destes direcionamentos, podemos supor quão determinantes nas intervenções que fazemos e no tipo de norte que apontamos para aqueles que se endereçam a nós no dia-a-dia da assistência. Em outras palavras, trata-se de evidenciar que a decisão de optarmos por uma ou outro tipo de intervenção, nos torna responsáveis por seus efeitos, no sentido de que toda escolha inclui uma perda, no ato mesmo da escolha e não é possível evitá-la, mesmo quando se faz necessária a “política da boa vizinhança”. Enfim, é preciso optar, ainda que conforme nossos “caprichos, ilusões e miopia”, como bem disse o poeta a respeito do acesso à verdade³⁹.

Até então, vínhamos falando do dispositivo denominado “prática entre vários”, ressaltando o que do seu funcionamento pode servir como múltiplos pontos de apoio ao paciente, a partir de diferentes características e traços de cada um em jogo, em prol do que não seria desejável o absoluto consenso. No entanto, do ponto de vista do inconsciente, não importará mesmo a especialidade do profissional (ainda que as escolhas profissionais certamente tenham motivações inconscientes); portanto, não seria necessário reduzir o cardápio dos repertórios, que enfim se colocarão no trabalho, certamente de acordo com o estilo de cada um. Sob este aspecto, os preceitos da “prática entre vários” e da multidisciplinaridade não se opõem.

³⁹ Refiro-me ao poema intitulado “Verdade”, de Carlos Drummond de Andrade, citado no capítulo Articulações Clínicas, deste texto.

Talvez pareça superficial abordarmos as diferenças sem ressaltar o que a Psicanálise nos diz de uma diferença absoluta, do vazio constitutivo de cada um de nós, porém a reflexão que se propõe é justamente pensar estas diferenças que aparecem ao mesmo tempo encobertas e expressas pelos discursos das diversas disciplinas ou especialidades.

Ao falarmos das várias éticas e discursos nas instituições, chegamos ao questionamento de cada prática que as habita, visando desdobrar a relação da própria Psicanálise com outros campos do saber. Porém, com alguns autores encontramos em Lacan algo que se opõe às especialidades:

Em sua ética a Psicanálise interdita a especialidade, pois está referida a um saber sobre o qual não se tem conhecimento e toma o sujeito, dividido entre o saber e a verdade, como baliza de seu trabalho. Assim, não somente assume sua condição de ‘saber não saber’ mas, no nível institucional, retira das outras áreas o caráter de especialidade: se é o sujeito que aponta a direção do trabalho, não há um saber prévio e empírico sobre ele” (Elia, L., Costa, R., Pinto, R., 2005: 129-30).

Neste contexto, desespecializar seria focar principalmente o estilo próprio de cada um em detrimento de especialismos, ou seja, clichês identificatórios ou ideológicos. No entanto, há uma faceta da consideração das especialidades que pode ser interessante: a diversidade das características destas categorias profissionais, que podem servir de mote à permanência do debate, sem o qual ficamos mais vulneráveis aos discursos dominantes, geralmente o paradigma médico-tutelar. Gostaríamos de levantar a questão de que quanto mais coesa uma instituição, quanto mais instituída, mas aproxima-se do totalitarismo? Talvez isto não se aplique às instituições de Saúde Mental orientadas pela Psicanálise, mas devemos lembrar que são minoria. Além do mais, corremos o risco de, ao ressaltar as diferenças particulares, igualarmos todas as práticas.

No livro “Vastas confusões e atendimentos imperfeitos” (Figueiredo, 1994: 61) encontramos uma longa exposição das possibilidades de organização entre os profissionais nas instituições, suas vantagens e desvantagens. Deste texto extraímos o fragmento que aponta o risco da “implosão das especialidades”, de diluir o alcance teórico e o potencial terapêutico de certos instrumentos clínicos.

Nas instituições em que trabalhei, observei que reconhecer diferentes éticas norteadoras de condutas, por vezes divergentes, enriquece nossa prática, cujo nivelamento pode levar a clichês consensuais do tipo: “casos graves sempre necessitam de medicação” ou “os benefícios previdenciários são sempre uma ajuda”, para citar exemplos íntimos ao nosso campo, referidos aos paradigmas médico e assistencial, respectivamente. Por outro lado, reconhecer as disparidades nos permite abordar as dificuldades inerentes a estas. Seguem-se algumas situações ilustrativas:

Retomemos o exemplo do caso trabalhado anteriormente: Elo, cuja vida era totalmente mobilizada por um delírio paranóide foi encaminhado pela Assistente Social à perícia médica, com o objetivo de passar a receber um benefício previdenciário, justificado pela sua incapacidade ao trabalho; sorridente, este vem me dizer “não atestaram que eu era incapaz”; posteriormente teve uma experiência de trabalho que, apesar de sustentar-se por pouco tempo, teve grande importância para sua estruturação psíquica - passou a compor a temática de seu delírio, que quanto mais se organizava, mais permitia a feitura de laços sociais.

