



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Bruna Tabak

**Impasses e possibilidades da psicanálise em uma moradia assistida: uma  
experiência ensinante**

Rio de Janeiro

2017

Bruna Tabak

**Impasses e possibilidades da psicanálise em uma moradia assistida: uma experiência  
ensinante**

Dissertação apresentada, como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre, ao Programa  
de Pós-Graduação em Psicanálise da  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Ana Cristina Costa Figueiredo

Rio de Janeiro

2017

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

T112	Tabak, Bruna. Impasses e possibilidades da psicanálise em uma moradia assistida: uma experiência ensinante / Bruna Tabak. – 2017. 89 f.  Orientadora: Ana Cristina Costa Figueiredo. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.  1. Psicanálise – Teses. 2. Psicose – Teses. 3. Instituição – Teses. I. Figueiredo, Ana Cristina Costa. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.
es	CDU 159.964.2

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

---

Assinatura

---

Data

Bruna Tabak

**Impasses e possibilidades da psicanálise em uma moradia assistida: uma experiência  
ensinante**

Dissertação apresentada, como requisito parcial  
para obtenção de título de Mestre, ao Programa  
de Pós-Graduação em Psicanálise da  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 20 de abril e 2017.

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>ª</sup> Ana Cristina Costa de Figueiredo (Orientadora)

Dr<sup>ª</sup> Saúde Coletiva – IMS/UERJ

---

Prof<sup>ª</sup> Doris Rangel Diogo

Dr<sup>ª</sup> Teoria Psicanalítica – UFRJ

---

Prof<sup>ª</sup> Dóris Luz Rinaldi

Dr<sup>ª</sup> Antropologia Social – UFRJ

Rio de Janeiro

2017

## AGRADECIMENTOS

À Ana Cristina Figueiredo pela parceria no trabalho de bordadeiras da clínica e pela orientação generosa desta elaboração.

À Dóris Diogo e à Dóris Rinaldi pelos instigantes e cuidadosos questionamentos na banca de qualificação.

À Maria Silvia Hanna pelas sempre pertinentes orientações sobre a clínica psicanalítica e o constante incentivo de seguir em frente.

Aos meus pais, Daniel e Eliane Tabak, e às minhas irmãs, Jana e Sheina, pelo apoio sempre atencioso durante os sinuosos trilhos desta empreitada.

Aos moradores-pacientes que tanto me ensinam, no dia-a-dia, sobre a multiplicidade de cores com que pintam seus quadros.

Ao meu inseparável companheiro, Walter, que me dá coragem e leveza para atravessar este caminho e os próximos que virão.

Às amigas queridas Clara e Thayana pela indispensável presença e carinho.

Ao CNPq pelo auxílio financeiro que possibilitou a realização deste trabalho.

Uso a palavra para compor meus  
silêncios.  
Não gosto das palavras  
fatigadas de informar.  
Dou mais respeito  
às que vivem de barriga no chão  
tipo água pedra sapo.  
Entendo bem o sotaque das águas  
Dou respeito às coisas  
desimportantes  
e aos seres desimportantes.  
Prezo insetos mais que aviões.  
Prezo a velocidade  
das tartarugas mais que a dos  
mísseis.  
Tenho em mim um atraso de  
nascença.  
Eu fui aparelhado  
para gostar de passarinhos.  
Tenho abundância de ser feliz por  
isso.  
Meu quintal é maior do que o  
mundo.  
Sou um apanhador de  
desperdícios:  
Amo os restos  
como as boas moscas.  
Queria que a minha voz tivesse um  
formato  
de canto.  
Porque eu não sou da informática:  
eu sou da invencionática.  
Só uso a palavra para compor  
meus silêncios.

*Manoel de Barros*

## RESUMO

TABAK, Bruna. **Impasses e possibilidades da psicanálise em uma moradia assistida:** uma experiência ensinante. 2017. 89f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

A dissertação apresenta os instrumentos da psicanálise para se pensar, a partir da consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil, a clínica nas instituições de saúde mental. A abordagem clínica orientada pela psicanálise segundo a obra freudiana e o ensino de Lacan nos abre caminhos para refletirmos e avaliarmos as possibilidades e os impasses na prática institucional e cotidiana com psicóticos. O trabalho com a equipe se configura de modo a ir contra uma postura tutelar característica da lógica manicomial e também pedagógica. Não se trata de adaptar o sujeito à normalidade, mas estar disponível para acompanhar o seu modo de saber-fazer. A experiência em uma moradia assistida coloca a equipe, através da transmissão da psicanálise, em trabalho para pensar estratégias e invenções que façam valer os recursos subjetivos do sujeito. Entre tropeços e acertos, a posição de aprendizes da clínica se mantém. Em formação permanente, principiante ou experiente, o praticante deve estar atento à indicação de um saber não-saber para que algo novo apareça do lado do sujeito.

Palavras-chave: Psicose. Psicanálise Aplicada. Instituição.

## RESUMEN

TABAK, Bruna. **Impases y posibilidades del psicoanálisis en una vivienda asistida: una experiencia enseñante.** 2017. 89 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

La disertación presenta los instrumentos de la psicoanálisis para se pensar, a partir de la consolidación de la reforma psiquiátrica en Brasil, la clínica en las instituciones de salud mental. El abordaje clínico orientado por la psicoanálisis segundo la obra freudiana y el enseño de Lacan nos abre caminos para reflejar y evaluar las posibilidades y los impases en la práctica institucional y cotidiana con psicóticos. El trabajo con el equipo se configura de modo a ir contra una postura tutelar característica de la lógica de los manicomios y también pedagógica. No se trata de adaptar el sujeto a normalidad, pero estar disponible para acompañar su modo de saber-hacer. La experiencia en una morada asistida pone el equipo, por medio de la transmisión del psicoanálisis, en trabajo para pensar estrategias e invenciones que hagan valer los recursos subjetivos del sujeto. Entre tropiezos y aciertos, la posición de aprendices de la clínica se mantiene. En formación permanente, principiante y perito, el practicante debe estar atento a la indicación de un saber no-saber para que algo nuevo aparezca del lado del sujeto.

Palabras clave: Psicosis. Psicoanálisis Aplicado. Institución.

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	8
1	<b>PSICANÁLISE E CLÍNICA DA SAÚDE MENTAL</b> .....	12
1.1	<b>A Reforma Psiquiátrica no Brasil</b> .....	12
1.1.1	<u>Uma casa entre o ‘lar’ e o serviço: do que se trata?</u> .....	18
1.2	<b>A clínica da psicose</b> .....	22
1.3	<b>Discurso, saber e ética na psicanálise</b> .....	30
1.4	<b>A psicanálise aplicada, aplicações da psicanálise</b> .....	45
1.4.1	<u>Transmissão da psicanálise: uma prática não precisa ser esclarecida para operar</u> .....	49
1.4.2	<u>Prática entre vários</u> .....	53
1.4.3	<u>‘Especialismo’</u> .....	55
1.4.4	<u>Transferência de trabalho</u> .....	56
1.4.5	<u>Construção de caso</u> .....	58
1.5	<b>Supervisão</b> .....	59
1.5.1	<u>O que o supervisor sabe?</u> .....	62
1.5.2	<u>A função de êxtimo do supervisor</u> .....	63
1.5.3	<u>O espaço e o tempo da supervisão</u> .....	64
2	<b>IMPASSES E POSSIBILIDADES DA PSICANÁLISE NUMA INSTITUIÇÃO</b> 66	
2.1	<b>Caso S: “Só eu tenho a psicose do crachá”</b> .....	67
2.2	<b>Caso H: “É a poesia que me segura”</b> .....	72
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	80
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	84

## INTRODUÇÃO

Não desejo suscitar convicção; desejo estimular o pensamento e derrubar preconceitos.

*Sigmund Freud*

Influenciado pelo modelo italiano da psiquiatria democrática, o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, em curso desde a década de 1980, conta com avanços importantes a respeito da assistência e também no cumprimento da desinstitucionalização no país. Antes disso, no cenário do tratamento psiquiátrico brasileiro, tínhamos uma política que favorecia o crescimento do número de internações em grandes hospitais e o modelo hospitalocêntrico como estratégia principal de tratamento.

Os hospitais configuravam-se como instituições asilares uma vez que, com a superlotação de pacientes, não tinham qualquer perspectiva de tratamento. Não havia, tampouco, uma rede para encaminhamento dos casos. Logo, a cronicidade dos pacientes indicava um caminho sem volta. As denúncias de maus tratos contra a forma que a assistência era realizada somada à ação dos trabalhadores de saúde mental e entidades ligadas à saúde conjugaram a possibilidade de uma nova forma de tratamento para a loucura.

A reforma psiquiátrica brasileira se consolida nas duas últimas décadas do século XX com a crítica ao aprisionamento da loucura como objeto da psiquiatria e com o foco de desconstruir o aparato manicomial. A desinstitucionalização evidencia esse movimento e, desde então, diversos dispositivos extra-hospitalares têm sido construídos, com base na reabilitação psicossocial, recuperação da autonomia e da contratualidade social. Os novos dispositivos, tais como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital-Dia, Serviços Residenciais Terapêuticos, entre outros, assumem um novo arranjo de saberes e práticas.

Em 2014, após um período de experiência em uma enfermagem psiquiátrica e no ambulatório como aluna do Curso de Especialização em Clínica Psicanalítica do IPUB/UFRJ, surgiu a oportunidade de conhecer outras intervenções possíveis com o sujeito psicótico em instituição, sem uniforme, sem excessos de medicação, sem portas de ferro. Esta outra proposta de trabalho com a psicose me causou grande interesse e, no momento em que conheci a *moradia assistida* – sobre a qual discorrerei ao longo deste trabalho -, decidi que era

o lugar onde gostaria de iniciar uma nova empreitada como praticante da clínica a partir da orientação transmitida por Freud e pelo ensino de Lacan.

O nome grifado da instituição não é à toa: não se trata do Serviço Residencial Terapêutico regulamentado e introduzido no âmbito do SUS a partir da Portaria nº 106/2000 do Ministério da Saúde. Apesar de compartilharem de princípios semelhantes, a moradia assistida se diferencia do SRT por ser uma instituição privada, filantrópica e, além disso, ser um híbrido de moradia e local de tratamento. A proposta do SRT inclui o CAPS e a rede de saúde como parceiros de tratamento para viabilizar o seguimento da reabilitação psicossocial.

Na época em que cheguei à instituição eu dividia o trabalho com outra psicóloga. Lembro que quando nos conhecemos, ela me disse que seria um desafio *aplicar* a psicanálise naquele espaço e uma das justificativas era por se tratar de pacientes psicóticos. Ao não recuar diante da psicose, conforme nos orienta Lacan, a experiência na moradia assistida tem provocado outras perguntas, principalmente no tocante à prática institucional atravessada pela psicanálise.

Ocupo, desde o ano passado, essa dupla função de pesquisadora e praticante na clínica a partir das descobertas da pesquisa e das surpresas na prática, na qual essas funções distintas se atravessam. A observação crítica e a prática clínica com os moradores-pacientes provocaram em mim o desejo desta pesquisa. A articulação, portanto, entre investigação e tratamento, através do método psicanalítico, determina o desenho deste trabalho.

Na moradia assistida, fundada em 2007 e localizada em um bairro da zona norte do Rio de Janeiro, residem atualmente nove pessoas. A casa surgiu em resposta à questão de acolhimento desses sujeitos que não sustentam uma moradia sem assistência. A partir do abandono familiar, o falecimento dos pais e a perda de vínculos ao longo da vida, a instituição recebeu os nove moradores e continua recebendo encaminhamentos. Inserida dentro da comunidade, a moradia assistida também conta com um centro de convivência que recebe outros sujeitos psicóticos que não necessitam de uma moradia. Eles participam das oficinas e, alguns, das refeições.

Ao tomar o referencial psicanalítico, não se trata, portanto, apenas de um saber sobre a psicanálise, mas também do vigor do “fazer analítico” no próprio ato de pesquisa. A junção entre teoria e prática só pode ser realizada no exercício permanente na clínica, onde os pressupostos que a fundamentam podem ser colocados à prova.

Nesse sentido, como veremos ao longo desse trabalho, minha questão se desenha sobre a aposta de um trabalho orientado pela psicanálise em uma instituição de saúde mental. Além da dupla inserção como praticante e pesquisadora, também exerço uma terceira função de

coordenadora das reuniões com os cuidadores, que é um espaço privilegiado para a transmissão de um saber-fazer orientado pela psicanálise. Trata-se de fazer operar na instituição o giro dos quatro discursos indicados por Lacan (1969-70/1992).

Há dois anos havia um grupo de profissionais, prestadores de serviços, que não tinham qualquer interesse em compartilhar os efeitos de suas intervenções, receios, enfim, qualquer questão em torno de seu trabalho. O desassossego causado pelo encontro com o real da clínica não tinha lugar para ser falado. A reunião de equipe me parecia urgente. Foi assim que comecei a me aproximar da proposta de um trabalho na instituição orientado pela psicanálise além de minha prática no atendimento individual de alguns moradores-pacientes. Era preciso questionar a falta de plasticidade nas soluções encontradas e convocar a refletir sobre outras estratégias possíveis.

A concepção da moradia assistida, em seu estatuto, prioriza a instituição de uma *casa* que, podemos compreender, se afasta da lógica hospitalar que pressupõe atitudes prescritivas e o controle da subjetividade. Entre a ‘casa’ e o ‘dispositivo’, vai sendo traçada a teia em que o serviço se enreda (FRARE, 2012) e, em decorrência disso, uma série de questões exige uma organização institucional.

No cotidiano do serviço, as soluções advêm a partir de determinados atos. Acontecem coisas o tempo todo: a atendente da padaria que reclama que algum morador está incomodando os seus clientes, quando a cuidadora precisa apartar brigas e discussões entre os moradores, muitas questões no tocante à convivência de nove pessoas em uma mesma casa.

A clínica que acontece na moradia se apresenta através de intervenções, estratégias e invenções em que um tratamento do gozo é operado. Quais são as coordenadas desse trabalho? Quais são seus limites e implicações? A psicanálise entra em cena com um modo de operar na clínica que não é antagônico aos anseios da reforma. É preciso localizar os fundamentos da psicanálise e colocá-los a serviço de sua ética.

A presente dissertação nasce de questões que surgiram a partir de minha vivência como técnica em uma moradia assistida e se desenvolvem para a necessidade de pensar as coordenadas para um trabalho orientado pela psicanálise no contexto institucional. Na primeira parte, atravessando os cinco capítulos, apresentaremos as questões relativas à psicanálise aplicada na clínica da saúde mental: seus princípios, instrumentos e implicações. Através de vinhetas clínicas, a nossa aposta é pensar sobre a função da equipe, em um modo de trabalho coletivo não-todo, no serviço de saúde mental e também sobre as possibilidades da psicanálise operar nesse contexto.

Na segunda parte, apresentaremos dois casos clínicos, recolhidos do serviço que servem de base para este estudo, a fim de tratarmos das possibilidades e dos impasses da psicanálise na moradia assistida. Vamos ver as consequências desse trabalho. As considerações finais são algumas conclusões, elaboradas a partir do texto produzido, e indicações sobre como está atualmente o funcionamento e as perspectivas da instituição.

# 1 PSICANÁLISE E CLÍNICA DA SAÚDE MENTAL

## 1.1A Reforma Psiquiátrica no Brasil

A doença mental, objeto construído há duzentos anos, implicava o pressuposto de erro da Razão. Assim, o alienado não tinha a possibilidade de gozar da Razão plena e, portanto, da liberdade de escolha. Liberdade de escolha era o pré-requisito da cidadania. E se não era livre não poderia ser cidadão. Ao asilo alienista era devotada a tarefa de isolar os alienados do meio ao qual se atribuía a causalidade da alienação para, por meio do tratamento moral, restituir-lhes a Razão, portanto, a Liberdade

*Amarante, 1995, p. 491*

A Reforma Psiquiátrica, que constitui uma proposta explícita de lançar novos pressupostos para o manejo da loucura a partir da quebra do paradigma do modelo manicomial e hospitalocêntrico, tem como marca distintiva e fundamental o reclame pela cidadania do louco. A desconstrução do aparato manicomial e uma crítica impassível ao aprisionamento da doença mental – tomada como objeto da psiquiatria - sustentavam as premissas e propostas da reforma. A desinstitucionalização, por sua vez, é uma estratégia que evidencia um rompimento com a prerrogativa protocolar médica sobre a loucura e, ao mesmo tempo, visa superar esse modelo excludente. Antes da reforma, tivemos, no Brasil, algumas tentativas para solucionar o problema manicomial.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou em sua Constituição de 1946 que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de uma enfermidade. Desde 1953, a OMS recomendava a construção de comunidades terapêuticas enquanto modelo de modernização e respeito aos direitos humanos. Podemos dizer que a experiência das comunidades terapêuticas, que se desenvolveu na virada da década de 1960 para a de 1970, foi uma reação às estruturas tradicionais do aparato asilar psiquiátrico. Com a participação dos pacientes, procurava-se construir o processo terapêutico a partir da transformação da dinâmica institucional.

A estrutura de uma comunidade terapêutica era diferente da tradicional organização dos hospitais psiquiátricos. Na comunidade, a equipe técnica, os pacientes e seus parentes estavam envolvidos, de diferentes modos, no tratamento e na administração do local. A prática multiprofissional operava principalmente com grupos. No Brasil, no início dos anos 1960, o psicanalista Marcelo Blaya coordenava a Clínica Pinel em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Trata-se do primeiro modelo assistencial no país influenciado pelos princípios da comunidade terapêutica (PAULIN; TURATO, 2004).

No site da Clínica Pinel, Blaya relata que ao criar esta instituição buscava romper com a mistura entre religião e tratamento que predominava naquela região. Ele afirma que a “criação de uma comunidade clínica com regras e práticas que dessem ao psicótico/família condições para a ressocialização, combinada com práticas grupais ocupacionais e recreacionais, possibilitaram um bom índice de recuperação”(s/n). Em 1968, Oswaldo dos Santos e Wilson Simplício, também psicanalistas, criaram a primeira comunidade terapêutica do estado do Rio de Janeiro. A experiência, contudo, não teve impacto sobre o modelo de tratamento da loucura que, apesar de um verniz moderno não deixava de ser conservador (TENÓRIO, 2002).

O movimento da psiquiatria preventiva comunitária surge nos Estados Unidos, na década de 1970, influenciada pela psiquiatria de setor francesa e pela comunidade terapêutica. A psiquiatria de setor francesa procurou estruturar um serviço de tratamento por meio da criação de equipes de atendimento multidisciplinar (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros) que se responsabilizavam por uma determinada área geográfica a fim de realizar não só o tratamento, mas a prevenção de doenças mentais, criando cuidados específicos segundo as demandas de cada local.

A partir da influência dos princípios da psiquiatria de setor francesa e da comunidade terapêutica, a psiquiatria preventiva comunitária foi rapidamente adotada como política oficial de saúde mental nos Estados Unidos. O preventivismo é baseado nos estudos de Gerald Caplan, principalmente no livro *Princípios de Psiquiatria Preventiva* (1964), no qual o autor defende a ideia de que o adoecimento mental, se detectado precocemente, pode ser evitado. O autor acrescenta que ao identificar aqueles potencialmente doentes, medidos através de seus estilos de vida e hábitos, estes deveriam ser conduzidos ao tratamento especializado (RIBEIRO, 2004). Portanto, a psiquiatria preventiva comunitária aparece como suposta alternativa à prevalência do asilo e propunha que a psiquiatria praticasse um programa mais amplo de intervenção na comunidade a fim de evitar o adoecimento mental.

A intenção preventivista traduzia-se na bandeira de promoção de saúde mental ao detectar precocemente as situações críticas – de modo a poupar uma possível internação – e

também ao organizar o espaço social, visando prevenir o adoecimento psíquico. “Ao se definir que o lócus da intervenção deixa de ser a instituição psiquiátrica e passa a ser a comunidade, produz-se a tendência de *psiquiatrização do social*, em que o psiquiatra deve controlar os agentes não-profissionais, como vizinhos, líderes comunitários, agentes religiosos etc” (TENÓRIO, 2002, p. 31, grifo nosso). Apesar do nosso interesse por esta complexa questão, referente à psiquiatrização do social, não a desenvolveremos neste trabalho.

Na segunda metade da década de 1970, no contexto do combate à ditadura, surgem inúmeras críticas à ineficiência da assistência pública em saúde que se assomam às denúncias do abandono, da violência e dos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos hospícios do país. Em 1978, ainda na conjuntura da redemocratização, surge, no Rio de Janeiro, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), ator estratégico que liderou acontecimentos que fizeram avançar a luta antimanicomial. “Procurando entender a função social da psiquiatria e suas instituições, para além de seu papel explicitamente médico-terapêutico, o MTSM constrói um pensamento crítico no campo da saúde mental que permite visualizar uma possibilidade de inversão deste modelo a partir do conceito de desinstitucionalização”, afirma Amarante (1995, p. 492).

Não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais, mas de inventar novos dispositivos: “Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica” (TENÓRIO, 2002, p. 35). Em 1987, no II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental em Bauru, Estado de São Paulo, cria-se o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios” que encerra o Manifesto de Bauru:

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso (...). Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional (...) Contra a mercantilização da doença! (...) Por uma sociedade sem manicômios! (ABRASME)

O lema da luta antimanicomial, “Por uma sociedade sem manicômios”, é desde então lembrada e celebrada no dia 18 de maio.

Em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de lei que viria a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Eram apenas três artigos de conteúdo: o primeiro impedia a construção e/ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo calculava o direcionamento de recursos públicos para a criação de recursos não-manicomiais de atendimento; e o terceiro previa a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária. O texto final, aprovado em 2001, contudo, tem importantes diferenças em relação àquele apresentado pelo deputado 12 anos antes.

Nos 12 anos de tramitação, o texto foi revisto e modificado diversas vezes pelos relatores na Câmara dos Deputados e no Senado. Pedro Delgado, na conferência pronunciada na Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, em 2011, afirma que é possível identificar duas tendências principais dentre os legisladores que propunham substitutivos ao projeto de lei. A primeira era a tendência de descaracterizar a proposta de mudança de modelo de atenção ao manter o hospitalocentrismo. Além disso, o controle da internação involuntária era mantido como princípio, mas assumia uma regulamentação subordinada à perícia psiquiátrica. Apesar da vontade comum em regulamentar a internação involuntária, Delgado lembra que essas propostas eram defendidas pelas corporações médicas e entidades que representavam os hospitais psiquiátricos.

A outra linha de proposta substitutiva era de origem jurídica em que se tratava do tema do tratamento do paciente mental como um procedimento a ser regulado por medidas do ponto de vista legal. Segundo Delgado, esta segunda tendência era mais conservadora no tocante à autonomia e liberdade da pessoa portadora de transtornos mentais. Delgado, portanto, marca a tendência ao modelo biomédico e hospitalocêntrico no cuidado em saúde mental e também a tendência à “judicialização” do cuidado como aquelas responsáveis pela demora na tramitação e pela mudança no texto final da Lei 10.216. Apesar disso, a Lei 10.216, aprovada em 2001, foi um passo à frente no movimento da reforma. A substituição do modelo psiquiátrico clássico por outras modalidades assistenciais e tecnologias de cuidado foi considerada um marco paradigmático de uma nova prática de cuidados no Brasil. Compreende-se que

a doença mental não é meramente uma questão de sintomas e de sua remissão, mas uma questão de existência. Deve-se levar em conta tudo o que diga respeito à existência da pessoa doente, uma vez que a condição psicótica abarca a totalidade da experiência do sujeito, desde questões objetivas, como trabalhar, manter moradia etc., até a dimensão subjetiva (relações interpessoais, vivências subjetivas etc.). Assim, recusa-se uma abordagem exclusivamente sintomatológica da doença mental, em benefício da criação de uma clínica psiquiátrica renovada, deslocando o

processo do tratamento da figura da doença para a pessoa doente (TENÓRIO, 2002, p. 40).

No vocabulário da reforma psiquiátrica, a expressão ‘clínica ampliada’, criada por Gastão Wagner de Sousa Campos, é fricante para denotar esse novo paradigma. O autor dedicou seu escrito intitulado *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada* (1997/2002) a Franco Basaglia. Segundo ele, a clínica do sujeito, ou clínica ampliada, é “uma clínica centrada nos Sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, inclusive considerando-se a doença como parte destas existências” (s/n). O autor ainda acrescenta que “as doenças semelhantes do ponto de vista classificatório podem incidir de forma diferenciada conforme a história e os recursos subjetivos e materiais de cada Sujeito. Os serviços de saúde deveriam operar com *plasticidade* suficiente para dar conta desta variedade” (s/n, grifo nosso).

A desinstitucionalização vai operar justamente com esta indicação de plasticidade. Vale ressaltar que a desinstitucionalização não significa apenas ‘desospitalização’, mas desconstrução. A superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro significa a construção de novas possibilidades. A adesão aos valores da reforma, contra a segregação social da loucura, não deve nos impedir de reconhecer a tensão contida no binômio sociedade-loucura. Afinal, “é nessa tensão mesma que trabalhamos. Somos, à nossa revelia ou não, agenciadores dessa tensão” (TENÓRIO, 2002, p. 56).

Desde então, diversos dispositivos – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatório, Centro de Convivência, Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – têm sido construídos para sustentar este novo projeto com base na concepção da reabilitação psicossocial, recuperação da autonomia e da contratualidade social. A nova clínica institucional não dispensa a tradição, o saber e os instrumentos da psiquiatria, mas subordinados a uma nova apreensão do que seja a problemática da doença mental e do que seja o tratar (TENÓRIO, 2002). Esses novos dispositivos já estão inseridos no tecido social e têm conseguido tratar a loucura na cidade, sustentando tratamentos que podem prescindir das longas internações.

O que fazer com aqueles pacientes que não precisavam ficar internados, mas não contavam com o suporte familiar? Nesse contexto, na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, sublinhou-se importância estratégica da implementação dos então chamados “lares abrigados”. As denominações “moradias assistidas”, “lares abrigados” ou “serviço residencial terapêutico” fazem parte do acervo das novas proposições atravessadas pelos rumos que a reforma psiquiátrica tomou no Brasil. Vale ressaltar que foi somente a

partir da elaboração da Portaria n<sup>o</sup> 106/2000, do Ministério da Saúde, que a residência terapêutica é devidamente regulamentada como serviço e introduzida no âmbito do SUS.

Entende-se, a partir dessa portaria, o Serviço Residencial Terapêutico como moradias inseridas na comunidade destinadas a cuidar do sujeito psicótico egresso de internações psiquiátricas de longa permanência que não possui suporte social ou laços familiares que viabilizem sua inserção social. Os SRT, portanto, constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada. Ainda segundo a Portaria n<sup>o</sup> 106/2000, os projetos terapêuticos nos SRT devem basear-se nas necessidades dos moradores, visando à construção progressiva da sua autonomia e à ampliação da inserção social. Além disso, o SRT deve ser exclusivamente de natureza pública e estar integrado à rede de serviços do SUS.

O SRT se estabelece em casas localizadas no espaço urbano que constituem uma aposta no processo de reabilitação psicossocial, recuperação da autonomia e da contratualidade social. O Ministério da Saúde (2004) esclarece que a questão central é a moradia, isto é, o viver na cidade, lembrando que tais residências não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de morar articulados à rede de atenção psicossocial de cada município. Vemos, portanto, a ênfase dada à “residência” em detrimento da “terapêutica”.

A Residência Terapêutica não dispõe de atividades previamente estabelecidas, ou seja, os atendimentos individuais ou em grupo, as oficinas e o acompanhamento terapêutico são atribuições dos CAPS. As RTs são moradias acompanhadas por cuidadores e devem ter um técnico de referência e/ou uma equipe de seguimento para acompanhar os encaminhamentos entre as RTs e os CAPS na rede de atenção psicossocial.

Na moradia assistida sobre a qual nos debruçaremos ao longo deste trabalho, ao contrário do SRT, encontramos um híbrido de moradia e local de tratamento. Trata-se de uma casa localizada em um bairro da zona norte do Rio de Janeiro que se propõe uma moradia preparada para acolher aqueles sujeitos que não tem condições de se autogerir, apostando na reabilitação psicossocial, e local de tratamento já que é oferecido atendimento com a psicóloga e com a psiquiatra. A moradia assistida também dispõe de um centro de convivência no qual circulam quatroicineiros. Vale ressaltar que a casa é aberta para receber outras pessoas da comunidade em seu centro de convivência.

No caso do SRT, como vimos acima, a moradia deve estar vinculada ao serviço de saúde pública, em geral a um CAPS. Na moradia assistida em questão temos uma série de atividades e oficinas que fazem parte de um projeto terapêutico a ser definido para cada sujeito. Recebemos semanalmente a visita da psiquiatra, que atende individualmente todos os

moradores no dispositivo de consulta – alguns deles também fazem tratamento ambulatorial de psiquiatria no serviço público - e eu, que atendo a maioria dos moradores individualmente.

### 1.1.1 Uma casa entre o ‘lar’ e o serviço: do que se trata?

Fundada em 2007 por uma psiquiatra, uma assistente social e por uma diretoria leiga, a moradia assistida começou com apenas dois moradores. Esta instituição, de caráter filantrópico e que opera a partir de uma referência religiosa, funciona como um híbrido de moradia e local de tratamento. Casa, serviço, religião, diretoria leiga: Quatro elementos que já nos colocam a pensar em uma sinuosa tessitura.

A moradia assistida não está inserida na rede de saúde do SUS, mas alguns moradores estão vinculados a instituições públicas para tratamento psiquiátrico e se beneficiam da medicação fornecida pela farmácia estadual. A casa sustenta-se a partir de doações (pessoa física e jurídica) e das mensalidades pagas pelos familiares. O cálculo da mensalidade é realizado de acordo com as possibilidades de renda daquela família de modo que há valores variados. A casa tem em vista apenas dar continuidade ao projeto iniciado e não há qualquer pretensão lucrativa.

Trata-se de uma casa que acolhe sujeitos psicóticos da mesma origem religiosa. A maioria dos moradores tem um longo histórico de institucionalização – psiquiátrico e de outras instâncias de assistência social -, outros viveram em casa com a família até que seus pais faleceram. Atualmente nove moradores convivem na casa além da equipe que circula por lá diariamente. Alguns já foram usuários de hospital-dia e CAPS, mas atualmente as atividades estão para além da rede de cuidados: templo religioso, cursos gratuitos, atividade física, entre outros. Contamos com uma equipe de oficinairos (artesanato, arteterapia, musicoterapia e teatro), seis cuidadores, nove voluntários – que empreendem diferentes atividades -, técnicos administrativos, uma psiquiatra e uma psicóloga.

Quando cheguei na moradia assistida, em 2014, fui surpreendida por um funcionamento orientado por um ideal normatizante centrado na figura da diretora cujo objetivo era manter a ordem e a ‘normalidade’. Uma vez a diretora me disse que quando inaugurou a instituição pensou que ali fosse uma “casa de passagem”, considerando que havia uma possibilidade de cura definitiva e, portanto, a perspectiva do retorno dos moradores às suas casas. Frustrada em sua expectativa impossível, a diretora dizia ter sido “enganada”. A partir dessa afirmação da

diretora, nos perguntamos se ela teria sido ‘enganada’ pelo Outro da psiquiatria, afinal ainda esbarramos com a insistência da contenção química como resolução dos problemas.

Esta mesma diretora tomou a frente do projeto, dirigindo a casa e tomando decisões sem que houvesse qualquer reunião para discutir a direção de tratamento de cada morador. Além disso, numa casa em que ela julgava ser “de família”, na qual os moradores “deveriam ser irmãos”, alguns residentes a chamavam de “mamãe fulana”. Em outros momentos, quando ela conversava com eles, introduzia suas frases muitas vezes dizendo “te digo isso como a um filho”. O lugar de onde ela fala tem consequências. Retomaremos este ponto ao longo do trabalho no tocante à clínica da psicose.

Como toda instituição, há regras a serem seguidas para garantir o funcionamento do serviço. Contudo, diferente de um modelo manicomial em que o paciente internado deve adequar-se àquilo que é decidido para todos, minha aposta é que seja possível pensar sobre o que é próprio de cada um na moradia assistida. Nesta perspectiva, de acordo com Zenoni (2013), “a pergunta de sempre: ‘Que fazer com este paciente, como fazê-lo avançar, como mobilizá-lo’, se inverte na pergunta: ‘Qual uso faz ele desta instituição no seu percurso?’; uma inversão que supõe, evidentemente, introduzir um certo distanciamento em relação aos imperativos da ‘reinserção social’, que a instituição se vê impor ou se impõe a ela mesma (p. 44). Ora,

Não é porque ela cura que a instituição deve ser mantida, nem porque ela não cura que ela deve ser suprimida. Pois, no primeiro caso, o risco é grande em considerar como natural o fato de permanecer no hospital por “tempo indeterminado” e, no segundo, grande é o risco de deixar os pacientes abandonados às dificuldades de um retorno à família ou ao meio natural que os expõe a errância e a novas passagens ao ato. Manter esta função “social” é justamente o que permite marcar um limite a uma vontade terapêutica, que, sem esse limite, arrisca transformar a instituição em um lugar de alienação e de experimentação desmedida. Talvez não se tenha percebido, suficientemente, que é por causa da confusão entre sua função hoteleira, de “hospitalização” (no sentido etimológico do termo) e seus objetivos terapêuticos que a instituição pôde ser objeto de críticas e de medidas de abolição (ZENONI, 2006, p. 163/164).

Se não há cura, se não há o que fazer senão medicar os excessos dos moradores, a função terapêutica da instituição se torna impossível. A direção de tratamento orientada pela psicanálise aponta para outras estratégias e possibilidades, sendo preciso encontrar brechas para garantir um trabalho apesar da diretora.

Na casa, logo que cheguei percebi uma lógica de cuidado que insistia em manter um padrão de comportamento. Uma consequência do caráter filantrópico também me saltou aos olhos: era esperado pela diretoria que os moradores estivessem sempre agradecidos pelo que

lhes era proporcionado visto que não teriam outra oportunidade como aquela. A proposta de uma assembleia com os moradores, por exemplo, em que nos dispúnhamos a ouvir o que eles achavam, suas críticas e sugestões sobre a *casa deles* foi logo vetada. Afinal, é ou não é a casa deles? O projeto, portanto, foi logo suprimido, pois “eles são mimados e mal-agraçados” e “o que eles têm aqui não vão ter em lugar algum”. Qualquer questão sobre a comida, limpeza, ou atividade era rapidamente silenciada.

Aquilo que transforma um lugar em casa não é uma operação objetiva. Logo, o ideal de convívio e o ideal de como deve ser o funcionamento de uma casa devem ceder lugar para uma bricolagem que a equipe junto com aqueles nove moradores vai construir. Os contratos sociais, a rede que cada um vai tecendo, as regras de convivência que são estranhadas exigem da equipe um trabalho diário.

Alguns meses após a minha entrada na moradia assistida introduzi uma novidade na casa: reunião de equipe. Ali foi o princípio de um longo trabalho, que segue em construção, para que seja possível pensar outras estratégias, outras intervenções, apontando para invenções em que um tratamento do gozo é operado. Finalmente tínhamos um lugar para falar sobre o tratamento do impossível (real) pelo contingente. É o engano, o tropeço, o mal-estar que nos permitem avançar na produção de novas configurações. A reunião, a partir da contribuição de cada membro da equipe sobre as tentativas de circunscrever o real em jogo, tem por função elaborar um saber. Vale ressaltar que foi naquele espaço que começamos a construir aquilo que até agora venho dizendo de modo leviano: equipe.

Fala-se em equipe como se bastasse contratar diferentes profissionais e colocá-los em determinado serviço para que se tenha um ‘trabalho em equipe’. As equipes se organizam e se consolidam de diferentes modos e podem se apresentar com variações no trabalho clínico cotidiano nas instituições. De acordo com Figueiredo (2005), destacam-se dois modos mais típicos de estrutura e funcionamento das equipes na saúde mental: equipe *hierárquica* e equipe *igualitária*. A primeira preserva a hierarquia das profissionais numa distribuição mais verticalizada do poder de intervenção. O efeito imediato disso é que a palavra é dada de antemão por aquele que se autorize exclusivamente. “Este é o reino natural das especialidades onde a autorização tende a ser mais restrita, numa espécie de manutenção da atribuição de poder onde outras opiniões devem contar o menos possível, pois, caso contrário, a hierarquia estaria ameaçada em sua base” (p. 44).

No caso da equipe igualitária, as especialidades sofrem um colapso na medida em que todos os participantes têm a palavra seja qual momento for. Neste contexto, temos uma autorização difusa que é bem distinta da equipe hierárquica. As discussões são infundáveis:

“Tudo é discutido, e o que prevalece é o confronto de ‘igualdades’, onde cada diferença pode ser tomada como desavença ou ameaça ao equilíbrio harmonioso do todo no qual se sustenta a equipe” (FIGUEIREDO, 2005, p. 45). Como resolver o impasse entre esses opostos – a hierarquia como sinônimo de rigidez e igualitarismo como sinônimo de indefinição? O que pode ser feito para modificar esse quadro e avançar no trabalho coletivo? O que a psicanálise tem a dizer sobre isso?

Se há três anos atrás tínhamos a “mamãe fulana”, profissionais prestadores de serviços e um funcionamento hierárquico, pouco a pouco foi possível, como veremos mais a frente nesse trabalho, criar outro modo de organização. Vale ressaltar que a hierarquia não era determinada pelo saber científico, mas em uma norma baseada no senso comum e no ‘sintoma’ da diretora. *Familialista*, seus ‘afiliados’, na maior parte do tempo ingratos, deveriam obedecer às suas ordens. A diretora afirmava ter idade e experiência de vida suficientes para saber o que é melhor para os moradores.

Vemos, no caso dessa instituição, um ideal de convívio, inclusive uma expectativa de adequação social baseados em uma ‘moral’ e nos ‘bons costumes’, na medida em que sempre o outro sabe o que é melhor para o sujeito ou como melhor se faz. O modo de se vestir, o modo de se movimentar pela casa ou o modo de servir seu prato de comida não incluíam a singularidade de cada um. A orientação da psicanálise, por sua vez, marca que aquele espaço, a moradia assistida, deve ser um disparador de um processo de construção subjetiva junto com o sujeito para que novos arranjos sejam possíveis.

Desde 2014, estamos fazendo um trabalho de construção que inclui reunião com cuidadoras e reunião de equipe, e uma aproximação com a diretora a fim de perceber as consequências de quando ela encarna o discurso do mestre e não permite o giro dos discursos – método de análise da instituição que discutiremos mais à frente. Veremos dois casos clínicos: Caso S., que aponta para o fracasso de um trabalho sem equipe, e o Caso H., em andamento, que está indicando novos caminhos e provocando um trabalho de reinvenção da equipe. Apresento aqui somente um esboço dos dois casos a serem trabalhados.

S. morava na moradia assistida há cerca de sete anos e todo ano comemorava a data de sua chegada. Dizia: “tenho dois aniversários”. Antes disso, S. permaneceu 25 anos internado numa clínica psiquiátrica. Ao chegar foi atendido por uma psiquiatra que acompanhou os crachás que ele confeccionava. O crachá gerou tantos embates na instituição que S. declarou que apenas ele tinha “psicose de crachá”. Apesar disso, ele insistia em usar, comprar o material, rasgar e fazer um novo. Sem direção de tratamento, sem qualquer estratégia comum,

a partir de intervenções fracassadas e punitivas, o caso escancara o contrário de um trabalho exitoso.

H., morador há oito anos na moradia assistida, começou a sair da casa a partir de uma insistência da antiga psicóloga. Começou com um curso de turismo e recentemente se formou em shiatsu terapia. No momento em que terminou o último curso sua alegria cede rapidamente lugar à angústia: “Não posso ficar ocioso. Eu entro em crise quando fico ocioso”. Em meio à frustração por não conseguir clientes, H. nos apresentou um talento, a poesia. H. quer fazer mais um curso, de informática, quer “difundir sua obra para que seja reconhecida”, quer fazer trabalho voluntário. Ele afirma ter ficado parado por 17 anos e declarou um basta ao ócio. Vamos nos debruçar sobre os desdobramentos desse trabalho no coletivo em que junto com as cuidadoras, a diretora, a psiquiatra e os voluntários, estamos recolhendo alguns efeitos de um saber-fazer. E, mais importante: a equipe está escutando o saber do sujeito e pensando em uma estratégia comum para o manejo do caso.

## 1.2 A clínica da psicose

Poderoso para mim não é aquele que descobre ouro. Para mim poderoso é aquele que descobre as insignificâncias (do mundo e as nossas)

*Manoel de Barros*

Apesar de Freud ter se dedicado mais à clínica da neurose que à clínica da psicose, encontramos grandes contribuições em sua obra sobre a psicose e sua direção de tratamento.

Em 1894, no artigo *As neuropsicoses de defesa*, podemos notar, pelo título, que Freud não fazia ainda uma distinção entre as categorias neurose e psicose. Naquela época, o autor estava interessado em pensar as diferenças entre as defesas nas três categorias: histeria adquirida; fobias e obsessões; e certas psicoses alucinatórias. Freud, inclusive, afirma que “os três métodos de defesa (...) e, juntamente com eles, as três formas de doença a que levem esses métodos podem combinar-se numa mesma pessoa” (p.66). Contudo, ainda nesse artigo o autor afirma que existe na psicose (“psicose alucinatória”) um mecanismo de defesa –

*Verwerfung* – que, muito mais eficaz e enérgico do que na neurose, rejeita a representação intolerável e o afeto concomitante.

No artigo acima citado, o autor afirma dispor de poucas análises sobre a psicose, mas, no *Rascunho H* (1895), como desdobramento de seu estudo sobre as defesas, Freud sublinha que “o propósito da paranoia é rechaçar uma ideia que é incompatível com o ego projetando seu conteúdo no mundo externo” (p.256).

Nessa indistinção entre as categorias clínicas, entendemos que tanto a defesa neurótica como a psicótica trabalham no sentido de resolver o conflito provocado por uma representação sexual em relação às outras representações. Ao rejeitar tanto a representação quanto o afeto, a particularidade da defesa psicótica se torna presente ao situarmos um ‘buraco’ onde estava a representação intolerável. A tentativa, *a posteriori*, de reatar a cadeia de representações, como vemos adiante em sua obra, encontra as vias da alucinação e do delírio.

Em 1896, ao retomar as considerações sobre as neuropsicoses de defesa, Freud utiliza um esquema de classificação de sintomas da neurose obsessiva e o aplica à paranoia. A diferença estabelecida conta com o fato de que na paranoia as recriminações são projetadas para o mundo exterior e na neurose obsessiva estas se mantêm internamente.

Anos mais tarde, em 1911, a partir dos escritos autobiográficos do Presidente Schreber, Freud dá continuidade ao seu estudo acerca da psicose. O autor define o mecanismo da psicose como uma repressão efetuada por meio do desligamento da libido dos objetos. Ao afirmar que aquilo que foi abolido internamente retorna desde fora, Freud retifica o que havia dito antes quando propôs que a percepção suprimida era projetada para o exterior. O mecanismo da projeção é, portanto, situado ao lado da tentativa de restabelecimento dos laços com a realidade.

Em 1914, em *Sobre o narcisismo: uma introdução*, Freud apropria-se da teoria do narcisismo para pensar o eu como objeto sexual da libido. No caso da psicose, isso acontece após o desligamento libidinal dos objetos, sucedendo uma fixação que dificulta a operação inversa, isto é, o investimento da libido aos objetos. Na psicose, a ausência de objetos fantasiados dificulta o retorno da libido aos objetos, sendo necessária uma construção secundária e auxiliar para que isto seja possível. Surge, assim, o delírio como tentativa de cura que visa o restabelecimento da relação com os objetos. Conclui-se que há um movimento do psicótico em direção à estabilização.

Posteriormente, em 1925, Freud reúne suas últimas elaborações em torno da psicose em *Neurose e psicose* e *A perda da realidade na neurose e na psicose*. O autor situa o conflito na psicose entre o ego e o mundo externo. No primeiro artigo citado, Freud assinala que:

O ego cria, autocraticamente um novo mundo externo e interno, e não pode haver dúvida quanto a dois fatos: que esse novo mundo é construído de acordo com os impulsos desejosos dos Id e que o motivo desta dissociação do mundo externo é alguma frustração muito séria de um desejo, por parte da realidade - frustração que parece intolerável (p. 168).

O mundo externo rejeitado é justamente aquele que se articula pelo Édipo na medida em que é aí que se introduz a lei, acarretando, dessa maneira, as diferentes dimensões da falta. Se, portanto, é a lei edípica que o sujeito psicótico rejeita, faz-se necessária a invenção de algo novo que permita uma relação com o mundo.

Nesta fenda que apareceu na relação do ego com o mundo externo, Freud apresenta o trabalho delirante, a invenção delirante, como “tentativa de cura”, conforme afirmou em sua análise sobre o caso Schreber em 1911, ou um “remendo” de acordo com seu artigo *Neurose e Psicose* em 1925. Sobre a proposta de Freud em considerar o delírio como tentativa de cura, hoje compreendemos como uma ‘solução’ psicótica. Não se trata, contudo, de uma solução bem-sucedida uma vez que gera angústia e também intensifica um gozo perturbador. O delírio, portanto, é ao mesmo tempo uma solução e um novo problema.

Antes de seguirmos com as elucubrações de Lacan a respeito do tratamento da psicose, é importante lembrar o ponto que Freud tinha deixado em aberto com relação à psicose, isto é, a não-tratabilidade com os instrumentos da psicanálise uma que vez que o autor acreditava ser impossível estabelecer uma neurose de transferência com o psicótico:

As psicoses, os estados confusionais e a depressão profundamente arraigada (tóxica, eu poderia dizer), por conseguinte, são impróprios para a psicanálise, ao menos tal como tem sido praticada até o momento. Não considero nada impossível que, mediante uma modificação apropriada do método, possamos superar essa contra-indicação e assim empreender a psicoterapia das psicoses (FREUD, 1904/1996, p. 250).