Neste caso, recorreu-se ao procedimento padrão de encaminhar o usuário; não houve demanda por parte dele, mas a crença dos profissionais de que um direito adquirido deveria ser utilizado e, como concepção de fundo, talvez possamos identificar o pressuposto de que o paciente, em sua condição de psicótico, estaria em desvantagem, déficit, e que por isso deveríamos ressarcí-lo. Um outro ponto controverso seria com relação ao delírio, comumente considerado índice da doença, pela psicanálise é tido como estratégia de estabilização do sofrimento psicótico, própria ao sujeito. *A posteriori* pudemos colher a resposta deste sujeito, exultante porque autorizado em sua capacidade, o que nos ensina algo sobre a lógica assistencialista muito presente nos serviços públicos.

Em outro momento, recebemos na Recepção-Emergência uma jovem que havia sido encaminhada por sua terapeuta, pois esta achava que a paciente andava muito angustiada, o que a medicação deveria fazer cessar, supunha. No entanto, a partir da oferta de escuta, a jovem atribuía suas dificuldades ao momento de sua vida, que incluía muitas responsabilidades e escolhas e também ao próprio processo na terapia, já que ali falava de coisas muito dolorosas; quando perguntamos sobre o que achava de tal indicação, ela chora e diz não entender o que pretende sua terapeuta, da qual tristemente, diz discordar. Nossa conduta foi evidenciar a existência da discordância e propor que falasse sobre isso com sua terapeuta. A medicação solicitada por esta foi

receitada e deixada de posse da paciente, que poderia decidir se a tomaria ou não. Neste episódio, pareceu-nos que talvez a terapeuta ou analista tenha deixado de ocupar seu lugar, “transferindo” sua paciente ao Outro da ciência, repassando ou encaminhando uma problemática a ser trabalhada a partir da transferência e inerente ao processo de análise; não podemos afirmar isso, pois não acompanhamos profunda e longamente o caso, porém este atendimento nos traz muitos questionamentos.

É sabido que os analistas brasileiros estiveram historicamente comprometidos com a Reforma Psiquiátrica do país⁴⁰; o exemplo acima, apesar de partir de um consultório particular, atinge em cheio o papel do analista nas instituições, muitas vezes negligenciado em função do ofício de agente da Saúde Mental, mesmo dando a este ofício um certo “perfume de Psicanálise”; esta conduta pode visar economizar o analista “...em relação ao trabalho de sustentar o que é verdadeiramente analítico” (Mira in: Altoé, S. e Lima, M. (org), 2005:150). Este tipo de reflexão acerca de nosso próprio trabalho sinaliza a grande responsabilidade e o desafio aos analistas, perante uma prática em plena construção.

Na instituição “Saúde Mental”, como um todo, temos princípios próprios e que regem o seu funcionamento, por exemplo, a dimensão dos direitos do cidadão, acima relatados, a lógica territorial que obedece a critérios, sobretudo geográficos e da organização burocrática, determinantes de onde o paciente será acompanhado, a orientação mecanizada quanto à medicação que muitas vezes se limita a “tome seu remédio direitinho para ficar bom logo”, eliminando toda e qualquer questão subjetiva; enfim, a adesão a tais protocolos variam dependendo da instituição, mas muitas vezes tratam de impossibilitar a escuta daqueles em questão, saturada por procedimentos explicativos.

A Psicanálise colabora em nos mostrar quão fundamental garantir um espaço de fala ao paciente e, em nós, um espaço, um silêncio, que permita que o Outro surja nas palavras que o caracterizam, mesmo que seja angustiante ouvi-las.

Citando mais um exemplo, na Recepção-Emergência, apareceu a seguinte fala: “tenho problema nos nervos e a culpa é da Governadora, que não me dá o passe-livre, não me aposenta, me nega a medicação gratuita... sou doente e preciso dessas coisas,

⁴⁰ Tenório, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Ed. Rios Ambiciosos, 2001 e Cadernos do IPUB nº 17. *A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental*. Rio de Janeiro, UFRJ/IPUB, 2000, entre outros autores brasileiros.

vou lutar até conseguir”. Em seu prontuário observamos vários outros atendimentos naquele setor, em torno desta temática, inclusive com relatos de investidas na Câmara dos Vereadores, por exemplo, envolvendo querelas e condutas violentas. Em sua fala, os termos da queixa nos parecem serem tomados do vocabulário do engajamento político, para demandar ao Outro injusto, seus objetos faltosos. Por tratar-se de atendimentos pontuais na Emergência, não o acompanhamos suficientemente para detalhar mais o caso, mas queria chegar no seguinte ponto: se por um lado ele tinha tais ou quais direitos, por outro procedia sintomaticamente. Se lhe respondêssemos também partindo do discurso da cidadania, não estaríamos entrando em um certo engodo, pouco abordando o que poderia tornar-se questão sobre sua raiva, seu sofrimento, enfim, seu *pathos*?

De maneira similar, seremos nós técnicos, também “crônicos” de um discurso estereotipado, a saber, da Reforma Psiquiátrica? Esta questão envolve a aderência a diversas éticas e suas consequências sobre o trabalho, mas sobretudo interroga a posição de cada profissional frente ao trabalho que realiza. O que fazemos do nosso trabalho, como o fazemos, e por que?

No que diz respeito ao que determina a adesão a diferentes paradigmas, na Conferência “Psicanálise e psiquiatria” (Freud, 1915-1917), Freud atenta para os motivos altamente pessoais que motivam as controvérsias científicas, remetendo-nos curiosamente à dimensão da produção de um saber, que seria sempre particular. Em outras palavras, se supomos que a determinação primordial das nossas experiências são inconscientes e movidas pelo desejo de cada um de nós, de que forma isto se faz presente no nosso trabalho?

Ao refletir sobre os saberes que constituem nosso campo de trabalho em Saúde Mental, me pergunto que “verdades” estão em jogo na multidisciplinariedade. Isto porque do lado dos profissionais, se os supomos sujeitos, é o que há de mais “pessoal” (para utilizar o termo de Freud), o que há de mais íntimo, que se imprime na instituição. É deste lugar, incluindo as defesas de cada um de nós, que cada profissional se coloca no próprio trabalho, nas escolhas que este inevitavelmente impõe aos sujeitos.

O trabalho de garimpar a verdade de cada um diz respeito ao trabalho do analista, desde que endereçado a ele e assim autorizado pela transferência, porém, como parte de uma “prática” entre muitos ou mesmo em equipe, como caberia a interrogação de nossos atos? A “ação” institucional, como bem diz o título deste trabalho, perpassa todos os instantes desta clínica e torna ainda maior nossa responsabilidade. Longe de

ser um terreno neutro, onde o analista se apaga para colocar o sujeito do paciente em evidência, nas instituições respondemos com os nossos atos, que poderão ser atos analíticos no sentido de intervenção simbólica capaz de realizar efeitos no campo do real, ou melhor, capaz se inscrever algo deste; do contrário, podemos estar atuando sintomaticamente, justamente por falta de elaboração das motivações inconscientes destes atos (*acting out*⁴¹), já que o inconsciente está oculto sob o recalque, mas presente em todas as ações do sujeito.

No entanto, o caráter que gostaríamos de dar a nossa “ação” institucional, se aproxima daquela mencionada por Rinaldi, “...vinculada à idéia de nascimento, ao surgimento de algo novo, em movimento, ao contrário do comportamento⁴², que se efetiva em uma rotina submetida às regras” (Rinaldi, 1996:146), ou seja, a ação como manifestação desejante, que não pode ser concebida fora da sociedade.

No entanto, mudar os comportamentos instituídos socialmente, o funcionamento das instituições, portanto, “reformá-las”, jamais poderia ser algo simples, já que enraizadas ou estruturadas tão profundamente, segundo os preceitos psicanalíticos nos revelam a levarem em conta as nossas motivações inconscientes.

Com Lacan sabemos que só é possível ao sujeito articular-se nos intervalos dos significantes, em cujos vãos podemos perseguir alguma verdade: “...sem o significante no começo é impossível articular a pulsão como histórica” (Lacan, 1959-60: 261). Este dito nos remete à clínica da linguagem como norte, e portanto, também ao real que lhe é constitutivo, clínica que nos permite visar como cada um toma os postulados gerais ideologicamente veiculados. Ao mesmo tempo, esta afirmativa de Lacan nos aproxima da discussão histórica, e porque não dizer política, que envolve esta veiculação ideológica e a discussão acerca das instituições, para finalmente abordar a clínica que cada instituição viabiliza sustentar em seus domínios.

Esta discussão ideológica que perpassa a clínica, historicamente acompanhou o tratamento dos transtornos psiquiátricos, inclusive direcionando-o em suas diversas abordagens. Na clínica psicanalítica, a ênfase recai sobretudo na questão da

⁴¹ Incapacidade do dizer correspondendo a uma intervenção no real; verdade não reconhecida; torna a análise possível quando encontra acesso à representação e cede lugar à fala (P.Salvain in Kaufmann, 1996:4).