Freud, portanto, nos indica que a psicose é imprópria à psicanálise na medida em que a psicoterapia é aplicada com o método adotado para o tratamento da neurose. No *Seminário Livro 3: As psicoses* (1955-56/2008), Lacan limita a contra-indicação dada por Freud aos pré-psicóticos, pois alerta para a possibilidade de um desencadeamento durante o processo analítico.

No *Seminário Livro 3 As Psicoses* (1955-56/2008) e no escrito *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (1959/1998), Lacan reúne as três condições do desencadeamento segundo a teoria estruturalista. A primeira é a própria condição estrutural, que trata da forclusão do Nome-do-Pai na psicose:

É num acidente desse registro [da linguagem] e do que nele se realiza, a saber, a forclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro, e no fracasso da metáfora paterna, que apontamos a falha que confere a psicose sua condição essencial, com a estrutura que a separa da neurose (LACAN, 1959/1998, p. 582).

O desencadeamento exige uma segunda condição, a quebra da identificação: “seja qual for a identificação pela qual o sujeito assumiu o desejo da mãe, ela desencadeia, por ser abalada, a dissolução do tripé imaginário” (LACAN, 1959/1998 p. 572). A identificação quebrada precisa ser aquela através da qual o psicótico assumiu o desejo da mãe.

A terceira condição implica na convocação do Nome-do-Pai foracluído. Mais uma vez é no detalhe que reside a sutileza dessa terceira condição. A contingência na vida do psicótico só conduz ao desencadeamento se toca o ponto no qual falta

(...) nada menos que um pai real, não forçosamente, em absoluto, o pai do sujeito, mas Um-pai. É preciso ainda que esse Um-pai venha no lugar em que o sujeito não pode chamá-lo antes. Basta que esse Um-pai se situe na posição terceira em alguma relação que tenha por base o par imaginário a-a', isto é, eu-objeto ou ideal-realidade (LACAN, 1959/1998, p.584).

Em *De uma questão preliminar para todo tratamento possível da psicose* (1959/1998), Lacan define que o Nome-do-Pai e a metáfora paterna possibilitam o campo interpretativo da linguagem no caso da análise com neuróticos. Como dirigir o tratamento dos psicóticos se invocar a função metafórica, como vimos, seria fazer aparecer Um-pai sob a forma do diferente, do terceiro, do novo? “Meio século de freudismo aplicado à psicose deixa seu problema ainda por repensar, ou, em outros termos, no *statu quo ante*”, afirma Lacan (p. 537).

A questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses, segundo Lacan, introduz “a concepção a ser formada do manejo, nesse tratamento, da transferência” (p. 590). O autor segue com a afirmação de que seria prematuro dizer o que podemos fazer nesse terreno porque seria ir “para-além de Freud”. Lacan sublinha que não há como usar a técnica que Freud constituiu para a clínica da neurose e usá-la fora da experiência a que ela se aplica uma vez que isto seria “tão estúpido quanto esfalfar-se nos remos quando o barco está encalhado na areia” (LACAN, 1959/1998).

É possível, portanto, o tratamento da psicose pelo dispositivo analítico ainda que com algumas diferenças em relação ao tratamento psicanalítico das neuroses. Não se trata de cura, mas de manejo. Quais são os instrumentos que o analista pode utilizar no manejo clínico da psicose? Ainda no *Seminário Livro 3: As psicoses (1955-56/2008)* Lacan designa a posição do analista como a de “secretário do alienado” e orienta ao analista a tomar ao pé da letra as palavras do sujeito psicótico:

Vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado. Empregam habitualmente essa expressão para censurar a impotência dos seus alienistas. Pois bem, não só nos passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta – o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada (LACAN, 1955-56/2008, p. 241).

Segundo Viganò (2003), “Lacan não força a questão teórica usando a bandeira da cura, mas a reconsidera utilizando o instrumento do ‘inconsciente estruturado como linguagem’ (p. 73). Afinal, segue, “o psicótico é um sujeito estruturado e não alguém que tenha sofrido uma parada no seu desenvolvimento psíquico”, logo o tratamento analítico “não é do tipo reeducativo, mas visa o manejo particular da transferência” (p. 74).

Zenoni (2000) nos brinda com a expressão “escola da psicose” para dizer que é na clínica que nós aprendemos como praticar a psicanálise. O autor acrescenta que “é a psicose que nos ensina sobre a estrutura e que nos ensina sobre as soluções que ela mesma encontra para fazer face a uma falta central do próprio simbólico” (p.16).

A falta central do próprio simbólico aponta para a forclusão do Nome-do-pai. Nos anos 50, Lacan estabelece a diferença entre as estruturas neurótica e psicótica a partir da presença ou ausência de uma determinada ordenação ou lei significante, o Nome-do-Pai. Desse modo, a estrutura psicótica é concebida a partir do que se revela no próprio discurso do delirante, no qual se apreende uma articulação particular entre os registros real, simbólico e imaginário. Vale ressaltar que Lacan fundamentou esta articulação particular dos três registros apenas a partir da década de 1970.

Partindo inicialmente das proposições freudianas, Lacan pensava o delírio como uma solução à invasão do real que, desarticulado do simbólico, provoca os fenômenos de remanejamento imaginário na psicose, cujos efeitos verificamos, por exemplo, na fragmentação do corpo do sujeito. O delírio, portanto, era considerado uma solução pela via do simbólico que, apesar de estar desarticulado dos outros dois registros, buscaria uma articulação.

Lacan, no *Seminário Livro 3: As psicoses* (1955-56/2008), apresenta a metáfora da estrada principal e uma rede de pequenos caminhos para falar sobre a psicose. Lacan pergunta: “Como fazem eles, aqueles que a gente chama os usuários da estrada, quando não há estrada principal, e que se trata de passar por pequenas estradas para ir de um ponto a outro?” (p. 339). Anos mais tarde, em *O Aturdido* (1972/2003), Lacan complementa esta ideia ao dizer que o esquizofrênico “fica reduzido a descobrir que seu corpo não é sem outros órgãos, e que a função de cada um deles lhe cria problemas – coisa pela qual se especifica o dito esquizofrênico ao ser apanhado sem a ajuda de nenhum discurso estabelecido” (p. 475).

Sem a estrada principal, sem contar com um discurso estabelecido, o psicótico, para ir de um ponto a outro, segue “os letreiros postos na beira da estrada” (LACAN, 1956/2008, p. 339), ou seja, “ali onde o significante não funciona, isso me põe a falar sozinho à beira da estrada principal. Ali onde não há estrada, as palavras escritas aparecem nos letreiros” (LACAN, 1956/2008, p. 339). Se dizemos que a alucinação é consequência do vazio no lugar da significação, provocado pela forclusão do Nome-do-Pai, Lacan supõe que “talvez seja isso a função das alucinações auditivas verbais de nossas alucinações – são os letreiros à beira de seu pequeno caminho” (LACAN, 1956/2008, p. 339).

Lacan propõe que no momento em que o enganche do significante com as significações se revela deficiente, “a corrente contínua do significante retoma então a sua independência” (LACAN, 1956/2008, p. 339). Desse modo, o murmúrio contínuo das frases, dos comentários, os zumbidos que o sujeito psicótico nos descreve, “nada mais são do que a infinidade desses pequenos caminhos, os significantes se põem a falar, a cantar sozinhos” (LACAN, 1955-56/2008, p.339). Por último, Lacan faz uma ressalva: “É ainda uma sorte que eles nos indiquem vagamente uma direção” (LACAN, 1955-56/2008, p.339).

A moradora A., de 67 anos, sempre pede que alguém “lhe guarde segredo”. Ela conta várias orientações que seus pais lhe apresentaram quando jovem e segue todos ao pé da letra. Após várias escapadas na rua enquanto estava com a cuidadora e outros moradores, ela me contou que sua mãe sempre lhe diz para não andar com relógio na rua, de modo que ela precisa retornar para casa imediatamente. Os ditos dos seus pais aparecem sempre no tempo presente e ela escuta estas imposições em vários momentos. Ela está sempre de olho no seu peso uma vez que seus pais lhe dizem que a mulher saudável deve ser magra. Muitas vezes me pergunta se pode comer uma comida ou outra e tentamos flexibilizar um pouco seus hábitos alimentares.

As orientações do Outro, que pede para não invejar os artistas na televisão, que recomenda não aceitar nenhum presente de ninguém já que desse modo ela se torna devedora,

entre outras que surgem durante o dia são os letreiros que guiam A. ao longo da estrada. A. costuma oferecer almoço da casa àqueles que a escutam e lhe fazem companhia. Vários funcionários insistiam que não era necessário, e a perspectiva de não cumprir o seu ‘dever em não ficar devendo’ lhe aparecia muito invasivamente, ao que respondia ficando distante e isolada em seu quarto. Logo, transmitir a importância desses letreiros é fundamental para que soluções punitivas e invasivas não mais se repitam.

Na clínica estrutural, o traço distintivo fundamental é a presença ou não do significante Nome-do-Pai. Na perspectiva borromeana, já na década de 1970, este traço será a presença ou não de um quarto elo. Este último refere-se a um sistema de atar, um aparelhamento fazendo nó. Nesse sentido, o que antes constava, seja em Freud seja em Lacan, como *déficit* em relação ao que podia ser considerado como normal, a referência ao Nome-do-Pai, que garantia a entrada do sujeito na linguagem e sua subordinação à Lei, vai surgir como invenção. Sobre esta virada no ensino de Lacan, Guerra (2007) acrescenta que:

Nem mesmo o Nome-do-Pai garante a possibilidade de tudo significar. Ao contrário, já em sua proposição ele é índice da falta do Outro e do destino que a ela cada sujeito confere (...) O encontro com o Outro é sempre faltoso e, para isso, não há remédio. Ao contrário, é desse encontro que nasce a possibilidade de construção de uma resposta pelo sujeito (p.14)

Logo, vemos que o Nome-do-Pai como potência simbólica ordenadora cede lugar a uma pluralidade de soluções que recorrem aos mais variáveis artifícios. Nesse segundo momento do ensino de Lacan, Alvarenga (2011) destaca, que “pode-se apoiar uma nova clínica, onde cada sujeito encontra as soluções que podem ensinar ao analista que nem só de Nome-do-Pai vive o homem” (p. 18).

Assim, “o nó permite pensar os efeitos subjetivos, ao mesmo tempo sobre o significante e sobre o gozo, a partir de sucessivos e diferentes cortes e suturas, operados pelo ato do analista e/ou pelas contingências da própria vida” (GUERRA et al, 2008, p. 289). Entre cortes e suturas há um artesão que inventa um *savoir-y-faire* com o real do inconsciente. Logo, o tratamento analítico não é do tipo pedagógico ou reeducativo, mas de invenção e soluções variáveis que estão para além de um julgamento moral. “Eu não sou cuidadora? Então eu sei o que é melhor para você”, elas dizem para os moradores. No próximo capítulo vamos refletir sobre as consequências do saber sobre o sujeito.

Essas variadas formas de amarração dos três registros nos apresenta a importância do trabalho singularizado. Cada sujeito, psicótico ou não, vai inventar o seu estilo de resposta, um novo modo de ser e fazer. Devemos ressaltar que o termo ‘soluções’, ao ser usado no

plural, quer dizer que não há uma estabilidade garantida: são multiformes, precárias, instáveis, mas também promissoras. Para Viganò (2003), o tratamento “não deve se valer da interpretação à qual o sujeito já se dedica, mas deverá permitir ao sujeito reinventar representações simbólicas como suplentes daquelas da função paterna [ou capazes de suprir aquelas da função paterna]” (p.77).

No caso da moradia assistida, é importante levarmos em consideração que esta aposta visa a tentar lidar com o real da loucura no lócus onde ela opera, isto é, na cidade. Dar endereço à loucura é “empregar-se ao lado do morador no esforço de barrar os excessos do Outro, auxiliá-lo naquilo que permite que se oriente na ordem do simbólico, para que construa formas de inserção no tecido social” (FIGUEIREDO; FRARE, 2008, p. 90). Desse modo, a equipe é convocada a construir junto com o morador uma forma de lidar com a sua singularidade.

Vale apresentar uma breve vinheta de um caso que será mais extensamente discutido na segunda parte desse trabalho. Um morador, H., diz que perdeu muito tempo na vida com o ócio. No último ano, após a orientação de uma psicóloga, iniciou um curso de shiatsuterapia. Recentemente, tendo encerrado o curso, afirma que “deus passou a mão sobre mim; eu agora sou shiatsuterapeuta”. Faz pouco tempo desde o fim do curso, contudo já é possível observar os efeitos do significante *shiatsuterapeuta*. Nos parece que este  $S_1$  o ressituiu em um dado lugar no campo do Outro.

“A precariedade, um atributo de todo sujeito, revela-se, sobretudo, diante dos enigmas e surpresas da vida (...) o que indica que o lugar do analista [na instituição] não se limita a conduzir uma análise, nem a exclusivamente construir um delírio, até porque, muitas vezes, ele não se manifesta como tal”, afirma Diogo (2008, p. 173). Trata-se de um trabalho que visa a inscrever uma perda de gozo e à construção de algum laço social possível.

H. não é mais o deprimido castigado por deus. Ele é shiatsuterapeuta. E também poeta. Recentemente me disse que está começando a acreditar que escreve bem depois de tantas pessoas lhe falarem que suas poesias são bonitas e aproveita para me pedir ajuda para divulgar seu segundo livro e, quem sabe, fazermos um sarau. Diogo (2008) nos lembra que a “rede que efetivamente opera é a *rede transferencial*, isto é, a rede que vai sendo tecida pelo sujeito em seu próprio percurso – para além dos encontros com a analista e das propostas da rede institucional – a partir de encontros contingentes nos quais o gozo se faz presente” (p. 173, grifo do autor). H. segue recolhendo dicas de amigos sobre como começar a trabalhar como shiatsuterapeuta além de pedir ajuda para divulgar seu trabalho. No momento, nas aulas de informática, está aprendendo a fazer uma planilha para acompanhar as vendas do seu livro.

Qual seria o estatuto do significante *shiatsuterapeuta*? Trata-se de um nome, mas não de um nome qualquer, já que resgata um certo lugar em que H. já havia se situado em relação ao Outro. Ele afirma que “já perdeu tempo demais” e que “não quer mais a ociosidade”. Na shiatsuterapia, H. retoma uma medicina e uma terapêutica. O  $S_1$ , portanto, é sobredeterminado e tem mais essa importância.

Segundo Miller (1983), a orientação de tratamento na psicose seria favorecer a passagem, pelo sujeito, da posição de objeto para aquela que se faz representar por um significante. É aí que o analista ou o praticante deve intervir, com cautela, evitando desencadear uma crise, mas permitindo ao sujeito encontrar uma solução mais eficaz do ponto de vista do laço social. De castigado por deus, objeto de gozo do Outro, fazendo várias tentativas de suicídio, a shiatsuterapeuta e poeta, circulando na cidade.

Miller (2003) sublinha a presença das pequenas invenções no caso da psicose: “Não são as bombas de *O contrato social* que abalam a França, a Europa, devastam tudo – eu exagero, mas faz sentido – mas antes a invenção de um pequeno ponto de basta, de uma pequena identificação, e a identificação é a condição para que haja trabalho” (p. 12, grifo do autor). A invenção se opõe à descoberta, visto que descobre-se o que já está lá. “O que qualifica esses psicóticos é que eles são obrigados a fazer esforços totalmente desmedidos para resolver problemas que, para o normal ou o neurótico, são resolvidos pelos discursos estabelecidos” (MILLER, 2003, p. 15), portanto, inventando o que não está lá.

A invenção tem lugar na instituição mesmo quando está é regida pelo discurso do mestre? O que pode fazer um analista na instituição? Qual é a função da psicanálise e de sua ética?

### 1.3 Discurso, saber e ética na psicanálise

Não é preciso ter medo de pagar o preço de onde alguém se põe. Cada vez que alguém se põe em um lugar, paga o preço. Não se trata, disse Lacan, de não entrar, trata-se apenas de saber o que está disposto a sacrificar por certo objetivo, por certo ato. É uma questão verdadeiramente interessante. Não disse que é grátis. Não disse que não tem consequências. Disse: cada vez que alguém entra em um discurso, porque não há meio de entrar em um lugar sem entrar em um

discurso, parece que entra em uma sala, parece que entra em um consultório, porém entra em um discurso e precisa pagar o preço

*Brodsky, 2003, p. 27.*

Uma instituição, qualquer que seja, é um lugar regido pelo discurso do mestre. Ora, o que faz um psicanalista na instituição? Ele está preso a qual discurso? Se o psicanalista paga com sua pessoa, com suas palavras e seu ser, conforme destacou Lacan em *A direção do tratamento e os princípios do seu poder* (1958/1998), qual será o preço que a psicanálise paga para estar entre outros discursos? Para responder esta pergunta é importante saber que a psicanálise se sustenta de um discurso próprio com os mesmos elementos dos outros discursos assinalados por Lacan. O que pode um psicanalista, marcado pelo discurso do analista, fazer em uma instituição de saúde, para provocar um destino outro que não a mera repetição do discurso do mestre? Ele deve fazer girar os outros discursos.

Segundo Brodsky (2003), não há lucro para o psicanalista, mas para a psicanálise. A autora sinaliza que cada discurso escreve o que se ganha e o que se perde. Se retornarmos para o célebre *O mal-estar da civilização* (1930/1996), veremos que cada discurso retoma o que Freud aborda como o programa do princípio do prazer. Trata-se do princípio da menor tensão, isto é, o princípio do prazer mantém o limite em relação ao gozo. Brodsky (2003) afirma que se paga com o princípio do prazer e explica que “o preço que exige a civilização é, para dizê-lo nos termos dos quatro discursos, o preço que se paga por sair do autismo, o preço que se paga por passar pelo Outro. Os discursos são quatro maneiras de passar pelo Outro” (p.28).

Temos, então, os quatro discursos - discurso do mestre, discurso da histórica, discurso analítico e discurso universitário - esquematizados a partir de “quatro letrinhas” (LACAN, 1969-70/1992) que se distribuem em quatro posições:

Agente Trabalho  
Verdade Produção

No momento concentremo-nos nos três primeiros discursos citados. Como já afirmamos, toda instituição está regida pelo discurso do mestre:

$$\frac{S_1}{\$} \longrightarrow \frac{S_2}{a}$$

$S_1$  está no lugar de agente, isto é, lugar de onde ordena o discurso. O sujeito está no lugar da verdade e sua produção, objeto do qual se separa, é o  $a$ . O discurso do mestre também é o discurso que aponta a castração, indicada pelas duas barras que separam o sujeito do objeto. O discurso do mestre, portanto, marca a falta-a-ser separando sujeito e objeto.

Entende-se que  $S_1$  na posição de agente no discurso do mestre é o lugar da lei articulada que constitui o direito e não deve ser considerada homônima de justiça. É preciso que as coisas funcionem de acordo com a lei. Trata-se, portanto, de governar. Lacan (1969-70/1992) afirma que “o princípio do discurso do mestre é acreditar-se unívoco. [...] E o passo dado pela psicanálise foi o de que o sujeito não é unívoco mas dividido: Ali onde penso, não me reconheço, não sou – é o inconsciente. Ali, onde sou, é mais do que evidente que me perco” (p. 96).

Vale ressaltar que “quaisquer que sejam os sinais, os significantes-mestres que vêm se inscrever no lugar do agente, a produção não tem, em qualquer caso, relação alguma com a verdade” (LACAN, 1969-70/1992, p. 185). Logo, o discurso do mestre determina um funcionamento *para todos*, com regras e ordens universalizadas.

Brodsky (2003) faz uma interpretação do discurso do mestre, entendendo que este discurso “supõe um ganho no nível de satisfação, uma satisfação que pode ser simplesmente seguir encadeando, seguir falando, entendendo-se que o próprio falar, o trabalho da cadeia em si, é uma satisfação. Porém se perde toda referência ao sujeito, à falta a ser, ao que não anda” (p. 29/30). Sabe-se que não há passagem do discurso do mestre ao discurso analítico sem passar pelo discurso da histérica. Afinal, para saber a verdade do sujeito é preciso escutá-lo e foi esta a grande sacada que Freud teve ao escutar as histéricas em seu consultório.

Agora é a histérica que se dirige ao mestre e sua verdade está no  $a$ , objeto mais-degozar:

$$\frac{\$}{a} \longrightarrow \frac{S_1}{S_2}$$

Neste ponto encontramos a precisão da presença do analista na instituição. Afinal, é o analista que institui a histerização do discurso como experiência analítica, ou seja, “a introdução estrutural, mediante condições artificiais, do discurso da histérica [...]” (LACAN, 1969-70/1992, p. 33). Vemos a histérica fabricar um homem movido pelo desejo de saber. Ora, não podemos pensar o discurso da histérica na instituição?

É importante lembrar que o  $S_1$ , agente do discurso do mestre, é justamente o que não opera ou opera mal na psicose. Neste discurso, que se propõe governar e espera que tudo funcione bem, isto é, sem mudanças no circuito, qual é o lugar para o sujeito psicótico? É o psicanalista que pode movimentar a inércia - questionando, pontuando, querendo saber mais sobre os acontecimentos e soluções - ao introduzir o discurso da histérica e fazer girar os discursos.

Nos casos dos pacientes crônicos, como observamos nas instituições psiquiátricas, fica evidente a localização do sujeito enquanto objeto no momento em que há total descrédito pela sua palavra ou quando um novo técnico da equipe fala sobre ele. “Ele sempre foi assim, sempre fez isso” ou “isso é mentira dele, ele é muito dissimulado e mentiroso” são falas que escutamos com frequência nas reuniões de equipe. Através da reprodução automatizada nada se quer saber sobre isso.

Apenas temos um objeto já sabido que incomoda. Diogo (2003) acrescenta que

o discurso do analista favorece uma forma de resposta que se diferencia dos outros discursos, já que o sujeito posto em questão pode se implicar, se responsabilizar pelos acontecimentos de sua existência, ao passo que certas práticas institucionais podem produzir uma exclusão do sujeito, ao encarnar o discurso do mestre (p. 32).

Eis um grande problema: não se deve encarnar um discurso, mas servir-se dele como operador. Na segunda parte deste trabalho vamos ver as consequências desse imbróglio, quero dizer, quando alguém encarna um discurso, no caso, a diretora que encarna o  $S_1$  do discurso do mestre.

Às vezes, aqueles considerados intratáveis interpelam a equipe, rompendo o imobilismo dos técnicos e colocando todos em trabalho. O próprio exercício da clínica, portanto, na insistência daquilo que não cessa de não se escrever, traz à tona os furos do discurso do mestre, flexibilizando as normas e regras universais: “A regra não é independente de uma prática regular desta. Ela não está no céu das regras e a prática alhures. Isto quer dizer também: não há regra sem infração às regras; ou ainda, não há regra sem uma prática viva da interpretação das regras” (LAURENT, 1996, p. 17).