⁴² Comportamento seria o termo utilizado por Hannah Arendt para designar a normalização dos membros da comunidade segundo comportamentos esperados, ao conformismo inerente à sociedade, o que se opõe à ação como principal forma da relação humana. Rinaldi aproxima esta concepção da ética da Psicanálise, no sentido de que não se ceda do desejo.

particularidade das escolhas, ou seja, da responsabilização radical do sujeito enquanto tal.

Déficit ou diferença

“Se na primeira clínica correspondente aos anos 50, Lacan dava ênfase à presença ou ausência do Nome-do-pai, determinando as estruturas clínicas, na segunda clínica o Nome-do-pai passa a ser apenas um sintoma entre outras possíveis formas de arranjo do sujeito com uma falta fundamental que existe para todo ser falante. A segunda clínica, dita continuísta, não invalida o diagnóstico estrutural, mas acentua o que há de comum entre as estruturas e de próximo entre os fenômenos” (Alvarenga in Zenoni, 2000:10).

Esta ficção fundamental como produção singular e própria a cada sujeito parece ser descrita pela fala de um paciente psicótico⁴³, como se comentasse sua loucura, mesmo que não a reconhecesse como sua: “Mais vale tudo nas mãos, do que um falso nome”. Podemos considerar o “falso nome” como a forma singular e fictícia de arranjo do sujeito frente ao Outro da linguagem, assim desnudada.

O que foi chamado de “segunda clínica” de Lacan, ou seja, considerar as produções e posição subjetiva psicóticas como “um sintoma entre outras possíveis formas de arranjo do sujeito com uma falta fundamental que existe para todo ser falante”, evoca uma questão ideológica que perpassa toda a discussão sobre como tratamos a “loucura”. A partir de minha experiência clínica posso afirmar não ser incomum encontrarmos pacientes notoriamente psicóticos, com diagnósticos de retardo mental e tratados como tal. Não entrarei aqui no mérito da abordagem do sujeito no chamados quadros de retardo, mas creio que esta “confusão” diagnóstica seja um claro índice do tom em que é abordada a psicose em determinadas instituições.

Ao considerar os “sintomas” psicóticos como respostas positivas, formas de tratamento do retorno do gozo e como efeito de criação vindo no lugar de uma certa impossibilidade de relação com o Outro, tomamos as psicoses como diferença em relação à neurose e não como devedora de seu “bom” funcionamento.

Na “segunda clínica” Lacan, ambas são resultado de uma produção, portanto, estruturam-se tal qual uma construção, uma sendo marcada e utilizando-se do significante do Nome-do-Pai e a outra, dele prescindindo.

⁴³ Fala do paciente de um CAPS durante Oficina de Jornal onde estagiei, publicada no Boletim Informativo CasaViva, AnoI, n 2, maio de 2000, p.6, Juiz de Fora.

Esta perspectiva de algo similar entre um arranjo e outro ocorreu desde o texto freudiano: em “As neuropsicoses de defesa” Freud menciona “uma espécie de defesa muito mais poderosa e bem sucedida” (Freud, 1894:64) ao referir-se à psicose em relação à neurose e introduzindo a idéia de um mecanismo peculiar que virá a ser conceituado como rejeição e posteriormente relacionado por Lacan à forclusão, como um tipo de defesa na qual um significante primordial que realiza a inscrição simbólica é rejeitado; este tipo de defesa irá caracterizar a psicose. Em “A perda da realidade na neurose e na psicose” (Freud, 1924:207), como o próprio título diz, Freud nos apresenta a substituição da realidade insuportável por outras mais concordantes com os desejos, seja na fantasia ou no delírio.

“Para todo sujeito há um confronto com um ponto do significante, um ponto da linguagem onde o significante não corresponde a uma significação, onde o significante é enigmático. Esta falta ou este distúrbio no Outro é um distúrbio ao qual todos os seres falantes estão confrontados (Zenoni, 2000:33).

Qual de nós crê efetivamente neste postulado conferindo à psicose o estatuto de diferença e não defeito ou doença? Esta formulação psicanalítica é subversiva em relação aos valores historicamente constituídos, seja pelos saberes médico-científicos, seja pelo senso comum. Já os paradigmas da Reabilitação Psicossocial, ao reivindicar igualdade entre os cidadãos mas eliminando o significante “psíquico” muitas vezes corre o risco de segregar a diferença das psicoses em seus funcionamentos singulares.