No discurso analítico, o objeto  $a$  vem no lugar de onde se ordena o discurso, isto é, de onde se emite a dominante:

$$\frac{a}{S_2} \longrightarrow \frac{\cancel{S}}{S_1}$$

No discurso analítico, o analista, em forma de  $a$ , é o agente: “É do seu lado que há  $S\Box$ , que há saber – quer adquira esse saber escutando seu analisante, quer seja um saber já adquirido, localizável, isto pode, em um certo nível, ser limitado ao *savoir-faire* analítico” (LACAN, 1969-70/1992, p. 36). O que nos ensina a posição de  $S\Box$  no lugar da verdade no discurso analítico? Segundo Lacan, a verdade como saber é um enigma já que a verdade apenas pode ser dita pela metade. Trata-se de um “semi-dizer” (LACAN, 1969-70/1992, p. 37).

Brodsky (2003) acrescenta que “no discurso analítico há uma perda no nível de saber,  $S\Box$ , porque confronta o sujeito com o impossível de saber, com a falta no saber; não tanto com um saber no lugar da verdade, que serve como instrumento da interpretação, mas como um saber impossível” (p. 29). O saber não-todo aparece como uma necessidade preliminar ao tratamento que coloca o sujeito ativamente em trabalho a fim de evitar que ele seja esmagado pelo excesso de sentido dado pela equipe (CAMARGO, 2003).

Há sempre o real em jogo na clínica, um resto, um excesso que insiste em não ser assimilado. Vemos, no dia-a-dia, como este resto faz tensão com o ideal institucional de que tudo deve caminhar bem. Na moradia assistida, por exemplo, o morador N. demanda à equipe, com alguma frequência, por um segundo, terceiro, enfim, mais pratos de comida. Já experimentaram dar a ele um segundo ou terceiro prato, mas esta estratégia não resolveu o conflito. Vemos como esta situação incomoda e causa a seguinte reação: “Te dei o segundo prato e você faz isso?! Não me pede mais nada. Faço o que você quer e você responde dessa forma? ”.

Borsoi (2003) nos indica que há “uma tensão entre o que é negado e o que retorna, e como a equipe aborda o que retorna é a questão” (p. 38). Este resto que insiste em não ser assimilado pode ser uma brecha para que o analista inclua aquilo que “não tem jeito”. A autora segue com a afirmação de que “ter um impasse clínico, colocar um problema, não garante que vamos resolvê-lo, mas sabemos que, do ponto de vista da psicanálise, impasse refere-se a uma questão, ou seja, ali há um trabalho a ser feito” (p.39). O mesmo morador

citado no parágrafo anterior, já explicou que seu sobrenome, no idioma referente à nacionalidade dos pais, significa ‘homem amoroso’. Ele fala sobre a importância de ser generoso, fazer o bem e ter equilíbrio. Sempre recebe todos com o seguinte dizer: Amor, paz e verdade. Na hora das refeições, faz uma oração e afirma que a refeição é um momento sagrado e é preciso equilíbrio.

Um dia, embora ele já tivesse terminado o almoço, insistiu em permanecer na mesa à espera de um segundo prato. A cuidadora tentou conversar com ele, mas ele pediu a minha presença. Com um tom mais amigável, tentando uma via do humor (é um morador-paciente que faz um uso bastante interessante do humor), usei seu nome-amoroso e sua frase sobre equilíbrio para negociarmos a sua saída. Ele sorriu e disse: “Agora, sim, você está falando”. Neste dia, a estratégia funcionou. Foi possível, ali, presentificar uma figura pacificadora do Outro? Encontramos pontos de basta a partir das indicações dos pacientes, mas é preciso inventar novos modos de tratamento do gozo muitas vezes ao longo do tratamento.

Uma prática que coloca em relevo o trabalho do sujeito psicótico exige, de cada um que compõe a equipe, se colocar em posição de “secretário do alienado” como nos indicou Lacan (1955-56/2008): “Vamos nos contentar em passar por secretários do alienado [...] Pois bem, não só nos passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta – o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada” (p. 241). Acompanhando os movimentos de cada paciente, vamos aprendendo sobre suas tentativas e suas soluções. Dessa maneira é possível um trabalho de construção que se articule à regulação de gozo.

Se, por um lado, reconhecer e validar as estratégias de localização e separação de gozo abre uma via de subjetivação, por outro, a posição de saber ou querer fazer pelo outro aquilo que ele pode fazer por si mesmo corrobora para a posição de objeto do sujeito psicótico. Zenoni (2013) acrescenta que “o que se convencionou chamar de ‘segunda clínica’ de Lacan, nos orienta aqui numa aproximação dos fenômenos que se distancia de toda e qualquer noção de *déficit*, para então destacar o estatuto de resposta, uma resposta entre outras, a um impossível de estrutura, a um real” (p. 43).

Barros (2003) aponta que “a lógica do discurso do analista é aquela que abre o caminho para uma utilização inédita do real, do gozo que escapa e que, na psicose, se conjuga ao Outro, dando-lhe consistência de invasor” (p. 80). Há um resto que não é adaptável, mas não pode ser excluído. É preciso que ‘em nome da regra geral’, ainda de acordo com discurso do mestre, pensemos em saídas não convencionais, inéditas e criativas.

A fim de pensar a prática do psicanalista na instituição, a autora afirma que o analista

tem como instrumento a topologia lacaniana, que abre caminho para um novo tratamento a ser dado ao que fica necessariamente excluído de todo processo significante. O desafio é tratar esse excluído de forma a que ele possa retornar no âmago mesmo da criação significante, furando o universal ao qual ela inspira, para poder rir, no bom uso da ironia (BARROS, 2003, p. 81).

Zenoni (2006) sublinha que “é necessário que a resposta se oriente no sentido de presentificar uma outra dimensão do Outro que não seja a de sua vontade, isto é, uma dimensão de ideal ou de ‘ordem do mundo’” e sugere que a equipe evite o obstáculo da ‘regra pela regra’, “cujo caráter absoluto arrisca reintroduzir uma forma de ferocidade do Outro que não deixa nenhum lugar para a particularidade da defesa subjetiva” (p. 170).

No dispositivo institucional, regulado pela lógica universal, a prática com a psicose nos leva a enfrentar um alheio a procedimentos universalizantes e à legislação. À primeira vista, ‘particular’ e ‘universal’ são antinômicos, mas o trabalho de orientação psicanalítica põe em tensão essas duas exigências a partir do real da clínica. Aprendemos com Freud que o psicanalista aborda a sua clínica caso a caso uma vez que a “psicanálise é uma prática subordinada em sua destinação ao que há de mais particular no sujeito” (LACAN, 1955/1998, p. 360).

A convocação freudiana a tomar cada caso como se fosse o primeiro exige que não se faça uso do saber acumulado pela elaboração teórica ou mesmo de outros casos clínicos, permitindo uma abertura ao que ainda não se sabe a cada nova palavra do sujeito. Freud não propôs que se desfaça, a cada caso, o que a psicanálise já avançou, mas, como Lacan afirma, que o analista reconheça em seu saber o sintoma da sua ignorância: “O fruto positivo da revelação da ignorância é o não-saber, que não é uma negação do saber, porém sua forma mais elaborada” (LACAN, 1955/1998, p. 360).

O confronto da antinomia citada e a posição de um não-saber ofertada pelo discurso analítico dão lugar à surpresa, ao aleatório, ao impossível de prever. Ora, afirma Zenoni (2006), “não é porque uma tal resposta se inscreve no discurso do mestre que ela não pode ser esclarecida ou orientada pela psicanálise, e nem porque é orientada pela psicanálise que ela deve comportar a presença da sessão analítica” (p. 162).

Na instituição ou no consultório privado, o analista deve tomar o caminho proposto por Lacan (1958/1998) de ouvir, e não de auscultar. Quando compreendemos este último termo como identificar e diagnosticar a partir dos ruídos ou mesmo como inquirir e investigar, Lacan (1958/1998) nos lembra que “ouvir não me força a compreender” (p. 623). Cabe ao analista e aos praticantes se absterem de oferecer um sentido a tudo, soluções prévias, caindo

na armadilha do *furor sanandi*. Trata-se de um remanejamento do saber que requer tempo para ver, compreender e concluir (BARROS, 2003).

A psicanálise, a partir da orientação lacaniana, sublinha a importância de deixar em suspenso certo saber sobre o sujeito, inclusive um saber teórico, para que algo novo possa acontecer ou ser escutado. Lacan, na *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista na Escola* (1967/2003), esclarece que:

Isso não autoriza o psicanalista, de modo algum, a se dar por satisfeito com saber que nada sabe, pois o que se trata é do que ele tem de saber.  
O que ele tem de saber pode ser traçado pela mesma direção “em reserva” pela qual opera toda lógica digna desse nome (p. 254).

Temos aí a indicação de que é a partir de um saber incompleto, não-todo, “em reserva”, que aquilo que advém do sujeito será ouvido e o psicanalista e outros técnicos poderão operar. Dois anos após o escrito sobre a proposição, no qual sublinha a questão do ‘saber em reserva’, Lacan se debruça sobre os quatro discursos e segue com suas elucubrações sobre o saber.

No *Seminário Livro 17: O avesso da psicanálise* (1969-70/1992), no qual define os quatro modos de emparelhamento de gozo, Lacan afirma: “Se há algo que a psicanálise deveria forçar-nos a sustentar tenazmente, é que o desejo de saber não tem qualquer relação com o saber [...] O que conduz ao saber é [...] o discurso da histérica” (p. 22).

Segundo Lacan, “o que descobrimos na experiência de qualquer psicanálise é justamente da ordem do saber, e não do conhecimento ou da representação. Trata-se precisamente de algo que liga, em uma relação de razão, um significante  $S_1$  a um outro significante  $S_2$ ” (p.30). O autor descarta o saber como uma totalidade fechada, comparando esta ideia imaginária do todo com a política:

A colusão dessa imagem com a ideia da satisfação, eis contra o quê temos que lutar cada vez que encontrarmos alguma coisa que faz nó no trabalho de que se trata, o do descobrimento pelas vias do inconsciente. É o obstáculo, o limite, ou melhor, é a névoa na qual perdemos a direção e onde nos vemos obstruídos (p. 31).

O saber que não se sabe “é instituído no nível de  $S_2$  - outro significante [...] que não está sozinho. O ventre do Outro, do grande Outro, está repleto deles. Esse ventre, é aquele que dá, “como um cavalo de Tróia monstruoso” as bases para a fantasia de um saber-totalidade” (p. 33).

O que é a verdade como saber? Um enigma, responde Lacan (1969-70/1992). A verdade nunca se pode sabê-la senão pela metade. “A verdade, isso se experimenta, o que de modo

algum quer dizer que por isto ela conheça mais do real [...]” (p. 183). Afinal, “é impossível demonstrar-se como verdadeiro registro de uma articulação simbólica que o real se situa, se o real se define como o impossível” (LACAN, 1969-70/1992).

Lacan (1969-70/1992) afirma que é impossível que haja um mestre que faça seu mundo funcionar de modo que ele “dá um sinal, o significante-mestre, e todo mundo corre” (p. 185). Como, então, o impossível pode fazer furo no saber-totalidade do mestre? O real, como furo no saber próprio à maestria, convoca e autoriza o não-todo do saber. Autoriza-se o não-saber como mola do trabalho e não como obstáculo. Borsoi (2003) nos alerta que esse não-saber poderia ser tomado “como um fracasso narcísico, como uma deficiência de saber” (p. 37), mas a psicanálise nos orienta que sempre há algo a saber e a dizer, afinal não há saber que possa dar conta da subjetividade. Em outras palavras, não se trata de impotência, mas de um dado estrutural.

Nesse contexto, vale a pena refletirmos sobre a ciência, que a fim de constituir-se como um saber sobre o real, supõe um sujeito. Supõe, mas não opera sobre ele, tirando-o de cena. Afinal, o sujeito do inconsciente e o sujeito empírico são completos opostos, visto que o primeiro é sem qualidades enquanto o segundo é dotado de atributos psicológicos, sociais, afetivos, etc: “não há nada em comum entre o sujeito do conhecimento e o sujeito do significante” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 49).

Onde o saber manda, é o agente do discurso, a verdade da ciência: estamos falando do discurso universitário:

$$\frac{S_2}{S_1} \longrightarrow \frac{a}{\cancel{S}}$$

A verdade no discurso universitário – a verdade do sujeito – é rejeitada uma vez que o saber universal, científico, domina a cena. No discurso universitário da ciência, tudo aquilo que é tratado pelo saber é considerado um objeto (a), tratando-se, dessa maneira, de objetivar, ou melhor, objetualizar para aplicar o saber. Se, como nos adverte Lacan (1969-70/1992), a verdade só pode ser dita pela metade, se a verdade sobre o saber é um enigma, isto é, um semi-dizer, o que podemos pensar sobre este amor à verdade que encontramos no discurso da ciência? O que dizer sobre esta pretensão em dar conta do real?

O que é o amor à verdade? É uma coisa que zomba da falta a ser da verdade. Essa falta a ser, poderíamos chama-la de outra maneira – uma falta de esquecimento, que se nos recorda nas formações do inconsciente. Não é nada da ordem do ser, de um de algum modo pleno. O que é esse desejo indestrutível de que fala Freud ao concluir as últimas linhas do *Traumdeutung*? O que é esse desejo que nada pode mudar, nem abrandar, quando tudo muda? A falta de esquecimento é a mesma coisa que a falta a ser, pois ser nada mais é do que esquecer. O amor à verdade é o amor à fragilidade cujo véu nós levantamos, é o amor ao que a verdade esconde, e que se chama castração (LACAN, 1969-1970/1992, p. 54).

A ciência pode entrar na categoria de discurso “como enquadramento do gozo na medida que tem por finalidade a conquista do real, ou seja, a colonização do real pelos aparelhos simbólicos que as fórmulas matemáticas representam” (QUINET, 2006, p.20). Sendo provocado pelo sujeito que sofre, o mestre-cientista é colocado a trabalho, o que infelizmente não aconteceu no caso S, conforme veremos na segunda parte desse trabalho.

A escuta, seja como analista de um neurótico seja como analista-secretário do alienado no caso da psicose, é crucial para o andamento do caso. O sujeito, seja qual for sua estrutura, sabe. Ele sabe sobre o seu sintoma, sobre suas fantasias, sobre seus delírios e alucinações. É necessário que alguém escute. No caso da instituição, qualquer técnico que se autorize minimamente pode exercer esta função.

O que é demandado ao psicanalista, já indicado em meu discurso da última vez, com certeza não é o que corresponde a esse sujeito suposto saber, no qual – se entendido como em geral o é, um pouquinho desviadamente – pensou-se poder fundar a transferência. Eu insisti frequentemente nisto, que nós somos supostos saber não grandes coisas. O que a análise instaura é justamente o contrário. O analista diz àquele que está para começar – *vamos lá, diga qualquer coisa, vai ser maravilhoso*. É ele que o analista institui como sujeito suposto saber (LACAN, 1969/1970, p. 55).

Na instituição, cada praticante opera a partir de pequenas intervenções, manobras improvisadas e inventadas sem que estas sejam dedutíveis da disciplina em que efetuou os seus estudos. Afinal, “está menos para um saber aprendido que para um certo desejo que apela” (ZENONI, 2013, p. 44).

Zenoni (2013) afirma que o tratamento na instituição não se reduz à uma soma de atos técnicos especializados, mas desdobra-se nos diversos momentos e lugares desta realidade. Afinal, aquilo invade o sujeito psicótico não tem hora nem lugar. Frare (2012), sobre o trabalho dos cuidadores em um Serviço Residencial Terapêutico, acrescenta que “a justificativa para a não especialização dos cuidadores é sustentada na tentativa de garantir a quebra da medicalização, patologização e psicologização dos comportamentos dos usuários do serviço a partir de um olhar ‘não técnico’” (p. 110). A autora destaca a situação a partir do

trabalho dos cuidadores, mas podemos incluir neste exemplo todos os praticantes da clínica institucional.

No campo da saúde mental, o praticante deve estar advertido sobre os efeitos de sua assunção de saber sobre o sujeito psicótico: “[...] quando se trata das psicoses, essa significação do saber se liga à existência mesma do sujeito, porque na psicose o saber não é suposto, mas realizado pelo próprio sujeito, que é a referência, o gozo desse saber” (ZENONI, 2000, p. 20/21). Quando o praticante se propõe a escutar, conseqüentemente se responsabiliza por aquele dito; isto é, o sujeito psicótico acredita que aquele outro possui algo dele sobre ele. Não podemos esquecer que na clínica da psicose o sujeito pode responder, na transferência, pela via da erotomania ou da perseguição.

M. uma vez me disse que se sentia coagida a falar quando havia silêncio entre ela e uma outra pessoa. Quando vai à aula de hidroginástica acompanhada da cuidadora, nos momentos de silêncio, denuncia várias de suas verdades. Na sessão, M. me descreve seu delírio ora de cunho persecutório ora de cunho erotomaniaco em relação à cuidadora uma vez que esta sabe informações preciosas sobre ela. M. acredita que a cuidadora vai investigar as informações recolhidas e mandar roubá-la ou matá-la. M. também tem certeza que a cuidadora, após ouvir dados importantes de sua biografia e seus gostos, está apaixonada por ela. Temos aí os dois modos em que o gozo do saber aparece, contribuindo para uma resposta persecutória e erotomaniaca.

Conforme dissemos acima, todos os praticantes da clínica institucional devem estar atentos ao olhar ‘não técnico’ e à especialização do saber. Resistimos, inclusive, à ideia de “especialismo”, pois indica um saber formalizado. Segundo Diogo (2003),

a especificidade do fazer do psicanalista não significa que ele seja um especialista. A diferença é que o psicanalista maneja a demanda sob transferência sustentando uma suposição de saber [no caso da neurose de transferência] sem, no entanto, oferecer um complemento de saber preestabelecido, visando tocar algo do Real do gozo, numa operação que implica o sujeito (p. 29).

O Real que interessa ao psicanalista, na clínica com neuróticos, é aquele que se toca como limite da interpretação. Já na análise com psicóticos, de acordo com Jimenez (2004), “aceder ao Real seria poder dar um tratamento ao real do gozo em que o psicótico está imerso, ou permitir uma amarração provisória que possibilite ao sujeito abrir mão de uma suplência que não está se mostrando eficiente” (p. 67), podendo passar a outra sem ficar submerso no gozo. Enquanto que a análise com neuróticos se inicia quando o sujeito coloca o seu analista

no lugar do sujeito suposto saber, “na psicose não existe a denegação de um saber que não sabe que sabe” (JIMENEZ, 2004, p. 67).

Ao colocar a possibilidade de invenção, aproveitamos para salientar a posição de saber não-saber do técnico para que o sujeito costure o seu próprio modo de fazer. Vale mais uma vez ressaltar que a invenção, como aspecto privilegiado na relação entre praticantes e usuários, indica que há um saber em jogo, mas não um saber marcado por uma erudição qualquer.

Afinal, é impossível o acompanhamento diário em uma instituição se tornar protocolar, com um saber totalizante e com uma mesma série de procedimentos. Nesse caminho, do saber não-saber, um outro saber se instala. Não se trata do saber acadêmico e tampouco do saber do senso comum, mas de um ‘saber fazer’ que, recolhido por um analista, pode produzir efeitos. Lacan (1975-76/2007) nos indica que “só se é responsável na medida de seu *savoir-faire*. Que é o *savoir-faire*? É a arte, o artifício, o que dá à arte da qual se é capaz um valor notável, porque não há Outro do Outro para operar no juízo final” (p. 59). Lacan nos ensina que não há garantias, não há Outro do Outro e, sendo assim, cada um deve responder por sua condição de sujeito e pela autoria de seus atos.

É importante refletirmos sobre novas organizações de um gozo excessivo e seu desdobramento como um novo arranjo subjetivo “para fazer existir um Outro do gozo fabricado à sua medida” (GUERRA et al, 2008, p. 291). É aí que aparece o artesão que inventa um *savoir-y-faire* com o real do inconsciente. Ao contrário de uma postura moral que pretende um ideal de bem como ideal de cura a partir de modelos prévios sobre o que é melhor para o sujeito, a clínica da psicanálise se orienta pelas indicações daquele sujeito em trabalho independente do diagnóstico.

Além disso, cabe ao psicanalista sustentar seu próprio desejo – que, por sua vez, não deve se confundir com o desejo de ser psicanalista -, sustentando que haja análise a partir da fala e atos do paciente. Na instituição, o psicanalista está entre vários, isto é, entre muitos técnicos e saberes distintos, e não deve deixar de sustentar uma ética fundada no desejo que coloca o sujeito como eixo do trabalho clínico.

Rinaldi e Lima (2006) sublinham que “a clínica deve ser concebida não como lugar de aplicação de saber, mas de sua produção, um campo virtual de construção de discursos que possibilitam aprender sobre a estrutura e as soluções que ela encontra para si mesma” (p. 61). As autoras acrescentam que esse modo de trabalho exige um aprimoramento constante dos profissionais que trabalham na instituição. A supervisão, como veremos no capítulo V, é o espaço privilegiado para se pensar um trabalho de construção.

Se, como afirma Lacan (1974/1993), “uma prática não precisa ser esclarecida para operar” (p. 20), ao pensarmos sobre a orientação psicanalítica na instituição, entendemos que não é preciso que os técnicos estejam em formação analítica para que a transferência de trabalho ocorra. Reconhecendo seu não-saber, os técnicos poderão elaborar novos saberes, sempre na via do não-todo, inventando um saber-fazer guiado pelas construções do sujeito em tratamento. A prática opera porque é em ato e só se esclarece *a posteriori*. Isso pode acontecer com qualquer pessoa minimamente autorizada a intervir.

Em 1958 (1998), no escrito *A direção do tratamento e os princípios do seu poder*, Lacan afirma que o analista deve pagar algo para ocupar a sua função. O que isso quer dizer? O autor explica que, como no investimento de capital da empresa comum, o paciente não é o único com dificuldades a entrar com sua quota. O analista, por sua vez, paga com palavras, mas também paga com a sua pessoa, isto é, a empresta como suporte.

Neste mesmo escrito, Lacan aponta que é o analista quem dirige o tratamento. É importante ressaltar que não se trata de dirigir o sujeito, mas o tratamento. O analista conta com uma “tática” – a interpretação -, uma “estratégia” – manejo da transferência – e com uma “política” – a política do falta-a-ser. O analista é mais livre em sua tática, visto que paga com palavras, mas sua liberdade se reduz no manejo que faz da estratégia, a transferência. O analista tem menos liberdade “naquilo que domina a estratégia e a tática, ou seja, em sua política, em que faria melhor situando-se em sua falta-a-ser, do que em seu ser” (p. 596).

Isso quer dizer que “a política do psicanalista é, portanto, a política do falta-a-ser, porque ele não domina sua ação sobre o paciente com base em um saber prévio, mas se orienta pela elaboração de um saber inconsciente, que se produz pela fala do sujeito em análise” (RINALDI, 2005, p. 102). Freud (1912/1996) já nos havia assinalado que “o médico deve controlar-se e guiar-se pelas capacidades do paciente em vez de seus próprios desejos” (p. 132). A função do analista na direção do tratamento é favorecer a emergência do sujeito para que ele mesmo possa conduzir o processo de tratamento. Afinal, o analista deve saber que sua ação sobre o paciente lhe escapa.

Em 1958, no escrito acima citado, Lacan fez uma crítica contundente à forma como os pós freudianos atuavam em sua clínica. Um ano depois, no *Seminário Livro 7A ética da psicanálise* (1959-60/2008), o autor acrescenta que o analista “paga com palavras – suas interpretações. Ele paga com sua pessoa, pelo seguinte – pela transferência ele é literalmente despossuído dela” (p. 341).

A pessoa do psicanalista, portanto, não entra na cena analítica. A escuta parte de uma posição ética. Vale ressaltar que a ética da qual falamos aqui é a ética do desejo ao contrário

de uma ética do bem, isto é, não se alinha a qualquer tentativa do que seria bom para o paciente. Conforme sublinham Figueiredo e Frare (2008), a clínica orientada pela psicanálise lacaniana “é uma clínica que opera sobre o real, que considera as modalidades de gozo, que se coloca como aprendiz em relação à psicose, que se dispõe a secretariá-la na difícil operação de recobrir o real, que não compreende a psicose como déficit, mas como posição subjetiva” (p.90).

O que pode ser o desejo do analista? Lacan (1959-60/2008) nos dá algumas indicações. O analista, segundo o autor, “tem muita consciência de que não pode saber o que faz em psicanálise. Há uma parte dessa ação que lhe resta, a si mesmo, velada” (p.342). Temos aí um breve anúncio de que o saber está do lado do sujeito. É nessa perspectiva que devemos tomar a convocação freudiana de tomar cada caso como se fosse o primeiro, pois é ali, no real da clínica, que recolheremos os efeitos da fala e dos atos de cada paciente.

O que o analista tem a dar? Contrariamente ao parceiro do amor, como responde Lacan à pergunta, “o que ele tem nada mais é do que seu desejo, como o analisado, com a diferença de que é um desejo prevenido” (p.352). Afinal, e Lacan é muito preciso neste ponto, podemos dizer o que o desejo do analista não pode ser: ele não pode desejar o impossível. A psicanálise, vale a pena destacar, não é a salvação para os problemas da clínica institucional. A psicanálise inclui o impossível na direção do tratamento e nos impasses institucionais.

Tal posição do analista deriva de uma ética que aposta que há um sujeito e seu desejo, podendo emergir como efeito de um trabalho clínico. O desejo do analista, vale dizer, “não é um desejo puro. É um desejo de obter a diferença absoluta [...] (LACAN, 1964/2008). O desejo do analista, portanto, não é o desejo de um sujeito implicado em sua fantasia, mas o desejo de diferença, diferença absoluta, portanto não pela via da dessemelhança, mas pela via do ato. Logo, o tratamento deve orientar-se pelas indicações do paciente a partir de seus tropeços, sintomas e delírios. Cada um, neurótico ou psicótico, deverá inventar o seu modo próprio de estar na vida. A psicanálise, portanto, vai na contramão de uma postura moral que orienta seus intentos para um ideal de cura como ideal de bem.

Ao apostamos na singularidade de cada sujeito estamos na direção oposta daqueles que impõem modelos prévios sobre o que é melhor para aquele que está em tratamento: “A ética da psicanálise dirige-se ao sujeito em sua diferença radical para que ele mesmo trace o caminho possível para a sustentação de seu desejo” (RINALDI; LIMA, 2006, p. 59).

Como dissemos anteriormente, a psicanálise não se apresenta como solução dos problemas, mas os evidencia. Se for tomada como um saber idealizado constataremos inevitavelmente a resistência da equipe. Na instituição, o psicanalista está entre muitos

técnicos e ainda que tenha a sua especificidade, não existe sem os demais. Logo, cada um tem a sua experiência e deve se responsabilizar pelo seu ato.

Quando o trabalho em equipe, de cada técnico com suas intervenções, possibilita um trabalho singular com cada sujeito, inventando junto com ele o caminho do seu tratamento, estamos falando do discurso do analista. Os impasses da clínica devem questionar o mestre e não se submeter a sua lei, principalmente quando o  $S_1$  é encarnado pelo mestre. A diretora da moradia assistida, por exemplo, deveria se colocar como operadora do discurso do mestre com a função de organizar a instituição sem, portanto, encarnar o  $S_1$ .

Como consequência disso, observamos como o desafio do mestre (senhor/patrão) põe  $S_2$  a trabalho. Na dialética do senhor/escravo de Hegel, de onde Lacan forja o discurso do mestre, o escravo trabalha para o senhor. No *Seminário Livro 17: o avesso da psicanálise*, Lacan (1969-70/1992) aponta o inconsciente como o Mestre:

Esse saber disjunto, tal como o reencontramos no inconsciente, é estranho ao discurso da ciência. Por isso, justamente, é assombroso que o discurso do inconsciente se imponha. Impõe-se exatamente pelo que eu enunciava outro dia dessa fora que empregava, podem crer, por não ter outra melhor – que não diga besteiras. Por mais besta que seja esse discurso do inconsciente, ele corresponde a algo relativo à instituição do próprio discurso do mestre. É isso que se chama de inconsciente (p. 85).

Trata-se, aqui, de uma aproximação entre o discurso da histórica, no qual o objeto  $a$  no lugar da verdade a faz agir, furando o mestre e o colocando a trabalho para produzir o saber como resultado e resto. A supervisão, por sua vez, é o lugar que pode fazer operar o giro dos discursos.

Não recuar diante da psicose. A máxima de Lacan nos convoca a não recuar diante do real da loucura e, conseqüentemente, da clínica como operador daquilo que insiste, dando algum destino ao que não cessa de não se inscrever. O desafio é transmitir à equipe que os excessos não poderão ser domados pedagogicamente, mas contornados a partir de uma borda que dê certa continência a essa experiência peculiar (RINALDI; LIMA, 2006). Logo, é imprescindível que haja um espaço para refletir sobre os casos e dividir a responsabilidade com os outros membros da equipe.

A psicanálise norteia um fazer permanente que pode atravessar qualquer tipo de organização porque o que é decisivo é sua referência ética: a ética do desejo. A ética da psicanálise não se refere a um modo de saber ou procedimento estabelecido, padronizado. Se há um saber em questão, este deve ser posto em ‘reserva’, deve dar lugar ao que não se sabe do lado do sujeito, um “saber-não-saber” que se apresenta como uma tomada de posição, da

qual não se recua, como limite ao saber estabelecido e limite ao Outro, que marca a ação de cada um num fazer singular (FIGUEIREDO, 2007).

Como produzir saber, elaborar novos saberes – afinal o saber é sempre não-todo – se há qualquer pretensão de já tudo saber sobre o outro? Desejo impossível, não? Sejam guiados pelas construções do sujeito em tratamento. Aqui, sim, falamos do desejo prevenido do analista. E também desejo ‘decidido’, “aquele que interessa na clínica, advém de uma tomada de posição radical de não recuar frente ao não sabido, ao impossível, presente no cotidiano de todos nós, ao imponderável que faz da clínica um campo fértil da ação e um desafio permanente” (FIGUEIREDO, 2007, p. 42/43).

Logo, o analista deve estar atento à inércia institucional, isto é, à reprodução automática e burocrática dos técnicos, apontando para uma evidente surdez e convocando todos a pensarem juntos os casos, com cuidado e ética. Sigamos adiante com a reflexão sobre a aplicação e função da psicanálise na instituição.

#### 1.4A psicanálise aplicada, aplicações da psicanálise

O arquiteto: o que abre para o homem (tudo se sanearia desde casas abertas) portas por-onde, jamais portas-contra; por onde, livres: ar luz razão certa.

*João Cabral de Melo Neto*

No V Congresso Psicanalítico Internacional, Freud inaugura seu discurso – publicado em 1919 com o título de *Linhas de progresso na terapia psicanalítica* – assinalando que a psicanálise não deve hesitar em aprender novas coisas e alterar os métodos de qualquer forma que os possa melhorar.

Afinal, não há inteireza ou acabamento definitivo do conhecimento ou capacidade da psicanálise e a clínica precisa ser continuamente construída. De acordo com Freud, mais cedo ou mais tarde “haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para os quais serão designados médicos analiticamente preparados” (1919/1996, p.180). Tais tratamentos, segundo ele, serão gratuitos e “defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições” (p.181).

Logo no início da conferência XXXIV, intitulada *Explicações, Aplicações e Orientações*, Freud (1933/1996) reitera sua posição sobre o direito que os estudiosos da psicanálise têm ao modificarem suas opiniões caso pensem ter encontrado algo melhor. A psicanálise, segundo o autor, “tem seus trunfos e suas derrotas, suas dificuldades, suas *limitações*, suas *indicações*” (p. 150, grifo nosso). A incerteza, conforme sublinha mais adiante, “é um estímulo constante para aperfeiçoar a análise e especialmente a transferência” (p. 152).

Freud sempre defendeu a posição da psicanálise junto ao campo científico e, nesta conferência, o autor está atento às aplicações da teoria psicanalítica a outros setores além do *setting* terapêutico. Freud anuncia que alguns analistas se aproximaram de áreas de conhecimentos tais como mitologia, história da civilização, etnologia, ciência da religião, etc. O autor fala também sobre outras áreas em que não receia aplicar a psicanálise, como o tratamento psicanalítico a crianças e as investigações quanto à origem e prevenção da delinquência e do crime.

Sobre o crescente número de pessoas que estudam psicanálise a fim de utilizá-la em diferentes setores, Freud (1933/1996) conclui que há de se esperar “uma abundante colheita de novos descobrimentos. As aplicações da psicanálise são, também, sempre confirmações dela” (p. 144). Freud encerra esta conferência com bastante entusiasmo:

Disse-lhes que a psicanálise começou como um método de tratamento; mas não quis recomendá-lo ao interesse dos senhores como método de tratamento e sim por causa das verdades que ela contém, por causa das informações que nos dá a respeito daquilo que mais interessa aos seres humanos – sua própria natureza – e por causa das conexões que ela desvenda entre as mais diversas atividades. Como método de tratamento, é um método entre muitos, embora seja, para dizer a verdade, *primus entre pares*. Se não tivesse valor terapêutico não teria sido descoberto, como o foi, em relação a pessoas doentes, e não teria continuado desenvolvendo-se por mais de trinta anos (p. 154)

Três décadas depois, em *Ato de fundação* (1964/2003), Lacan marca a diferença entre a psicanálise pura e a psicanálise aplicada. A primeira, definida pela “práxis e doutrina da psicanálise propriamente dita” (p.236), se propõe a produzir um objeto novo – o psicanalista. Naquela época, Lacan fez uma crítica contundente sobre as distorções do ensino da psicanálise, que implicavam em uma formação do analista e um manejo clínico bastante distintos da proposta de Freud.

A segunda, por sua vez, que inclui “grupos médicos, sejam eles ou não compostos de sujeitos psicanalisados, desde que estejam em condição de contribuir para a experiência psicanalítica” (p. 237), segundo Diogo, Figueiredo e Guerra (2006), “delinearia com mais

clareza o que é uma psicanálise” (p. 125). A psicanálise aplicada trata da aplicação da psicanálise, isto é, a aplicação dos fundamentos da psicanálise em algum campo de trabalho. O uso da psicanálise pode aparecer aí como teoria de interpretação, mas também como instrumento de intervenção.

Na *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola* (1967/2003), Lacan formulou a dualidade de termos *psicanálise em intensão*/*psicanálise em extensão*, que “dirigindo sua tensão para dentro (in) ou para fora (ex)” (ELIA; SANTOS, 2005, p. 108) revela que só há uma psicanálise. A experiência da análise se trata tanto da formação do psicanalista quanto da transmissão da psicanálise. Neste escrito, Lacan define a psicanálise em intensão como a didática, isto é, “não fazendo mais do que preparar operadores para ela” (p. 251). É neste escrito, inclusive, que Lacan afirma que “o psicanalista só se autoriza de si mesmo” (p. 248), convocando o psicanalista a responder por sua própria formação.

A psicanálise em extensão, por sua vez, é aclarada como “tudo o que resume a função de nossa Escola como presentificadora da psicanálise no mundo” (p. 251). Nos parece que, a partir das indicações de Freud, Lacan também pensava sobre a possibilidade da psicanálise se estender a outros campos.

Vemos a psicanálise aplicada funcionar “por um lado, como experiência que renova a psicanálise, e, por outro, como vetor de orientação para uma prática fiel aos princípios freudianos e, portanto, diferente das demais terapêuticas” (DIOGO; FIGUEIREDO; GUERRA, 2006, p. 127). Além disso, como Freud (1932/1996) destacou, “as falhas que nós, na qualidade de terapeutas, encontramos, constantemente nos propõem novas tarefas, e as exigências da vida real estão efetivamente em guarda contra um exagero da especulação, da qual não podemos, afinal, prescindir em nosso trabalho” (p. 149). Vamos sempre esbarrar com obstáculos e contra-indicações, mas a partir deste aparente entrave, podemos criar novas estratégias e intervenções segundo os princípios freudianos e o ensino de Lacan.

No Brasil, a reforma psiquiátrica constituiu uma proposta explícita de lançar novos pressupostos para o manejo da loucura a partir da quebra do paradigma do modelo manicomial e hospitalocêntrico. Além de concentrar seus esforços na desconstrução do aparato manicomial, a reforma representou uma crítica impassível ao aprisionamento da doença mental, por sua vez, tomada como objeto da psiquiatria. A desinstitucionalização é uma estratégia que visa superar esse modelo excludente e, ao mesmo tempo, evidencia um rompimento com a prerrogativa protocolar médica sobre a loucura.

Diversos dispositivos – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatório, Hospital-dia, Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – têm sido construídos desde então para

sustentar este novo projeto com base na concepção da reabilitação psicossocial, recuperação da autonomia e da contratualidade social. Desde 2001, ano em que foi sancionada a Lei 10.216 – referente à assistência psiquiátrica no Brasil -, muito se avançou. Esses novos dispositivos já estão inseridos no tecido social e têm conseguido tratar a loucura na cidade, sustentando tratamentos que podem prescindir das longas internações:

Sabemos que a proposta antimanicomial impõe à prática do trabalhador em Saúde Mental uma posição política. E ela não nos parece ser a falta-a-ser, mas antes a aposta na destruição do manicômio, enquanto dispositivo simbólico de controle social e dispositivo concreto de tratamento. Além disso, no trabalho em equipes multiprofissionais, a transferência ganha novas formatações pois se dilui no trabalho institucional, dissipando-se da figura de um apenas. E ainda, no que corresponderia à tática, ou aqui à construção em lugar da interpretação, surgem novos dispositivos de intervenção como as visitas domiciliares, as oficinas, as reuniões ou assembleias coletivas no mesmo cenário em que convivem as consultas psiquiátricas e prescrições medicamentosas ou a psicanálise clínica (DIOGO; FIGUEIREDO; GUERRA, 2006, p. 130)

A prática institucional se justifica pela especificidade de que em certos momentos seja necessário um acolhimento coletivo e institucional. Em situações de errância, isolamento, uso devastador de drogas, atos violentos, entre outros, é importante que o sujeito possa contar com um ponto de referência. Trata-se da função social da instituição.

Zenoni (2000) ressalta que a função social coloca um limite à função terapêutica: “Sem o limite da sua função social, a instituição corre o risco de se transformar em um lugar de alienação, de experimentação e, sem o limite da sua função terapêutica, ela corre o risco de ser simplesmente suprimida” (p. 16). Sobre o risco de a instituição ser suprimida, o autor comenta que isso pode acontecer caso haja a expectativa de que o sujeito se cure da psicose. O autor conclui sublinhando que se deve “deslocar o assento do conflito entre dois discursos a uma questão clínica comum” (p. 17): a clínica do sujeito.

Portanto, a partir da reforma psiquiátrica pôs-se em questão a hegemonia do saber médico-psiquiátrico no tratamento da chamada “doença mental” e o campo da saúde mental se tornou multidisciplinar, heterogêneo e plural, com diversos saberes e práticas se entrecruzando (RINALDI; LIMA, 2006).

A presença de psicanalistas nos novos dispositivos amplia a incidência da prática psicanalítica, seguindo as “linhas de progresso” propostas por Freud e também movimenta o psicanalista de seu tradicional lócus de trabalho – o consultório privado – para um espaço em que ele está entre muitos: “A *prática institucional* privilegia a *presença da psicanálise* em relação ao *dispositivo de consulta*. Este último supõe a presença do analista e a prática das

sessões regulares, enquanto a primeira é exercida entre vários de modo orientado pela psicanálise” (DIOGO, 2008, p. 175, grifo do autor).

Diogo (2008) pontua que a possibilidade de uma instituição, que está necessariamente inscrita no discurso do mestre, ser orientada pela psicanálise “que privilegia a clínica do sujeito, o que implica considerar não apenas que ele está no campo do significante, mas também que ele está no campo do gozo” (p. 175) é um divisor de águas. Stevens (2005), ao comentar sobre a psicanálise na instituição, se pergunta se ali onde figura um ideal normatizante pode ser introduzida a função da análise. O autor afirma que

[...] situar a psicanálise como ideal terapêutico, no lugar do ideal institucional, qualquer que seja ele, faz com que a psicanálise perca o objetivo de questionar o próprio ideal. Mas talvez seja possível que psicanalistas introduzam essa função do desconhecido do desejo no lugar do ideal normatizante da instituição, isto é, que a instituição se torne uma instituição diferente e particular para cada jovem (p. 30)

A psicanálise pode orientar uma prática que pode não ser a de um só? Essa é a aposta. Zenoni (2000) sublinha que “a agitação, a injúria, a crise epileptiforme, a briga, a interpretação persecutória não esperam a entrevista do dia seguinte para se produzir” (p. 17). O autor segue dizendo que qualquer um dos membros da equipe pode fazer uma intervenção desde que seja advertido do que se trata para o sujeito: “É a natureza mesma da clínica, acolhida na instituição, que exige uma resposta comum, uma resposta da qual cada um pode ser o vetor” (p.18). Em nome próprio, com o próprio estilo, o técnico assume, em primeira pessoa, a responsabilidade do seu ato.

Cada um se responsabiliza pelo seu ato, mas é fundamental que os efeitos sejam partilhados com a equipe. A seguir, vamos avançar nossa discussão com a reflexão sobre a diferença entre o ensino da psicanálise e a sua transmissão. A segunda, a transmissão da psicanálise, é uma aposta para o trabalho coletivo orientado pela psicanálise na instituição.

#### 1.4.1 Transmissão da psicanálise: uma prática não precisa ser esclarecida para operar

Todos precisam de uma formação analítica para operar na instituição? Não obrigatoriamente. Aprendemos com Lacan, em seu *Ato de fundação* (1964/2003) que “o ensino da psicanálise só pode transmitir-se de um sujeito para outro pelas vias de uma transferência de trabalho” (p. 242). Logo, é através da transferência de trabalho que se propõe

não só o fazer clínico, mas também a produção de um saber pelos membros da equipe e suas distintas especialidades. É, portanto, pelo estabelecimento de um laço produtivo entre pares que os membros da equipe se tornam “aprendizes da clínica” (ZENONI, 2000).

Apesar de termos o ensino conceitual como indispensável, ao apostarmos na possibilidade de um trabalho orientado pela psicanálise na instituição com uma equipe sem contato prévio ou qualquer transferência com a psicanálise, coloca-se em xeque a questão sobre a transmissão. Quando falamos de transmissão, que precisa de um psicanalista, não se trata de ensinar uma técnica, mas de sustentar um trabalho e transmitir uma posição, por sua vez, de ‘saber não saber’ conforme vimos no capítulo anterior. Zenoni (2000) nos brinda com a fórmula de que a “[...] questão da psicanálise e instituição é menos a questão da prática do analista do que a questão da transmissão da psicanálise” (p.25).

Na transmissão de um fazer clínico orientado pela psicanálise, que consideramos como um dos fundamentos que sustenta o trabalho na instituição, no caso da moradia assistida, o cuidador é o nosso principal parceiro. A psicanálise resiste ao discurso universitário no que diz respeito a tudo ensinar e, desse modo, aponta para um saber não-todo, isto é, considera-se que há algo no saber que sempre escapa. Atravessado pelo real, o saber “possui como marca a invenção e não a reprodução conceitual ou aplicação de técnicas” (FRARE, 2012, p.113).

Estamos falando de um saber que será transmitido e não ensinado. Isto me lembra uma ocasião em que uma cuidadora, ao ser chamada para apartar uma discussão entre dois moradores, decide brincar com a situação e começa a fazer apostas de quem ganharia a briga. O morador que estava mais irritado e ameaçando agredir o companheiro de quarto, riu. A cuidadora saiu do quarto e poucos minutos depois o morador disse a ela: “Não precisa mais gastar dinheiro em mim. Não vou mais brigar”. Quando ela me contou o que houve e me perguntou o que eu achava, pude dizer que foi uma intervenção ousada, mas funcionou. Podemos dizer que houve um ato por parte da cuidadora que, sem qualquer protocolo, agiu. O ato é sempre solitário e é responsabilidade daquele que interveio com sua manobra, mas é em equipe, *a posteriori*, que verificaremos os efeitos disso.

Segundo Rinaldi e Lima (2006), a partir da psicanálise

consideramos que não se trata somente de dar voz ao paciente para que ele possa fazer suas demandas e escolhas e exercer seus direitos de cidadão, mas de levar em conta o que falar quer dizer, pois é por meio dessa fala, nos seus intervalos e tropeços, que podemos ver surgir efeitos de sujeito como resultado do trabalho clínico (p.57).

Trata-se, então, de acolher cuidadosamente essa fala, para ter acesso ao sujeito e sua verdade. Como vimos acima, voltamos a reafirmar que não só psicanalistas ou aqueles que estão em formação analítica têm acesso a essa verdade. Em *Televisão* (1974/1993), Lacan afirma que “uma prática não precisa ser esclarecida para operar” (p.20) ao lembrar que antes mesmo de Freud nos apresentar o inconsciente, os médicos já tratavam da loucura.

Ao dar voz ao paciente psicótico e escutar o seu testemunho sobre essa verdade é preciso que seja justamente isso que nos coloque em trabalho ao invés de uma tentativa, que muitas vezes observamos, de impor o nosso próprio modo de gozo. O cuidador, na moradia assistida, com frequência, se oferece como possibilidade de sustentação imaginária, visto que carrega seu próprio imaginário sobre como funciona uma casa e sobre como viver nela.