Com Lacan vimos que a psicose é um destino subjetivo e, mesmo se o psicótico se encontrar fora do discurso social, é responsável por seu destino, pela *resposta* que o constitui como sujeito falante frente ao Outro da linguagem.

A responsabilidade do sujeito

Segundo J-A, Miller (2000:23) a própria palavra “responsabilidade”, etimologicamente inclui “resposta”, têm origem na mesma raiz e soam como redundantes - é a responsabilidade de responder por si mesmo; portanto, o sujeito é uma resposta. O sujeito tem uma dimensão que passa mais pela dimensão do direito do que pela esfera do “mental” e mesmo onde se consideram as enfermidades psíquicas, onde há um real do mal-estar psíquico, na abordagem psicanalítica há sujeito de pleno direito. No campo da Saúde Mental, muitas vezes temos que lidar com situações relacionadas à

questões propriamente jurídicas, como em processos de interdição, onde o parecer médico determina as resoluções legais, o que certamente traz em seu bojo conseqüências à clínica do paciente. Cabe lembrar, que nossas leis atuais consideram inimputáveis os portadores de transtornos mentais, referidos como “loucos de todo gênero”⁴⁴, o que por outro lado pode resultar na reclusão ao manicômio judiciário, lugar de ninguém, terra sem lei, onde não há prazo para a liberdade, ou seja, pode-se ficar por tempo indeterminado.

Mais uma vez, ao priorizar a clínica do sujeito, a Psicanálise nos serve para interrogar o senso comum, mesmo entre profissionais, de que a inimputabilidade preserva ao paciente. Um exemplo surpreendente a este respeito é o filósofo marxista francês Louis Althusser, que após matar a mulher durante um surto, foi proibido de lecionar e publicar; posto que dado como inimputável pelo crime, viveu durante anos a trágica condição de desaparecido:

“É provável que se julgue chocante que eu não me resigne ao silêncio depois do ato que cometi, e também a impronúncia que sancionou e da qual, segundo a expressão espontânea, eu me beneficiei./ Mas não tivesse eu este benefício, e deveria ter sido julgado. E, se tivesse de ser julgado, teria de responder./Este livro é a resposta à qual, de outra forma, a que teria sido submetido. E tudo o que peço, é que isso me seja concedido; que me concedam agora o que então poderia ser uma obrigação./ Evidentemente, tenho consciência de que a resposta que tento aqui não é adequada às regras de um julgamento que não ocorreu, nem à forma que então ela teria assumido. Pergunto-me, todavia, se a falta, passada e para sempre, desse julgamento, de suas regras e de sua forma, finalmente não expõe mais ainda à apreciação pública e à sua liberdade o que vou tentar dizer. / Em todo caso, é o que desejo. É meu destino só pensar em acalmar uma inquietação arriscando-me a outras, indefinidamente” (Althusser, 1918-1990: 21).

Althusser, portanto, não se calou e produziu com suas memórias o direito de resposta e contundentes reflexões acerca da possibilidade de escolha do sujeito, fazendo da falta a que foi delegado, possibilidade de se pronunciar e posicionar-se de forma impressionante quanto ao desejo.

Em outro exemplo, encontramos o entrecruzamento da clínica e a dimensão jurídica: Mara faz tratamento no Caps e chama atenção por sua história marcada pelo passado, quando ateou fogo no marido; senhora simpática, apresenta-se sempre calma, voz fina e mansa; quando fala do acontecido, por vezes admite tê-lo feito, outras

⁴⁴ Esta designação aparece no Código Civil e de Processo Cível, a respeito da interdição dos “loucos”, quando perdem todos os seus direitos enquanto cidadãos; na área Penal trata-se de sua inimputabilidade e periculosidade (Delgado, 2001: 286).

descreve enredo completamente diferente. Na ocasião, ninguém denunciou o assassinato. A questão que se coloca é a absoluta indefinição sobre a condição de Mara - tanto os familiares quanto os próprios profissionais, não sabem o que dizer sobre o episódio e conseqüentemente Mara pouco tem oportunidade de fazê-lo, apesar de demandar uma psicóloga “para conversar sempre que precisar”; ela segue estável, porém qualquer motivo é suficiente para o pânico e mobilização de todos os cuidados; o silêncio e o segredo que ronda a família também fica impedido de ser trabalhado e redundando em freqüentes internações da paciente. Em reunião de equipe, pensamos como incidiria sobre o caso um chamado oficial para pronunciamento e em como, da instância da fala, não deixar de responsabilizá-la.