Acompanhamos situações em que ao invés de dar lugar às invenções do sujeito, com seu estilo próprio, o cuidador coloca em cena o seu próprio sintoma. Não cabe exigir que o cuidador esteja em trabalho de análise, mas podemos, junto a ele, de forma delicada, pontuar onde ele deve se retirar, isto é, não colocar suas questões e conflitos para que o saber do lado do sujeito apareça, permitindo uma intervenção efetiva. É comum que as cuidadoras, muitas vezes, fiquem chateadas com os moradores devido a algo que eles disseram ou fizeram. Uma moradora, T., numa sessão me disse: “Eu sei que eu falei besteiras. Eu estava em crise! Não estou banalizando a minha responsabilidade, mas elas precisam lidar de outra forma. É muito ruim quando ficam chateadas ou sem falar com a gente”.

“Neste ponto a supervisão vai operar como *transmissão*, para que o que está sendo apontado como “leigo” não se torne homólogo à “ignorância” ou recusa de saber sobre o outro”, afirmam Figueiredo e Frare (2008, p. 91, grifo do autor). No capítulo V vamos nos debruçar sobre a função da supervisão.

Na moradia assistida, uma situação em que foi preciso convocar a equipe a interromper uma reprodução automática de protocolos e fazer algo novo com aquilo que repetia quase sem cessar aconteceu quando um morador, S., confeccionava e rasgava seus crachás. Nesse caso, não só as cuidadoras, mas a psiquiatra e alguns oficinairos, descartavam a possibilidade de o crachá ser um trabalho ou mesmo se interrogavam sobre o que se tratava. Enquanto eles insistiam que aquilo não tinha qualquer valor já que o morador seguia angustiado e, principalmente, rasgando o que havia feito, o morador disse: “Só eu tenho a psicose do crachá, mas eu preciso disso”. A minha pergunta para a equipe era: “Por que o crachá incomoda tanto?”. Essa situação aponta para uma série de questões. Escolho, no momento, sublinhar a importância de situar o saber do lado do sujeito e, portanto, nos disponibilizar em escutar aquilo que ele tem a dizer.

Um outro exemplo diz respeito à moradora M. que apesar de ter sido avisada pela cuidadora que a depilação talvez machucasse devido à pele sensível, no final daquele dia reclamou com a cuidadora e pediu que ela tivesse mais cuidado na próxima vez. Tocou no ponto: falta de cuidado, logo a função da profissional. A cuidadora conta que respondeu: “Você acha que eu não faço com cuidado? Da próxima vez vai fazer no salão! Não me peça novamente”. Porém, enquanto ela me contava sobre esta situação, apareceu uma brecha. A cuidadora me contou que achava que M. estava chateada com o aniversário de falecimento de sua filha e acabou descontando nela. Aproveitei para apontar para essa pequena brecha a fim de apostarmos numa intervenção diferente no futuro.

Em reunião muitas vezes falamos sobre o delírio *versus* responsabilização do morador. Figueiredo (2007) aponta que o “[...] o sujeito é responsável em sua existência (ou existência) e como tal ‘responde’ seja como for, ao que lhe é apresentado, oferecido ou mesmo imposto, seja no surto ou na estabilização” (p. 42). Lembremos aqui do exemplo da moradora A., que em passeios pelas redondezas da moradia assistida acompanhada pela cuidadora e outros moradores, de repente sai correndo sem prestar atenção à sua volta.

Ao invés de perguntar a ela o que houve, rapidamente a cuidadora interveio e disse que A. estava proibida de sair. Em reunião, as cuidadoras puderam falar sobre o seu receio em relação aos sumiços de A., visto que elas seriam responsabilizadas caso algo acontecesse. Pude fazer a pergunta: “Entendo a preocupação de vocês, mas alguém já perguntou para A. o que houve para, de repente, disparar numa corrida de volta para casa?”. Nunca lhe haviam feito a pergunta. A moradora não poderia deixar de ser responsabilizada pelos seus sumiços, mas principalmente pela sua palavra. Ela tinha algo a dizer sobre isso e era importante que alguém lhe escutasse.

Após um atendimento com A., ela pôde me contar um pouco sobre o que era vivido por ela como uma imposição. Esta moradora, inclusive, já adiantava que havia agido de maneira incorreta e que a cuidadora estava certa em ter chamado sua atenção. Após transmitir isso à equipe, foi possível pensar numa outra estratégia, afinal, as cuidadoras já haviam reparado que isso acontecia apenas quando A. saía em grupo.

A reunião de equipe, portanto, tem a função de recolher as tentativas e soluções do sujeito psicótico além das intervenções dos membros da equipe para poder pensar, *a posteriori*, uma direção de tratamento e a construção do caso clínico. Contudo, a reunião de equipe também aproveita para tratar os efeitos do ‘narcisismo das pequenas diferenças’, como veremos mais adiante. Além da transmissão, a transferência de trabalho proposta por Lacan aparece como uma solução para os efeitos nefastos de grupo que ele denominou “cola

imaginária”. Esta cola imaginária, tanto inevitável quanto indesejável, é a vertente imaginária da transferência nos grupos.

É comum, na moradia assistida, o cuidador que se excede com seu sintoma, comparecendo como um Outro caprichoso. Quando o cuidador nega alguma coisa apenas porque ele está autorizado a autorizar ou não, o efeito é extremamente danoso para o sujeito. Às vezes uma crise se desenrola em consequência disso e o cuidador apenas relata que “do nada” o morador foi agressivo. Nesse momento, em que autorizam ou não apenas por capricho, não se trata de intervir com seu estilo, mas com seu sintoma. Como já afirmamos, não se trata de exigir que o cuidador esteja em análise ou em formação analítica, mas é preciso apontar, com delicadeza, o momento em que o cuidador se excede com seu sintoma e atrapalha as invenções do sujeito. De sujeito a posição de objeto, o morador se sente muito invadido pelo gozo do Outro.

A seguir, veremos como a ‘prática entre vários’, modalidade clínica inventada e sustentada por Antonio Di Ciaccia e seus colaboradores, através da experiência com a psicanálise aplicada em uma instituição para crianças autistas e psicóticas, nos ensina sobre o trabalho orientado pela psicanálise na instituição. A ‘prática entre vários’ nos apresenta um recurso a mais para o trabalho coletivo em instituições em que se legitima os atos do sujeito.

#### 1.4.2 Prática entre vários

Em 1996, nas Terceiras Jornadas da Rede Internacional de Instituição Infantil, Jacques-Alain Miller fez uso do significante *pratique à plusieurs*– prática entre vários – para se referir à modalidade do trabalho clínico com crianças autistas e psicóticas inventada nos anos 90, na Bélgica, por Antonio Di Ciaccia e seus colaboradores na instituição Antenne 10.

A ‘prática entre vários’ surge para lidar com um embaraço na clínica e também para demonstrar um axioma de Lacan de que as crianças autistas estão inscritas na linguagem. Como essas crianças acessam a linguagem? Elas podem endereçar-se ao outro? Como veremos nesse item, a originalidade deste dispositivo não foi criar uma modalidade de trabalho em grupo, afinal a ‘prática entre vários’ não tem nada a ver com o número de pessoas. Esta forma de intervir foi se estendendo a várias instituições em outros países, inclusive no Brasil.

Di Ciaccia (2003) estabelece três eixos que orientam a ‘prática entre vários’: a reunião dos membros da equipe, a função do responsável terapêutico e a referência teórica e clínica de orientação lacaniana do Campo Freudiano. O primeiro destaca como esta inédita forma de intervenção opera a partir do discurso analítico de modo que o saber prévio da equipe sobre o caso clínico cede lugar à interrogação. Cada membro da equipe compartilha os efeitos de seus atos e, dessa maneira, “estes elementos extraídos, que servem para mapear um certo percurso pulsional, são transmitidos sob efeito da transferência de trabalho, levando à construção do caso clínico” (DIOGO; FIGUEIREDO; GUERRA, 2006, p. 133).

Durante os primeiros anos do ensino de Lacan, tínhamos uma clínica em que o simbólico aparecia como o “carro chefe”, isto é, o simbólico seria responsável em barrar o gozo. A partir do *Seminário Livro 10: A Angústia* (1962-63/2005), Lacan avança em seu ensino e percebe que nem sempre o simbólico realiza esta contenção do gozo. O que fazer com o gozo? Esta pergunta orienta a ‘prática entre vários’ no sentido em que a presença da equipe passa a ser um modo de operar com esta perspectiva.

Di Ciaccia (2005) afirma que a ‘prática entre vários’ é uma “bricolagem que serve para preencher os furos da estrutura” (p.52). Esse termo, *bricolagem*, nos remete ao texto de Miller (2003) intitulado de *Invenção psicótica*, em que o autor aponta a possibilidade de admitirmos a invenção como bricolagem. A partir da perspectivaborromeana, o Nome-do-Pai como potência simbólica ordenadora cede lugar a uma pluralidade de soluções que recorrem aos mais variáveis artifícios. Trata-se, então, de “uma possibilidade que tenta acompanhar as curvas da estrutura” (DI CIACCIA, 2005, p. 52).

O segundo eixo, ao situar a função do responsável terapêutico, que pode ser qualquer um da equipe, permite que cada praticante atue na primeira pessoa, ou seja, que se responsabilize pelo seu ato. A psicanálise aplicada ao tratamento das psicoses coloca questões ao próprio método psicanalítico e indica um certo desdobramento da transferência que, como estratégia, deve ser reconsiderada: “A prática feita por muitos constitui uma tentativa de tratamento, na psicose, do impasse ligado à transferência” (BAIO, 1999, p. 55). Além de pluralizar o Outro, que, assim, perde sua consistência para o sujeito, na medida em que os fenômenos psicóticos não são passíveis de interpretação, “podemos mesmo dizer que ocorre uma inversão dos vetores da transferência e da interpretação na prática analítica com psicóticos” (DIOGO; FIGUEIREDO; GUERRA, 2006, p. 129).

No terceiro eixo, o referencial teórico-clínico lacaniano, Di Ciaccia destaca a importância de alguma transferência de trabalho com o ensino de Lacan. Di Ciaccia (2003), porém, pontua que não se trata de produzir o discurso analítico como tratamento na

instituição, mas de fazer surgir algo novo no circuito que implica os registros do real, simbólico e imaginário. Diogo, Figueiredo e Guerra (2006) lembram que é preciso compartilhar premissas como ‘sujeito e o Outro’, ‘a fala e a linguagem’, ‘o gozo e o significante articulados no Sinthoma’ para poder operar na ‘prática entre vários’, mas isto não quer dizer que toda a equipe deve pertencer a uma instituição psicanalítica.

Uma questão importante é que Di Ciaccia problematiza o entendimento de ‘prática entre vários’ como uma modalidade de trabalho em equipe enquanto grupo. Trata-se de uma modalidade de trabalho em equipe como coletivo e a diferença se coloca, principalmente, na ideia que o grupo traz sobre o ‘todo’. Numa direção diferente do fundamento estrutural da *Gestalt* que afirma que ‘o todo é mais do que a soma das partes’, marcando a pregnância da boa imagem, afirmamos a partir de Lacan que não há todo na soma das partes. A ênfase é na abertura, nessa fenda, que permite que no interior da equipe o próprio paciente, como o que vem do real, faça furo(DIOGO; FIGUEIREDO; GUERRA, 2006).

E com aquilo que vem do real, a intervenção pode vir de qualquer técnico independente de sua especialidade. Vamos ver, brevemente, sobre os efeitos do ‘especialismo’ que muitas vezes encontramos nas instituições.

#### 1.4.3 ‘Especialismo’

Elia (2008) afirma que “mais que interdisciplinar ou multiprofissional, marcada pela pluralidade de especialidades, uma equipe de saúde mental deve ser marcada pela desespecialidade: todo mundo pode e deve fazer de tudo” (p. 45). Cada um com seu olhar, sua especialidade e sua formação profissional que, ao se juntarem, constituirão um quadro coerente e sintético do sujeito atendido, na opinião do autor, é uma ilusão. Na prática clínica do cotidiano, o técnico intervém com a singularidade da sua posição e de acordo com as possibilidades do momento.

As intervenções acontecem a partir daquilo que surge, imprevisivelmente, no encontro com o sujeito e só depois, como veremos no capítulo dedicado à supervisão, será possível recolher os efeitos daquela manobra. Acompanho muitas vezes desentendimentos entre a cozinheira e a cuidadora da moradia assistida. A cozinheira, que poderia intervir de modo eficaz em alguma situação, é interrompida pela cuidadora quando esta diz que a autorização

deve passar por ela. Quem paga o custo do ‘narcisismo das pequenas diferenças’, proposto por Freud para pensar os grupos, é o morador.

Uma moradora, por exemplo, gosta de tomar mate no intervalo das refeições. Para a cozinheira, que prepara o mate, não há problema, mas a cuidadora se incomoda quando a demanda que deveria ter sido resolvida por ela foi desembaraçada por outrem. A cuidadora questiona o “privilégio” que esta moradora tem ao receber seu copo de mate uma vez que ela é a única que recebe a bebida. A solução? A cuidadora determinou que esta moradora não mais seria a única beneficiária do mate e, como todos, tomaria a bebida somente quando esta fosse oferecida nas refeições.

As cuidadoras e a omissão da cozinheira resultaram em uma decisão baseada na maioria enquanto que o saber, que deve ser extraído do paciente, foi dispensado. Em pequenas reuniões com as cuidadoras, ao incluir o dizer da moradora sobre a função daquele pedido foi possível pensar o manejo de um trabalho coletivo ao invés de insistir em uma cola que segrega as diferenças entre os pares. Sigamos pensando sobre os conflitos decorrentes do funcionamento grupal e a transferência de trabalho, esta última tanto desafio como condição de trabalho.

#### 1.4.4 Transferência de trabalho

A transferência, mola central no tratamento psicanalítico, é concebida, na instituição, como um instrumento do trabalho entre pares, isto é, desse trabalho coletivo em equipe. Figueiredo (2005) sublinha que “a transferência que deve operar no trabalho em equipe deve ser norteadada pelo fato de que há um objetivo comum às diferentes profissões que é uma determinada concepção da clínica pautada no sujeito” (p. 48).

A transferência de trabalho, portanto, parte da aceção simbólica do conceito, ou seja, de demanda e suposição de saber. No tratamento psicanalítico, a suposição de saber passa pelo analista, mas se dirige ao sujeito do inconsciente. Da mesma forma, a suposição de saber vai circular entre os pares no trabalho em equipe, dirigindo-se ao sujeito em questão, no caso o morador. A transferência, então, é tanto condição para o trabalho analítico quanto para o trabalho coletivo entre pares.

Não podemos perder de vista que se trata de uma escolha entre pares que visa ao trabalho. Apesar de, na instituição, dificilmente elegermos nossos parceiros de clínica, uma

escolha deve ser feita pelo trabalho. Ainda segundo Figueiredo (2005), “isto significa que essa escolha seja pautada na tolerância das diferenças até o limite da incompatibilidade *no* trabalho e não apenas em gostos ou preferências pessoais” (p. 48, grifo do autor). Nas reuniões mensais com as cuidadoras, na moradia assistida, percebi que não seria possível avançar com o trabalho antes de dissolver esta cola imaginária que persistia.

Na moradia assistida, as cuidadoras se alternam em plantões de 12h. Ora, não há como estabelecer que o plantão seja exatamente de uma mesma forma, afinal cada cuidadora tem seu estilo. Em reunião de equipe, mas principalmente em conversas particulares que faço com as cuidadoras, é comum que a cuidadora reclame do funcionamento do plantão da colega: “ela deixa isso e não deixa aquilo”. Mas, além das reclamações, pude ouvir outra coisa: O que a cuidadora acha que deve ser o funcionamento de uma casa? Enquanto uma se incomoda quando um morador está deitado no sofá outra acha inconcebível que, de vez em quando, um morador não durma no horário estipulado.

Na reunião de supervisão, o supervisor tem a oportunidade de intervir sobre os obstáculos que podem provocar a dissolução do grupo e intervenções desastrosas. Elia (2008) ressalta que o supervisor tem uma função importante ao

(...) reenviar a questões conflituosas para o plano da mediação simbólica, ou seja, por um certo modo de usar a palavra capaz de portar uma referência que ultrapasse o aqui-e-agora do conflito, ir além do que podemos chamar de “pessoas atuais” envolvidas, evocar o que pode ser o elemento fundante do conflito (p. 48).

Não podemos subestimar os conflitos resultantes do funcionamento grupal. Deve-se, sim, “evitar que se tornem álibis paralisantes, em vez de problemas a serem resolvidos” (VIGANÒ, 1999, p. 47). No exemplo dado no último item, sobre o conflito entre a cozinheira e a cuidadora, é possível questionar o porquê do incômodo da cuidadora ao perceber que a cozinheira já interviu sobre aquela situação. Qual é o elemento fundante? Ao fazê-las falar, pude ouvir as dúvidas e receios que elas têm sobre os efeitos de suas ações e, principalmente, a ausência destas. Acreditam que a cozinheira, ao agir, as desautorizava em relação aos moradores. Foi um ponto que se desenrolou por muitos encontros.

Figueiredo (2008) traz uma questão importante ao assinalar que o trabalho coletivo que interessa à psicanálise é o ‘não-todo’, ou seja, o que não faz Um. Esta é a direção ao se construir a transferência de trabalho. No um a um, no movimento sem unidade ou uniformidade, o coletivo deve ser guiado pelos acontecimentos e situações clínicas. Em um

coletivismo em que todos pleiteiam o mesmo lugar aparece, muitas vezes e como vimos acima, a evocação de palavras de ordem.

É no encontro com o real e suas conseqüentes intervenções que recolhemos informações para se pensar a construção do caso e a direção de tratamento. Como vimos, a transferência de trabalho é um desafio, mas também ponto de partida na direção do sujeito como condição para sua intervenção. Em continuidade com a transferência de trabalho, a equipe deve proceder à construção do caso.

#### 1.4.5 Construção de caso

Dialogando com os itens expostos acima, acrescentamos que, conforme Viganò (1999) sublinha, o “trabalho de construção opera um corte transversal em todas as figuras profissionais” (p. 47). E segue: “ele [o trabalho de construção] interroga o lugar que elas ocupam em relação ao paciente, alarga as fronteiras profissionais e os lugares de saber fundam-se com o trabalho, onde o trabalho constrói um saber possível em torno daquele sujeito, naquele momento” (VIGANÒ, 1999).

Ainda segundo Viganò (1999), quando falamos de construção de caso tratamos do discurso do analista já que este discurso parte sempre do particular:

$$\frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{\$}{S_1}$$

O sujeito barrado, no alto à direita, é o desejo do operador, no caso o técnico que trabalha na instituição. Ao operador é endereçado o objeto do paciente, escrito como *a*. No discurso do analista, o saber, *S*<sub>2</sub>, é colocado sob a barra, no lugar de verdade. Sendo assim, o autor sublinha, não há “nenhuma conexão – nem metafórica, nem metonímica – com o significante mestre da instituição, *S*<sub>1</sub>, que está embaixo, à direita” (p. 44). Essa escritura nos dá a indicação, já assinalada por Freud, em tratar cada caso como se fosse o primeiro, isto é, sem aplicar um saber já constituído.

Ao dizer que o discurso do analista constitui a construção do caso clínico, concluímos que este discurso não se apresenta apenas no momento em que se inicia uma análise, mas é

uma forma de trabalhar que pode ser reproduzida na instituição se as posições do discurso são aquelas descritas no matema acima (VIGANÒ, 1999).

Seguindo as indicações acima, a construção do caso acontece a partir dos elementos fornecidos pelo modo de apresentação do sujeito – recolhidos e partilhados pelos técnicos da equipe -, em um diagnóstico referido aos significantes que o representam e o localizam frente ao Outro e ao objeto (FIGUEIREDO, 2008). Se cada um apenas lança sua interpretação, sem dúvida esmagamos o sujeito com o nosso saber. Ao tecer o caso é possível construir junto à equipe indicações e propostas para cada caso sem esquecer do estilo do sujeito. Trata-se, portanto, de extrair uma direção comum para a ação da equipe.

Vale lembrar que no caso das instituições, onde a supervisão não tem no seu horizonte o desejo do analista e sua autorização, ela se preocupa, no entanto, com a posição do praticante na relação com o seu paciente (ALVARENGA; BARROS; HARARI; SILVA, 2003). A supervisão pretende, nessas situações, interessar o praticante na construção do caso.

## 1.5 Supervisão

O que vem no primeiro lugar? Como sempre acontece quando esta ética entra em vigor, é o desejo do supervisor que vem em primeiro. O desejo do supervisor não poderia ser formulado como um desejo de aplicar uma técnica, a da supervisão, mas de fazer operar o dispositivo da supervisão [...]. Só assim se abrem para o supervisor e para a equipe as vias de uma elaboração de saber que está destinada a ser das mais valiosas para todo aquele que se dispõe a entrar neste campo

*Elia, 2008, p. 49*

Até este ponto do trabalho já vimos como a experiência psicótica apresenta um modo de estruturação da subjetividade singular que não se baseia em soluções do senso comum ou normativas. Segundo Maron (2008), “é preciso isolar a lógica própria que o psicótico escava para situar sua existência no mundo” (p. 38). Nas instituições, devemos incluir o exercício de criação e negociação de regras institucionais que favoreçam a produção de laços sociais e que, portanto, levem em consideração o modo de funcionamento particular daquele sujeito.

Veremos neste capítulo a importância da função do supervisor que, diferente da figura do ‘professor’, do ‘inspetor’ ou do ‘interventor’, não vai ensinar nem fiscalizar, mas estar atento ao manejo da clínica e aos impasses institucionais que obturam o trabalho (FIGUEIREDO, 2008).

A supervisão clínico-institucional tem uma função singular no trabalho em equipe nos diferentes dispositivos da atenção psicossocial: trata-se de assegurar a responsabilidade partilhada na equipe ainda que essa responsabilidade também seja de cada um em seu ato. A equipe conta com o espaço e o tempo da supervisão para partilhar seu trabalho, expor suas questões a partir dos desafios e surpresas que advêm do cotidiano.

Para Figueiredo (2008), enquanto aprendizes da clínica, “nosso maior obstáculo é a compulsão a educar ou a restaurar o estado anterior, disciplinar ou domesticar o sujeito” (p. 65). Ainda que muitas vezes temos que restringir certos comportamentos, não podemos restringir o sujeito que se oculta na figura do paciente e, a autora sublinha, “não se revela tão facilmente em sua verdade” (FIGUEIREDO, 2008). Em um dos casos que proponho uma reflexão na segunda parte desse trabalho, vamos acompanhar as punições de cunho disciplinar empregadas com o morador S. a fim de corrigir comportamentos considerados equivocados.

Como apontamos acima, a reunião de supervisão também acontece para se pensar a organização do serviço e a articulação do trabalho em equipe. A partir desta indicação, Maron (2008) afirma que “o debate em torno de competências e identidades profissionais deve ceder lugar à função de colocar o múltiplo a serviço do singular [...]” (p. 40).