Autorizar-se a falar é uma função de autoridade, lei estabelecida pelo Nome-do-Pai, função da qual a psicose é excluída em sua constituição, porém, o limite do simbólico não é seu privilégio, como nos indica o aforismo de que tudo na prática da psicanálise não é significante, em outras palavras, a linguagem não pode seguir com o sujeito até o momento de seu ato, da sua responsabilidade. Desta maneira, o último exemplo nos serviu para mostrar algo que também ocorre fora dos livros, mais próximo do que imaginamos pois , ao passo que se estreitam as diferenças entre as estruturas, somos remetidos de forma nova à questão da responsabilização que se coloca para todos os sujeitos, “de todo gênero” e não somente aos inimputáveis loucos.

Carlo Viganò (2000:52) lembra a recomendação de Benedetto Saraceno, importante expoente da Reabilitação Psicossocial, de entender a palavra “reabilitação”, não no sentido médico-ortopédico de reestabelecer as condições plenas a algo que se rompeu, ou mesmo no sentido de readaptação, mas no sentido jurídico, por tratar-se justamente de condições simbólicas, o que habilita os sujeitos:

“aquilo que deve ser reencontrado não é o real de uma função somática - por exemplo, o movimento de um membro paralisado - mas as condições simbólicas para enfrentar o real do gozo, do gozo do Outro materno, em seguida, do Outro reabilitado” (Viganò 2000:52-3).

Vale lembrar que na origem do termo “foraclusão” encontramos um sentido jurídico - quando já não há mais tempo de se recorrer às instâncias da lei. Lacan remete a instauração do significante paterno à lei que norteia determinada estrutura subjetiva, porém considerando o fato de que existam outras posições subjetivas que dispensem o Nome-do Pai. Portanto, aquilo que é foracluído pelo sujeito é a função paterna, que

permite a cada sujeito se orientar “na ordem do simbólico e na ordem do social”.

Viganò segue dizendo que:

“a função paterna é uma função de autoridade. Se o sujeito não se autorizar a falar, a dar um nome aos objetos, permanecerá ligado ao objeto que é a mãe, de forma automática (...) O sintoma não é outra coisa senão o esforço do sujeito para libertar-se da dependência devida à forclusão. Portanto o delírio, a fragmentação do corpo, autismo, melancolia são algumas estratégias para se curar, para sair do automatismo. Naturalmente a tentativa de curar-se. Segundo Lacan, fora de comunicação, do comum do simbólico. (...) O que o laço social fornece ao sujeito para reabilitá-lo permanecerá dentro da série dos objetos fornecidos pelo Outro materno. Nunca vai deixar o sujeito sair desta dependência” (idem).

Este é um ponto importante para a prática institucional, permitindo-nos questionar o que de fato realizamos nestes serviços: se fornecemos os suprimentos e ocupamos o lugar do Outro materno, visando manter os quadros dos quais tratamos fora das crises a serem debeladas ou silenciadas ou realmente abordamos as produções sintomáticas como soluções positivas que nos indicam a direção do tratamento.

Finalmente, retornando à questão de qual instituição para a psicose ou o que justifica a existência de uma clínica institucional, podemos dizer que a dificuldade em se representar dentro do próprio discurso exige que a relação do sujeito com o Outro seja reativada.

Concluindo, podemos dizer que esta diretriz talvez oriente e caracterize a natureza do trabalho institucional, e por outro lado, nos mostra quão possível questionar os discursos dominantes. A psicose pode nos informar quanto à diferença, sendo “partidária” da singularidade, já que não aderiu ao discurso dominante, desmistificando-o e evidenciando seu caráter ficcional.

Ao supormos que lidar com a instituição implica reflexões acerca de discursos dominantes em nossa sociedade, gostaria de encerrar com o seguinte trecho:

“o desejo diz: eu não queria ter de entrar nesta ordem arriscada do discurso; não queria ter de me haver com o que tem de categórico e decisivo” (...). A este desejo a instituição responde: “estamos todos aí para lhe mostrar que o discurso está na ordem das leis; que há muito tempo se cuida de sua aparição; que lhe foi preparado um lugar que o honra mas o desarma; e que, se lhe ocorre ter algum poder, é de nós, só de nós, que ele lhe advém” (Foucault, 1996: 6-7)⁴⁵.

⁴⁵ Apesar da peculiaridade da posição foucaultiana, não objetivada aqui, na nossa leitura este trecho nos permite abordar a questão da entrada no campo da linguagem.

Segundo nossa leitura metaforizada do trecho citado, seria o gozo quem fala, antes mesmo de poder designar-se “desejo”. Ao abordarmos a linguagem enquanto instituição estrutural (que ao mesmo tempo limita e instrumentaliza o gozo), procuramos ao longo de nosso texto estender a discussão ao âmbito da manifestação dos analistas nos campos da cultura e da vida, incidindo em pontos precisos da sociedade, não para fazer da Psicanálise uma “bandeira”, perspectiva puramente ideológica-militante, mas para fazer jus aos seus postulados teóricos, supondo um mundo que se faz em atos cotidianos nos quais a dimensão do desejo se imprime e se faz valer.

Enfim, podemos afirmar que, ao priorizar a dimensão ética e política da escuta, aplicando a contribuição da clínica às demais situações, visando intervir nos contextos e condições de manifestação ou supressão da dimensão desejante, a Psicanálise se exerce como ação institucional. Em outras palavras, ao considerar a singularidade, a Psicanálise incide politicamente no âmbito do público e repassa ao Outro social algo do saber analítico.

Bibliografia:

ALTOÉ, Sônia e LIMA, Márcia de M. (org). *Psicanálise, Clínica e Instituição*, Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos, 2005.

- ALBERTI, Sônia. Psicanálise e Universidade e a instauração de discursividades. In: RINALDI, Dóris, COUTINHO JORGE, M.A.(orgs.). *Saber, verdade e Gozo: leituras de O Seminário, livro 17, de Jacques Lacan*, Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.
- AMARANTE, Paulo (org). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE / ENSP, 1995.
- BROUSSE, Marie-Hélène. *O inconsciente é a política*. Seminário Internacional. Escola Brasileira de Psicanálise, 2003.
- CADERNOS DO IPUB nº14. *Práticas ampliadas em Saúde Mental: desafios e construções do cotidiano*. Rio de Janeiro, UFRJ/IPUB, 1999.
- CADERNOS DO IPUB nº17. *A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental*. Rio de Janeiro, UFRJ/IPUB, 2000.
- CLAVREUL, Jean. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Edi. Brasiliense, 1978.
- CAVALCANTI, M. T. *O tear das cinzas: um estudo sobre as relações entre a psicose e instituição psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria, IPUB/UFRJ, 1992, Cap. IV.
- _____ (et al) A psiquiatria e o social: aproximações e especificidades. In: *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Quinet, A. (org.). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p. 13.
- COSTA, Jurandir Freire. As éticas da Psiquiatria. In: *Ética e Saúde Mental*. FIGUEIREDO. Ana Cristina, Silva Filho, João Ferreira (org.). Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.

- ELIA, Luciano. O sujeito da psicanálise e a ordem social. In: *Sujeito do Direito Sujeito do Desejo - Direito e Psicanálise*. ALTOÉ, Sônia (org.). Rio de Janeiro: Revinter, 1999.
- _____. Psicanálise: Clínica e Pesquisa. In: ALBERT, S. e ELIA, L. (org). *Clínica e pesquisa em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.
- _____. *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004. Psicanálise passo-a- passo n° 50.
- ELIA, L.; COSTA, R. e PINTO, R. Sobre a inserção da Psicanálise nas instituições de Saúde Mental in ALTOÉ, Sônia e LIMA, Márcia de M. (org). *Psicanálise, Clínica e Instituição*, Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos, 2005.
- FERNANDES, Francisco L. de F, . Lacan e a Topologia. In: *A ciência e a verdade – um comentário*. Rio de Janeiro, Ed. Revinter, 1996.
- FERNANDES, Francisco. *Dicionário Brasileiro Contemporâneo*. Ed. Globo: São Paulo, 1960.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Vastas Confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.
- _____. *Do atendimento coletivo ao individual: um atravessamento na transferência*, Cadernos do IPUB, 2000, vol.VI, n. 17, p. 124-30.
- _____. O que faz um psicanalista na Saúde Mental. In: *Saúde Mental - Campos, Saberes e Discursos*. Venâncio A.T.; Cavalcanti, M. T. (org.). Rio de Janeiro: dições IPUB/CUCA, 2001.
- _____. Reforma psiquiátrica e psicanálise: um novo *aggiornamento*? In: *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Quinet, A. (org.). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p. 93.
- FREIRE, Ana B., FERNANDES, Francisco L. de F, SANTOS, Neuza S. Introdução. In: *A ciência e a verdade – um comentário*. Rio de Janeiro, Ed. Revinter, 1996.
- FOUCAULT, M.. *História da Sexualidade I - A vontade de saber*, Rio de Janeiro: Graal, 1977.