Aquilo que se ouviu dos pacientes, aquilo que se fez ou não se pôde fazer nas situações difíceis ou ainda aquilo que não se conseguiu ouvir precisam ser partilhados e a supervisão é o dispositivo que possibilita esse dizer endereçado. O supervisor, por sua vez, “faz parte deste dispositivo, na verdade, é seu agente, é aquele que o faz operar” (ELIA, 2008, p. 46).

Ao propor uma gestão partilhada da clínica a fim de atuar sobre os impasses institucionais, a supervisão configura-se como um dispositivo de *formação permanente*(FIGUEIREDO, 2008). Sendo assim, a regularidade da presença do supervisor torna-se fundamental para ir contra a inércia e o automatismo institucional. Trata-se de uma força transformante que opera efeitos significativos no trabalho diário.

O supervisor opera, portanto, como garantia do trabalho e da produção da equipe. Figueiredo (2008) destaca que não se deve confundir a garantia do trabalho com uma garantia contra o real inevitável da clínica:

Não se trata de proteger a equipe e sim de sustentar sua ação no cotidiano e conduzir a uma produção permanente. Nesse sentido, a função do supervisor se aproxima do *mais um* que opera no cartel proposto por Lacan para garantir a transferência de trabalho entre pares em sua Escola. O supervisor como *mais um* não é um a mais, é o diferencial que permite que o trabalho tenha desdobramentos e seu produto tenha um registro tratando também dos impasses e dificuldades inerentes no percurso. Eis a diferença que ele pode fazer (p. 68, grifo do autor).

É interessante a aproximação que a autora faz entre o supervisor e o *mais um* que opera no cartel, pois de acordo com Lacan (1964/2003) no ato de fundação de sua Escola, o *mais um* é o “encarregado da seleção, da discussão e do destino a ser reservado ao trabalho de cada um” (p. 235). Desse modo, o *mais um* garante o trabalho no cartel e o supervisor garante o trabalho da clínica.

Ainda no *Ato de fundação*, Lacan afirma que “toda e qualquer iniciativa pessoal recolocará seu autor nas condições de crítica e de controle<sup>1</sup> nas quais todo trabalho a ser empreendido será submetido à Escola” (p. 236). Isso quer dizer que todo sujeito que se engaja em uma prática que produz efeitos, por pouco que sejam analíticos, precisa de um controle dessa prática.

A supervisão ampliada, para aqueles que não estão se formando em análise, tem uma função de controle do ato. Em primeiro lugar, apesar de termos muitos profissionais na instituição, não se trata da multiplicação das intervenções. Trata-se, antes, da transmissão feita entre os participantes da equipe do se passa na sua relação com o paciente. Em segundo lugar, o controle zela para que o praticante não entre com sua subjetividade, preconceitos e saber teórico como objetivo de sua ação. Finalmente, um controle que consiste em fazer surgir o sujeito no paciente.

“O supervisor, presença sutil, produz tanto mais efeitos quando menos ondas faz” (ALVARENGA; BARROS; HARARI; SILVA, 2003, p. 111). Vamos, agora, bordar alguns pontos que compõem a tessitura da supervisão: o saber do supervisor; a função de *êxtime* do supervisor; e o espaço e o tempo da supervisão.

Ao longo desse capítulo anterior apresentaremos algumas vinhetas a partir das reuniões realizadas com as cuidadoras em que eu sustento a garantia de um trabalho que coloca o sujeito como protagonista. Não estou na função de supervisora, mas tenho ali uma responsabilidade de transmissão dos instrumentos da psicanálise e de dirigir um espaço no qual as falas me são endereçadas. Portanto, abaixo vamos fazer breves pontuações a respeito da função do supervisor e da supervisão e aproveitamos para incluir alguma notícia do trabalho institucional realizado na moradia assistida.

---

<sup>1</sup> Vale lembrar que *contrôle* também é o termo francês para “supervisão” (N.E).

### 1.5.1 O que o supervisor sabe?

O supervisor não é importante porque teria coisas a ensinar à equipe, coisas que, portanto, ele *saberia* e a equipe não *saberia*. O que é importante no supervisor não é seu saber, não é algo que ele teria a dar, entendendo-se esse algo a ter como uma coisa objetivável, concreta, positivamente definida, como um saber. Na verdade, o supervisor não sabe nada a respeito do que acontece na clínica cotidiana de um serviço de saúde mental, uma vez que não é ele que está lá, no *front* clínico, e só quem está lá é que “sabe” – o quê? Sabe dos efeitos reais de estar lá e isso já é alguma coisa em termos de saber, no campo da clínica, em que o saber teórico acumulado não serve para muita coisa, só depois do acontecido, como forma de entendimento e elaboração do que aconteceu. Portanto, se alguém sabe, entre equipe técnica e supervisor, é a equipe técnica

*Elia, 2008, p. 43, grifo do autor*

Lembro que após tentativas frustradas de convocar as cuidadoras e tentar fazê-las falar e se implicar em suas queixas, algo que eu disse inaugurou este espaço de elaboração e é lembrado até hoje. A partir do silêncio delas, eu comentei como o trabalho do cuidador era fundamental para um bom funcionamento da casa. Eu disse que nada sabia sobre estar com os moradores durante mais de 10 horas e, mais, não seria capaz de fazer o trabalho delas, de estar nesse *front* clínico por tantas horas seguidas. O trabalho, o esforço e suas angústias finalmente foram notados. Uma frase simples e despretensiosa em meio a uma situação que eu não sabia muito bem o que fazer surtiu efeitos importantes.

Desde então, nos encontros, aprendemos, questionamos, estendemos o tempo de compreender e concluir sem tanta pressa de nos defender daquilo que surge impetuosamente do real. Por uma clínica com menos protocolos e mais invenção, tento transmitir. Claro que não se trata de uma estrada linear, mas é uma aposta a cada encontro.

O supervisor deve abster-se de operar de forma ensinante afinal, como dissemos no começo do capítulo, a função do supervisor passa ao largo do ‘professor’. Não se trata de ensinar à equipe sobre o seu saber teórico acumulado. O supervisor deve operar com o seu

não-saber, afinal, somos todos aprendizes da clínica e esta condição pressupõe certo esvaziamento do saber já adquirido.

Não estamos dizendo que o saber acumulado deve ser desqualificado, mas o saber especializado deve ser colocado em parênteses, pois desse modo permite, de acordo com Figueiredo (2008), “um manejo do tempo entre a pressa de uma urgência e a espera para uma nova abordagem” (p. 64). Afinal, segundo a autora, “suportar o desconhecido, a surpresa, a complexidade das situações que se apresentam sem ter que recorrer ansiosamente aos protocolos e padrões de intervenção como defesa contra o que irrompe do real é o desafio que deve nos remeter à posição de aprendizes permanentes” (FIGUEIREDO, 2008).

Já entendemos que a função do supervisor na equipe para garantir o trabalho é fundamental. Entretanto, sabemos que o supervisor deve ser exterior à equipe. Não é membro da equipe, sendo assim, ele é ‘de fora’. Alguns autores, conforme veremos em seguida, traduzem a posição do supervisor como *êxtimo*, um neologismo criado por Lacan.

#### 1.5.2A função de êxtimo do supervisor

Muito íntimo da equipe, o supervisor escuta as dificuldades e angústias dos técnicos e também os seus conflitos. O supervisor escuta, pensa junto, constrói junto, define junto, *quase* como se fosse membro da equipe. O supervisor é íntimo e é externo. O supervisor é *êxtimo*. Trata-se de um nome condensado, um neologismo, que significa exterior e íntimo, conforme lembra Elia (2008), ao mesmo tempo.

Esse termo inventado por Lacan foi usado para designar um lugar para o inconsciente como o que há de mais externo e íntimo ao sujeito. No *Seminário Livro 7: A ética da psicanálise* (1959-60/2008), Lacan descreve a Coisa como sendo ao mesmo tempo uma exterioridade íntima, “uma extimidade” (p. 169).

Segundo Figueiredo (2008), “o supervisor faz às vezes de êxtimo porque não sendo ninguém da equipe, sendo de fora, ele ‘fica por dentro’ do trabalho em sua constante presença” (p. 67).

Já Alvarenga, Barros, Hararie Silva (2003), sobre a posição de êxtimo do supervisor, afirmam que “deve ser conquistada a cada passo pela maneira de se utilizar o real como furo no saber próprio à maestria. Ela convoca e autoriza o não-todo do saber, e responsabiliza cada um por sua construção” (p. 110). Além disso, busca-se situar “em cada caso, o que escapa ao

saber cristalizado em torno do paciente, que alimenta um sentimento de impotência e desânimo” (ALVARENGA; BARROS; HARARI; SILVA, 2003).

Ao colocarmos o paciente como protagonista do debate exige-se que o sujeito apareça com o que ele pode criar com os significantes e objetos que lhe são acessíveis ainda que estes sejam precários. A supervisão configura-se como o espaço e o tempo para se endereçar e trabalhar estas questões.

### 1.5.3 O espaço e o tempo da supervisão

Vimos, ao longo desse capítulo, que na reunião de supervisão o supervisor deve garantir à equipe um espaço de fala orientada sobre os impasses, angústias, dificuldades que acometem todo trabalhador de saúde mental seja ele principiante ou experiente. Além das dificuldades em exercer o ato clínico, o técnico é sempre surpreendido em seu encontro com o sujeito psicótico.

Por si só a clínica da psicose constitui uma clínica não *standarizada* que requer uma abordagem singular. O que fazer quando os técnicos reclamam do paciente (“a gente faz tudo por ele e ele retribui assim”), sentem pena ou operam com a “lógica do tudo ou nada”? O real não será domado pedagogicamente nem adaptado completamente. Borsoi (2003) conclui que “se a psicanálise se ocupa do resto, do que sobra, daquilo que não se adapta, é preciso que os analistas, na sua prática cotidiana nas instituições, criem condições de reintroduzir estas questões” (p. 36).

Elia (2008) marca um ponto fundamental ao assinalar que se o técnico não mais se surpreende nem experimenta dificuldades, algo está muito errado: “É cabe, aqui também, ao supervisor, interrogar isso, “cutucar” situações aparentemente amenas, brandas ou competentes, que exibem o ar de correrem muito bem em trilhos azeitados” (p. 44).

No encontro da equipe com o supervisor é importante que surja o real em questão. Maron (2003) lembra que “advertido ou não, o trabalhador da saúde mental está sempre se confrontando com diferentes manifestações de transbordamento do gozo que o psicótico experimenta” (p. 83). Na instituição, temos o dispositivo regulado por uma lógica universal e, diversas vezes, constatamos a pressa de alguns membros da equipe em tamponar o real com um sentido que se adapte às normas. Vale ressaltar que “o ‘tratamento’, longe de se reduzir à

uma soma de atos técnicos especializados, separados desta realidade relacional, desdobra-se antes de mais nada nos diversos momentos e lugares desta realidade” (ZENONI, 2013, p. 44).

Nas reuniões com as cuidadoras, escuto com frequência que ‘tudo está tranquilo’ ou ainda, quando uma fala mais alto que a outra para me dar seu depoimento sobre como o seu plantão é administrado de modo competente. Me pareceu que elas faziam uma grande aproximação entre a crise ou mesmo algum ato diferente de algum morador e a competência da cuidadora. Trata-se de um trabalho constante indicar onde devemos nos retirar com os nossos sintomas e também poder escutar aquilo que não se pôde ouvir nas situações cotidianas com os moradores. O sujeito não é óbvio nem pode ser, lhes oriento. “Cutucar” essas situações, como afirma Elia, nos parece uma indicação bastante precisa.

“Não se fala assim à toa, sem mais nem menos, de graça, espontaneamente, a troco de nada”, sublinha Elia (2008, p. 45). O supervisor é a figura que convoca esta fala, que sustenta um espaço para se falar do espinhoso trabalho da clínica de saúde mental. É preciso que a equipe fale sobre suas questões e impasses “em palavras juntos aos demais, entre muitos, mais com a presença de um supervisor, que encarne, como fiel depositário, mas também como pólo de endereçamento, este movimento de falar” (p. 46).

A função do supervisor não é o de saber-fazer nem o de dirigir a conduta técnica dos membros da equipe. O supervisor dirige um dispositivo, o dispositivo da supervisão, uma vez que a direção do espaço e do tempo da supervisão é responsabilidade do seu operador.

O praticante, a partir do trabalho do supervisor, pode consentir à transferência, ou seja, à sua responsabilidade no caso e, mais ainda, avaliar junto com outros colegas da equipe, o que fazer com o sintoma constituído pelo paciente. Se toda instituição tende à inércia, a manter as coisas em ordem ainda que os transbordamentos insistam em aparecer, a supervisão é o espaço para avaliar as estratégias na direção do tratamento. O supervisor, a partir da transferência à psicanálise, vai transmitir a ética do caso a caso. A partir daí, coloca-se como central o real do gozo e do sintoma.

A seguir vamos nos debruçar sobre os dois casos clínicos, caso S. e caso H., atendidos na moradia assistida. Os casos nos ajudam a costurar uma articulação teórico-clínica a partir dos impasses, do caos e também das possibilidades e saídas.

## 2IMPASSES E POSSIBILIDADES DA PSICANÁLISE NUMA INSTITUIÇÃO

Nesse momento, vamos discutir com mais atenção sobre o que pôde e o que pode uma praticante de orientação psicanalítica em uma instituição em que as intervenções fabricadas a partir de um olhar não mais surpreendido se apresentavam. Sabemos, contudo, que dar espaço à surpresa é muito importante no trabalho orientado pela psicanálise.

Logo que cheguei na moradia assistida minhas perguntas ou sugestões eram respondidas assim: “Você acha que já não tentamos isso? Ele sempre foi assim...”. Todos se queixavam do comportamento dos moradores, mas não se interrogavam em momento algum sobre os seus atos e intervenções. Ao entrar naquela casa, não mais para uma visita, mas com uma proposta de trabalho, fiquei causada pelo desafio de apostar em algo novo a partir da orientação freudiana e do ensino de Lacan.

Me aproximar da diretora, bastante idosa, e de modo delicado, mas firme, questionar o funcionamento sem desconsiderar as tentativas que ela vinha fazendo foi um dos primeiros embarços. Ela, provida de saber, e eu, principiante naquela instituição, cheia de coisas para dizer. Foi preciso tempo para que ela pudesse confiar em mim e contar comigo para experimentar algo de outro jeito. Com o tempo, a diretora começou a me procurar para falar sobre suas dificuldades e angústias em trabalhar numa clínica tão espinhosa. Ela dizia ficar triste, pois acreditava que a melhora dos moradores dependia do seu empenho e, como nenhum deles se curava da psicose, algo sobre ela estava sendo desvelado. O jeito descuidado como ela agia com os moradores, portanto, tinha elementos importantes que precisavam ser ouvidos e acompanhados. Não foi fácil, mas não é possível um trabalho na moradia assistida sem a diretora.

As reuniões de equipe, que tiveram vários formatos, puderam incluir as falas das cuidadoras, da cozinheira, dos oficineiros que, timidamente, apresentavam os impasses do trabalho cotidiano na casa. Escutar, por um bom tempo, foi a estratégia adotada. Com humor e muita delicadeza, pois os cuidadores, principalmente, se fechavam caso se sentissem criticados pelo seu trabalho, foi possível pontuar e perguntar sobre as intervenções então realizadas. Era fundamental pensar uma direção de tratamento, estratégias comuns de trabalho e a construção do caso clínico. Trata-se de uma proposta ousada e até hoje o empuxo à queixa obtura o espaço para pensar em trabalho. Podemos nos opor à resposta “ele sempre foi assim” e perguntar: “Tudo bem, mas por que vocês acham que ele sempre faz desse jeito?”.

Uma questão difícil, na moradia assistida, é a forma como quase todos veem os moradores. “Eles são tipo criança, né?”, os profissionais me perguntam. Em uma reunião de equipe, foi possível questionar, de modo bem-humorado, se eles achavam que os moradores eram tão diferentes da gente. Quem não cansa da mesma refeição? Quem não dá seu jeitinho para conseguir certas vontades? Os cuidadores reclamavam como alguns moradores mentiam para ver se seu pedido “colava” – geralmente para dar um passeio ou guardar biscoito no quarto. Os cuidadores reclamavam porque “tinham que chamar atenção igual com criança” e se surpreendiam quando eles diziam algo de teor adulto, por exemplo, quando falavam de sexo.

Aprendo muito sobre o que pode a psicanálise, sobre os efeitos da transmissão e sobre o tempo de escutar. O trabalho na instituição é cheio de impasses, mas precisamos estar atentos para as brechas na equipe e o saber-fazer dos moradores a fim de construir juntos as possibilidades e novas saídas apesar dos comportamentos repetitivos ou automáticos do morador.

A seguir, apresento dois casos significativos para nossa discussão. O primeiro caso denuncia a desconsideração com o saber-fazer do sujeito e suas graves consequências. O segundo caso nos indica as possibilidades da psicanálise a partir dos impasses da instituição.

### **2.1 Caso S: “Só eu tenho a psicose do crachá”**

Escolhemos este caso que, com seu carimbo, deixou sua marca na equipe e nas estratégias para uma prática coletiva na moradia assistida. S. nos confronta com insistência do sujeito em se fazer ouvir e em legitimar o seu ato, e nos ensina que o saber-fazer está do lado sujeito.

Conheci S. em 2014 quando comecei a trabalhar na moradia assistida. Ele era morador desde 2008 e todo ano comemorava a data de sua chegada. Dizia: “tenho dois aniversários”. Antes disso, S. permaneceu 25 anos internado em uma clínica psiquiátrica. Suas primas, que o internaram após o falecimento dos pais dele, descobriram sobre a existência da moradia assistida e fizeram o contato com a diretora.

Foram algumas visitas na instituição: participava de uma oficina e retornava para a clínica, participava da oficina e do lanche e retornava para a clínica, conhecia os outros oito

moradores e era avaliado pela equipe. Um dia lhe foi perguntado se gostaria de morar naquela casa e ele aceitou. Dividia o quarto com um morador que tinha o mesmo nome que o seu.

Lembro que todos os dias alguém se queixava de S., os moradores, as cuidadoras e principalmente a diretora. Não suportavam a sua maluquice nem o seu modo de fazer no dia-a-dia, isto é, suas dificuldades para fazer e compreender certas coisas e seu tempo de responder às perguntas que lhe eram feitas. Quando ele urinava ou defecava nas calças, por exemplo, as cuidadoras logo interpretavam que ele as estava sacaneando. S. era frequentemente silenciado através da medicação ou sendo colocado de castigo em seu quarto. Ele era falado pela equipe como “criança” e todo o seu dizer era dispensado: quem sabe é a equipe. Bem, a equipe não soube.

Apenas após um ano na casa, S. conseguiu descer as escadas e participar das atividades. Ele tinha medo que o encaminhassem de volta para a clínica. Nesse período, o atendimento com a psiquiatra foi determinante para que ele começasse a habitar o novo espaço. Esta psiquiatra acompanhou os primeiros crachás que ele confeccionava.

No crachá constavam seu nome, morador, nome da instituição, endereço e a data em que entrou na casa. Ele fazia o crachá, rasgava e explicava “me dá um tique-tique nervoso e rasgo tudo”, confeccionando outro que durava pouco tempo. Ele pregava o crachá na roupa “como os médicos da clínica usavam” ou guardava em sua mochila, dizendo que “eu não preciso usar sempre, mas é importante tê-lo comigo”. Entendemos que guardar o crachá na mochila era um recurso que S. encontrou em função das pressões para que ele parasse de fazer e refazer o crachá.

O crachá gerou tantos embates na instituição que S. declarou que apenas ele tinha “psicose de crachá”. A equipe lhe dizia constantemente: “Todos te conhecem aqui, você não precisa usar crachá”; “Parece maluco, vai sair assim na rua?”; “Se você rasga, então não serve para nada”. Apesar disso, ele insistia em usar, comprar o material, rasgar e fazer um novo. Este era o modo pelo qual o sujeito se apresentava e as respostas automáticas e protocolares da equipe não tinham efeito nenhum. Eu percebi que havia algo ali, que ele estava dizendo alguma coisa, tentando fazer qualquer coisa mas não uma coisa qualquer. Eu queria saber em quê este ato do morador incomodava tanto a equipe.

Em determinado momento, ele me pediu para anotar uma declaração firmando acordo de que em tal dia sairíamos para passear, e caso chovesse ou ele não estivesse bem, seria cancelado. Ambos assinávamos o documento e ele o guardava. Assim, o passeio estava marcado e poderia ser suspenso independente de um capricho da psicóloga.

Nos passeios, quando íamos à papelaria, ele comprava o material para confeccionar o crachá: plástico, cordão, canetas, tesoura, cola, etc. Decidiu ter seu próprio carimbo, no qual constavam seu nome como “morador” e o nome da moradia assistida. Nos momentos de crise, S. carimbava incessantemente o papel. Houve, inclusive, noites em que ele permanecia acordado carimbando, carimbando, carimbando...

O crachá teve vários formatos com fotos, sua rubrica ou da diretora, colagens, etc. A diretora era alguém por quem ele tinha grande apreço. Seu aniversário, que para ele era uma data importante, era no dia anterior ao da diretora. Ele precisava de sua rubrica, e de seu reconhecimento pelo olhar e pela voz. A diretora não tinha paciência para a constante demanda de rubricar o crachá ou mesmo ver o que ele tinha produzido. Em sua última crise S. repetia a data de seu aniversário, seu nome completo e o da diretora. Ele gritava: “fulana, tudo fulana!”.

As cuidadoras tinham muita dificuldade com ele. Vale ressaltar que elas não se queixavam sobre não saber o que fazer frente a irrupção do real, ali no *front* clínico, mas sobre o jeito inquieto de S. que perturbava o bom andamento da casa. Inibidas com a ordem da diretora para que “dessem um jeito nele”, as cuidadoras tentavam maneiras que o deixassem quieto. Temos aí um exemplo do discurso do mestre operando no sentido em que a organização e funcionamento da casa deveriam se sobrepor à emergência do sujeito. O sujeito que insistia em S. era objetificado. Por outro lado, o discurso do universitário, regendo os protocolos de diagnóstico e tratamento, aponta o ‘retardo mental’, que nomeia a ‘doença’ de S.

Davam-lhe muitas vezes medicação SOS quando não era necessário, ou orientados pela psiquiatra, deixavam-no de castigo em seu quarto quando importunava muito as atividades da casa e os outros moradores, e por vezes lhe diziam coisas persecutórias. Lembro que uma vez a diretora, irritada com o “mau comportamento” de S., lhe disse que iria encaminhá-lo de volta para a clínica, que já tinha entendido o motivo pelo qual o deixavam amarrado na cama, que nem seus pais o haviam suportado e que ele a estava matando. Era curioso como, fora da crise, ele costumava rir das ameaças da diretora. Ou seria do desespero? Ele, me parece, não acreditava naquelas palavras.