- _____ *A ordem do discurso*. Edições Loyola, São Paulo, 1996.
- _____ *Doença Mental e Psicologia*, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1988.
- FREUD, Sigmund. 1987 - *Obras psicológicas completas*, Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro: Ed. Imago.
- _____ (1895) Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos.
- _____ (1895) Projeto para uma psicologia científica.
- _____ (1905) Três Ensaio sobre a Sexualidade.
- _____ (1911) Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia
- _____ (1912a) A Dinâmica da Transferência.
- _____ (1912b) Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise.
- _____ (1913) Totem e Tabu.
- _____ (1915) As pulsões e suas vicissitudes.
- _____ (1915-1917) Conferências Introdutórias sobre Psicanálise.
- _____ (1918) Linhas de progresso da terapia analítica
- _____ (1920) Além do Princípio do Prazer.
- _____ (1921) Psicologia das massas e análise de eu.
- _____ (1923) O eu e o isso.
- _____ (1923-1924) Neurose e Psicose.
- _____ (1924) A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose.
- _____ (1930) O Mal-estar na Cultura.
- _____ (1933) Por que a Guerra?
- _____ (1940[1938]) Esboço de Psicanálise
- FUKS, Betty. *Freud e a Cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003. Psicanálise passo-a-passo nº 19.
- GOLDBERG, J. *Clínica da Psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1994.

- KAUFMANN, P.V. (ed.) *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: O legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.
- LACAN, J. (s/d) - *O mito individual do neurótico*, Lisboa, cooperativa Editora e Livreira, SCARL.
- _____ (1954-5) *O Seminário II: o eu na teoria de Freud e na técnica da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.
- _____ (1955-1956) *O Seminário III: As Psicoses* Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1985.
- _____ (1959-60) *O Seminário VII, A ética da psicanálise* Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1988.
- _____ (1965-66). *A ciência e a Verdade* In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.
- LA PLANCHE, J., PONTALIS, J.B. *Dicionário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- LOBOSQUE, A. *Experiências da Loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001
- MAURANO, D. (et al) *Psicose: ensaios clínico*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.
- _____ *Para que serve a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001. Psicanálise passo-a-passo nº 21.
- NUNES, R. Caso clínico apresentado na Sessão Clínica da Residência de Saúde Mental do Instituto Philippe Pinel (mimeo), 2001.
- OLGIVIE, B. *Lacan: a formação do conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.
- QUINET, A. *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2001.
- _____ (org.). *Psicanálise e Psiquiatria - Controvérsias e Convergência*. Rio de Janeiro: Ed. Rios Ambiciosos, 2002.
- RIJCHMAN, John. *Eros e verdade: Lacan, Foucault e a questão da ética*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993 (Transmissão da Psicanálise).
- RINALDI, Dóris. *Ética da diferença*. Rio de Janeiro: EdUERJ: Jorge Zahar Ed., 1996.
- _____ *O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário*. In: RINALDI, Dóris, COUTINHO JORGE, M.A.(orgs.). *Saber, verdade e Gozo: leituras de O Seminário, livro 17, de Jacques Lacan*, Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

- _____ Clínica e Política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: *Psicanálise, Clínica e Instituição*, Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos, 2005.
- ROSA, Miriam D. Uma Escuta Psicanalítica das Vidas Secas. In: *Textura Revista de Psicanálise*. São Paulo: Publicações das Reuniões Psicanalíticas; Ano 2 / n. 2 / 2002, p. 42-47.
- SOUZA, Neuza Santos. A psicose: um estudo lacaniano. Rio de Janeiro: Campus, 1991.
- _____ O que pode um analista aprender com os pacientes psicóticos? Rio de Janeiro. Maio, 2002. Mimeo.
- TENÓRIO, Fernando. Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção.
In: *A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental*. Cadernos de IPUB nº17. Rio de Janeiro, UFRJ/IPUB, 2000.
- _____ Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In: *Psicanálise e Psiquiatria - Controvérsias e Convergência*. Rio de Janeiro: Ed. Rios Ambiciosos, 2002.
- _____ *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Ed. Rios Ambiciosos, 2001.
- SARACENO, Benedetto, *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*, Rio de Janeiro, IFB / Te Corá Editora, 1999.
- STEVENS, A. A instituição: prática do ato. Carta de São Paulo, Boletim da Escola Brasileira de Psicanálise, ano 10, n.4, 2003, pg. 16.
- VIGANÓ, Carlos. A Construção de Caso Clínico em Saúde Mental. In: *Psicanálise e Saúde Mental*. Belo Horizonte: ED. Curinga/EBP-MG, n.13 set. 1999.
- ZENONI, Alfredo. Abrecampos - Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares - v. 1, 2000, Belo Horizonte.
- ZIZEK, S. *O mais sublime dos histéricos - Hegel com Lacan*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1991.
- Relatório de pesquisa *Clínica do Sujeito e atenção psicossocial: novos dispositivos de cuidado no campo da saúde mental*. (UERJ / CNPq), 2003.

Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2002.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)