S. buscava, através do crachá, cifrar um gozo a partir da inscrição do seu nome próprio, localizando seu lugar no Outro pela via da pertinência à instituição que lhe oferecia o nome de ‘morador’. De louco a morador: apostamos, portanto, no crachá como insígnia da tentativa de cifrar um nome e ter um lugar no Outro. Ali, pela via da pertinência à instituição, pensamos que a casa era um lugar de laço para ele.

Apesar do carimbo ser um registro inapagável não estancava o gozo e a repetição comparecia no ato incessante de fazer-desfazer, que poderia ir noite adentro. Só parava de carimbar quando a tinta falhava. Esse ato repetido que deveria operar como uma inscrição simbólica pode ser pensado como uma repetição no real do gozo que o tomava na tentativa de cifrar um nome.

O carimbo também tinha função de objeto, como o crachá, que ele deveria sempre portar. Seria uma apresentação do objeto *a* no bolso (ou na mochila), como diz Lacan das psicoses? Qual o efeito de negar a função do objeto carimbo e objeto crachá?

S. jubilava quando escrevia seu nome completo, rubricava e carimbava. Por pouco tempo essa operação funcionava, mas logo era preciso desfazê-la. Ele apenas justificava pelo “tique tique nervoso”, mas não foi possível saber mais sobre esses tique-tiques. Esse movimento repetitivo poderia nos evocar a tentativa de fazer aparecer e desaparecer o objeto como no célebre exemplo de Freud de seu neto com o carretel – do Fort-Da – para pensar a neurose. Mas ao rasgar o crachá S. ensaia uma separação mal sucedida do objeto. Desse modo, ele precisa reinscrevê-lo ao fazer o novo crachá.

S., portanto, não efetiva a separação ao modo da divisão neurótica do sujeito. Enquanto na neurose a repetição se dá pela via de decifrar o sintoma produzindo sentido atrelado ao gozo, na psicose nós temos a repetição na tentativa de ciframento de um gozo que não se inscreve.

No caso, vemos que o crachá e o carimbo em sua repetição incessante apontam para uma invenção singular. Esse fazer desaparecer, rasgar o crachá, teria o estatuto de aniquilar o objeto e fazer tudo novamente para inscrever o que não cessa de não se escrever do real e não opera um ciframento no simbólico de modo estável.

Repete-se até que uma invenção circunscreva o gozo? Sabemos que nem sempre é possível dar um bom destino ao gozo indizível do real. Nosso trabalho é de acusar recebimento de sua produção e sustentar o que poderia se inscrever simbolicamente nessa operação.

Pensamos que S. ao nomear sua doença como “psicose de crachá”, ali encontramos um ciframento possível do gozo que acomete S. Nossa tarefa seria, numa manobra, não fazer obstáculo, como era a direção da equipe, mas fazer valer esse nome para além da patologia, o que implica S. em sua invenção, o faz se deslocar do lugar de paciente crônico hospitalizado para o de morador de uma casa-instituição, mesmo que sob o comando da diretora que encarna esse Outro absoluto, o mestre, que era “tudo” para ele. Não como perseguidora, mas como alguém que ele poderia amar a seu modo.

O caso nos deixou com essas indicações de trabalho, mas também insere a importância da transmissão da psicanálise na instituição, o que não foi possível naquele momento. Minha aposta em romper com aquele modo de funcionamento e sustentar um novo modo de fazer sem garantias foi interrompida bruscamente pelo falecimento dele em julho de 2015.

Pouco antes do falecimento de S. uma nova psiquiatra começou a trabalhar na moradia assistida. Nos atendimentos com a médica, ele insistia para que ela diminuísse a sua medicação já que ele tomava remédio há tempo demais. Ele me perguntava: “Eu vou precisar tomar remédio depois de morrer?”. Ela reduziu a medicação sem querer saber dele ou da equipe sobre a função do remédio para aquele sujeito.

Segundo a médica, orientada pelo DSM, S. não fechava os critérios diagnósticos para esquizofrenia e, portanto, aquele era o tratamento indicado para o seu caso, vale dizer, de retardo mental moderado. Compreender a importância da função diagnóstica no tratamento a partir de uma clínica do sujeito e privilegiar o sintoma como uma manifestação do sujeito são formas de restituir “à medicação seu justo valor paliativo e não-resolutivo do sofrimento mental. Pois a psicanálise não se opõe à psiquiatria, mas sim a todo discurso que suprime a função do sujeito” (QUINET, 2006, p. 22). Trata-se aqui de um dever ético.

Importante acrescentar que a diretora insistia para que a situação fosse resolvida, ou seja, que as cuidadoras o segurassem de alguma forma, que eu achasse a solução e explicação para as questões subjetivas e que a psiquiatra o deixasse mais calmo. Como mencionei anteriormente, o crachá foi uma questão de embate na moradia assistida. Era uma verdadeira polêmica principalmente se ele rasgava seu crachá recém confeccionado e insistia em fazer mais um. Apesar de S. dizer que seu objeto era importante, algo não era suficiente para a equipe. Sua *maluquice psicótica* causava grande incômodo, despertando manobras para normalizá-lo.

Após a contínua redução da medicação, S. me disse que se ela continuasse diminuindo ele iria “surtar”. Partilhei esta informação com a médica que, apesar de estar advertida, continuou reduzindo a medicação. Como nunca nos anos em que estive na moradia assistida, S. surtou. Muito delirante, ouvindo muitas vozes, S. jogou todos os seus pertences mais valiosos – carimbo, óculos e rádio – na privada.

Muitas medicações foram administradas para que o surto fosse estabilizado. A medicação, a partir de uma tentativa de controlar o real que não cessava de não se escrever, silenciou todas as manifestações do sujeito. Se onde há sintoma, há sujeito, o mesmo vale para as alucinações e delírios. Não apenas a contenção química, mas também a resistência da equipe em acolher o transbordamento de S. culminou no triste fim deste caso.

S. estava ‘calmo’, coloco entre aspas, pois era aos olhos da médica. Ele mal conseguia se levantar da cama, permanecendo no seu quarto quase o dia inteiro. Não incomodava ninguém, mas tampouco conseguia formular uma frase. Estranhei, junto à psiquiatra, o comportamento de S. já que ele estava precisando de auxílio para comer e se locomover pela casa. A médica me respondeu que S. estava calmo e menos falante. Missão cumprida uma vez que a desordem havia sido resolvida. Naquela noite, S. sofreu uma convulsão diagnosticada no hospital como resultado de conflito medicamentoso. De hospital geral a hospital psiquiátrico e retornando ao hospital geral, S. faleceu.

O encontro com o real angustiava muitíssimo a equipe. Poderia ter sido uma questão de trabalho, mas o saber médico-mestre-científico objetivou o problema. Mais uma vez, não se trata de opor a psicanálise à psiquiatria, mas nesse caso, observamos claramente a supressão do sujeito, legitimado pelo amor à normalidade e à verdade do saber.

O caso nos serviu, à equipe, para pensarmos em conjunto sobre nossas intervenções. Cada um é responsável pelo seu ato, mas cabe à equipe, *a posteriori*, recolher os efeitos disso.

## 2.2 Caso H: “É a poesia que me segura”

Conheci H., hoje com 60 anos, em 2014 quando comecei a trabalhar na moradia assistida. Naquela época, ele era atendido por outra psicóloga que também trabalhava na casa. Quando me apresentei, além de querer saber a minha idade, perguntou se eu era psicanalista e, atropelando a minha resposta, disse: “A psicanálise acabou com a minha vida”. Ele foi atendido por um psicanalista quando tinha 13 anos e saiu de lá com “perturbações que não tinha antes”.

Conta que era extrovertido e a análise o transformou em “frouxo e medroso” e também que, durante alguns anos, foi assombrado pelo medo de morrer engasgado. Em *Televisão* (1974/1993), Lacan, em resposta sobre a oposição entre psicanálise e psicoterapia, apesar de ambas atuarem por meio de palavras, afirma que: “É aí [no bom senso] que a psicoterapia, qualquer que seja, estanca, não que ela não faça algum bem, mas ela conduz ao pior” (p. 21).

Durante algum tempo, nas reuniões de equipe falávamos bastante sobre este caso. As cuidadoras reclamavam da falta de cuidado com que ele se apresentava e também da forma como ele se dirigia a elas e aos outros moradores, sempre com xingamentos e agressividade. A diretora sempre se dirigia a ele dizendo “meu filho” e dava broncas e conselhos como se

fosse mesmo o filho dela. Cansada, muitas vezes exclamava “você vai me deixar doente!”. Pedíamos a ele que não procurasse tanto a diretora na instituição ou por telefone, mas ele insistia em pedir sempre sua ajuda. A psicóloga nos contava que, nos atendimentos, ele insistia sempre na lembrança de uma antiga namorada e na culpa que carregava sobre tê-la abandonado. A culpa o corroía e, muitas vezes, ele ficava deitado na cama durante horas, se negando a tomar banho e comer.

Ainda na presença da outra psicóloga, em 2015, fizemos o primeiro sarau para publicação do livro de poesias de H. Ao saber que ele já tinha cerca de vinte poesias registradas desde sua adolescência, a psicóloga sugeriu que fizéssemos um sarau e o argumento de divulgar a obra, dito por ela, o convenceu a seguir em frente com esta ideia: “Eu quero que as pessoas saibam que eu não fiz só burrices na minha vida”.

Vemos, na sua escrita, passagens que tocam em diferentes momentos de sua vida. Trata-se de uma obra abertamente autobiográfica. No sarau, além dos moradores e convidados, alguns amigos de H., de um grupo que ele participa em determinado hospital psiquiátrico, estiveram presentes. Ele estava feliz e orgulhoso de sua obra, aproveitando para assinar autógrafos e vender exemplares. A oportunidade de divulgar seu livro foi o pontapé para um novo caminho a ser trilhado.

Apenas comecei a atender H. após o falecimento desta psicóloga. Ainda resistente por me achar jovem e também pela minha orientação psicanalítica, H. demorou alguns meses para me procurar, cedendo apenas a partir da insistência da diretora que já não sabia o que fazer com os seus excessos, isto é, sua ansiedade em querer lhe perguntar algo. Havia um ponto de interesse em mim: H. aceita ser atendido apenas por mulheres. Segundo ele, a mulher, por ter saído da costela de Adão, é um ser muito mais inteligente e corajoso que o homem. Atualmente, após pouco mais de um ano de trabalho, ele me diz que “não dava nada por mim”, mas que agora gosta de fazer “terapia” comigo. Ele acrescenta que sei o momento de me calar e também o momento de dizer algo. Esta foi uma das indicações para pensar o manejo neste caso.

Ainda jovem, H. se formou em Medicina, trabalhou como radiologista, teve uma vida “boêmia” e “namoradeira” até que, com o falecimento de sua mãe, ele se viu sozinho, por volta dos trinta anos de idade, no apartamento. H., que afirma ter uma doença, mas não ser doente, deixa claro sua impossibilidade de viver só. Para ele, a moradia assistida o protege da solidão – seu maior medo – e desde 2000 vive em espaço coletivo. Após dez anos residindo em uma instituição em um bairro afastado e isolado, quando a moradia assistida em questão

foi fundada, seus irmãos o encaminharam para lá. Vale ressaltar que a diretora e a mãe deles eram amigas próximas e este fatonão é sem consequências.

Na faculdade, teve uma namorada chamada G., nome que, entre seus significados, inclui virtudes, esplendor, bem-aventurança divina. Dois anos após o término, ele conta que percebeu que ela era a mulher de sua vida. G., que era “bonitinha, calma e delicada”, era a mulher ideal, segundo ele, a salvação de sua vida. H. se pergunta: “será que eu já estava doente quando isso aconteceu? Quem, normal, esperaria dois anos para se dar conta disso?”. Esta situação ocorreu em 1992, mas ainda o angustia como se tivesse acontecido em um passado bem mais recente.

Em vários casos de psicose, nós vemos um sujeito apoiado em bengalas imaginárias. No seminário em que Lacan se dedica às psicoses (1955-56/2008), o autor fala sobre o mecanismo do *como se* apresentado por Helena Deutsch. O mecanismo pressupõe uma compensação imaginária do Édipo ausente. Quinet (2011), sobre a via da suplência imaginária, propõe que uma prótese imaginária auxilia o sujeito a se manter mais ou menos orientado. Nos parece que H. teve algumas próteses imaginárias: a mãe, a namorada, a psicóloga anterior, a diretora. No momento do término do relacionamento, H. se vê sem recursos de estabilização.

A psicóloga, que antes trabalhava na moradia assistida, conseguiu o número de telefone da moça e, um dia, os colocou em contato. Acreditava-se que a chamada telefônica seria uma possibilidade de pedir perdão e se perdoar. H. pôde dizer à moça que se arrependia muito pela demora e por ter “cagado na cabeça” dela, mas, apesar da moça ter-lhe desculpado, a descrição da cena dos anos 90 aliada à dor não cessam de não se escrever.

A intervenção na realidade pode ser enganosa e não assegura a função simbólica. A hipótese de Lacan, no *Seminário Livro 3: As psicoses* (1955-56/2008), é a de que haveria uma parte da simbolização que não se efetivaria na psicose, previamente a qualquer articulação simbólica. Na neurose temos uma representação que se inscreve e, recalçada, deixa livre o afeto a ela correspondente que, por sua vez, produz derivados que retornam com um revestimento simbólico e substitutivo e podem aceder à consciência. Na psicose, algo primordial quanto ao ser do sujeito não ganha representação, sendo rejeitado e foracuído – *verwerfung*. O que não foi simbolizado vai se manifestar no real, no registro do irrepresentável.

A condição estrutural simbólica, a falta de inscrição do Nome-do-Pai, está lá na psicose: “Não há aquele ponto de alienação fundamental a partir do qual o sujeito teria construído uma resposta simbólica ao enigma de seu ser, separando-se do Outro pela perda estrutural incluída nessa resposta no nível do corpo e da linguagem” (GUERRA, 2010, p. 35). O sujeito se

encontra a céu aberto e banhado pela linguagem não domesticada que aparece na forma de objetos que o atormentam.

No artigo *A perda da realidade na neurose e na psicose* (1925/1996), Freud conclui que “tanto para a neurose quanto para a psicose, a questão que vem a ser colocada não é apenas a da perda da realidade, mas também a de um substituto da realidade” (p. 209). O delírio é a formação imaginária que dá forma à realidade de cada sujeito a partir da costura simbólica do real. Trata-se de um modo de defesa contra o impossível a suportar, ou seja, aquilo que do real está foracluído do simbólico.

O sentido de um sintoma, avalia Quinet (2011),

“na neurose assim como na psicose nunca é um sentido comum – não há senso comum para o sintoma – ele é sempre singular. É por isso que a psicanálise é o avesso do discurso do mestre que produz senso comum, o sentido partilhado. A psicanálise deve levar o sujeito a produzir o seu sentido que não é comum” (p. 62).

A orientação da psicóloga, em dar um sentido ao irrepresentável, não resolveu o mal-estar de H. Foi uma tentativa de assegurar uma função simbólica que amenizasse o sofrimento do sujeito causado pela culpa que, segundo H. baseado em seu conhecimento sobre a obra freudiana, é o sentimento mais difícil de ser curado. O sentido, portanto, não sutura a perda estrutural simbólica, isto é, a falta de inscrição do Nome-do-Pai.

No momento em que foi rejeitado pela moça, H. foi internado pela primeira vez. Ao sair do hospital, fez tentativas de encontrar uma esposa ao candidatar-se em uma agência matrimonial, mas não deu certo. Algum tempo depois, em 1997, H. descreve como o ano em que não teve mais condições de trabalhar como médico. Sua especialidade vale a pena ser mencionada, pois nos parece um dado a considerar como tendo sido possível ele se sustentar na medicina. Na radiologia, sem contato com o paciente e sem tratamento clínico, ele fazia e emitia laudos de exames.

Quando sua mãe morreu, em acidente de trânsito no dia do próprio aniversário, e ele se viu sozinho no apartamento, foi internado, pela segunda vez, por um ano. Após a internação, os irmãos o levaram para a primeira moradia assistida. Neste lugar, onde os residentes eram pacientes psiquiátricos graves, H. se percebe só e sem qualquer ocupação. Durante os anos em que esteve nesta instituição, H. fez algumas tentativas de suicídio. Naquele momento, com suas bengalas imaginárias recém perdidas, H. se vê à mercê da morte, sem recursos para estabilizá-lo.

Em 2010, alguns anos após a fundação da moradia assistida em questão, seus irmãos lhe propõem a mudança para lá. A relação entre eles é ínfima. H. sente raiva dos irmãos e os acusa de “burros e ignorantes” e que eles só sabem vender colchão. H. reclama que nesta

estrutura familiar falida, ele é o único que ficou doente. Após muita insistência da psicóloga, ele começou a participar dos encontros mensais do grupo de um hospital psiquiátrico. Lá, ele conheceu um grande amigo, também médico, e há anos se encontram semanalmente em uma sorveteria na zona sul da cidade.

A psicóloga o incentivou a fazer cursos e conversou com os irmãos para que eles financiassem esta aposta. H. começou com um curso de turismo e, apesar de ter completado o ano de estudos, não se encantou pela área. Foi quando ele descobriu o curso de shiatsuterapia que percebemos uma grande mudança. A partir da shiatsuterapia, ele retoma uma medicina e a terapêutica. Esse S<sub>1</sub>, *shiatsuterapia*, é sobredeterminado e tem mais essa importância. H. era o primeiro a chegar na aula, sempre receoso em atrasar-se, fez amigos e tirou as melhores notas da turma. As provas eram sempre momentos delicados e a espera pelo resultado o deixava extremamente ansioso. Quando finalizou o curso, a psicóloga já havia falecido e, então, eu comecei a dar seguimento ao caminho que ela havia indicado.

H. estava muito feliz com o diploma: “Deus passou a mão sobre a minha cabeça”. Ele afirmava várias vezes que agora ele é shiatsuterapeuta e nunca mais atravessaria tantos anos de ócio. Houve um período em que estava muito preocupado quanto às possibilidades de ter um ofício. Ele tinha alguns critérios sobre o modo de trabalho (atendimento residencial, um bloco de horas por semana, bairros próximos à moradia), mas ficou receoso depois que seu irmão o alertou sobre a perda da aposentadoria caso descobrissem que ele estava trabalhando.

H. quer saber como fazer e falar, quer saber os próximos passos, quer saber o que significam as enigmáticas respostas – ou a falta delas – nas conversas com amigos pelo *whatsapp*. Estas perguntas me deram as pistas para uma posição de secretária que eu passei a ocupar. Lacan (1955-56) afirma que nos contentar em passar por secretário do alienado não tem nada a ver com a impotência do alienista: “[...] não só nos passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta – o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada” (p. 241).

Mais adiante, o autor indica que o secretário deve ser cauteloso: “O significante comporta em si mesmo todas as espécies de implicações, e não é porque vocês são escutadores ou decifradores de profissão que podem em certos casos completar a frase” (p. 245). Trata-se de tomar ao pé da letra o que o sujeito nos conta, considerando apenas as suas indicações. Nosso saber constituído, acumulado, não deve ser desqualificado, mas tampouco deve entrar em cena no momento em que o sujeito apresenta seu próprio modo de saber-fazer.

Fazendo junto com ele, seguimos construindo novos caminhos e possibilidades. H. procura um outro que lhe dê certas coordenadas sobre o laço social, sobre os contornos para

seus excessos, algum ponto de basta para sua inconveniente ansiedade que não consegue controlar.

Recentemente terminou de escrever seu segundo livro de poesias. Desta vez ele teve participação no processo, digitando as poesias ao longo de alguns meses, procurando a arteterapeuta para lhe auxiliar com a imagem da capa e pedindo alguns palpites sobre a sua escrita. Com a frase “é a poesia que me segura”, H. se apresenta de outra maneira. Está interessado em participar de um local para encontro de casais e explica: “Passei muito tempo da minha vida sem nada. Agora eu tenho. Quantas pessoas você conhece que tenham publicado um livro? A poesia é o meu trunfo”.

Optei pelo recorte de três momentos para destacar algumas intervenções clínicas no dia-a-dia institucional e também no atendimento individual. O manejo na sessão para fazer algum corte sobre a repetição incessante e sem qualquer diferença no discurso que retornava de modo melancólico ao fatídico ano de 1992 foi um desafio. Durante o curso de shiatsu terapia, H. ficava muito ansioso e perturbava a ordem inerte da casa. Como as cuidadoras poderiam auxiliá-lo a dar algum contorno aos seus excessos?

Se não há corte, H. conta e reconta sobre o desencontro amoroso eternamente. Era preciso uma pausa, um ponto de basta, que recusasse aquela repetição maciça que apenas o deixava mais angustiado. Fiz algumas tentativas de ponderar, junto com ele, se não era um exagero apostar todas as fichas de que sua felicidade estava em casar com aquela mulher. Falávamos sobre divórcios, separações, relacionamentos difíceis, mas nada interrompia a repetição de frases: “Eu sou muito burro. Só fiz burrada da minha vida. Como eu caguei na cabeça dela? Ela era a mulher. Eu podia estar casado e com filhos”.

Um dia, após várias tentativas de inserir alguma suspeita naquela verdade sofrida e absoluta que ele me apresentava, H. me dizia, na sequência de suas frases descritas acima, que isso não saía da sua cabeça e que não conseguia esquecer deste passado. Eu disse a ele: “Pode ser que você nunca esqueça. E aí?”. H., pela primeira vez, interrompeu seu discurso e ficou me olhando. Fiquei reticente sobre os efeitos das minhas palavras quando ele me perguntou: “Como assim?” Eu disse que às vezes não conseguimos esquecer, mas precisamos aprender a conviver com as nossas lembranças. Ficou me olhando, se levantou, e quando fechava a porta, me perguntou como ele podia fazer para conviver com esta lembrança. Ao dizer a ele que era uma ótima pergunta, aproveitei para convidá-lo a pensarmos juntos sobre as invenções possíveis para fazer algum contorno no real.

Após esta intervenção, ele continua contando sua história, mas com brechas. Ele se ocupa de outros interesses e questões. Quando ele insiste um pouco sobre o assunto e eu

pergunto sobre outro ponto, seguimos sem que ele retorne àquele tema. H., que era tão seguro quanto à felicidade marital, disse: “Tem gente que tem essa auto-afirmação que casamento vai salvar de todos os males. Minha auto-afirmação é a poesia. Eu quero que as pessoas vejam que eu não sou tão burro assim, que eu não só fiz burrada na minha vida. Preciso divulgar a minha obra”.

Durante o curso de shiatsu terapia, H. era muito rígido quanto à necessidade de estudar diariamente e também quanto ao horário de chegada no curso. Três problemas surgiram: uma vez ligaram do curso dizendo que H. estava sempre com aparência mal cuidada e com cheiro ruim; ele reclamava sobre o barulho que os outros moradores faziam na casa durante o dia, atrapalhando seus estudos; por último, a diretora queria instituir um horário para ele ir ao curso.

Quando alguma cuidadora falava sobre o seu mau cheiro, pedindo para que ele tomasse um banho, afinal os outros moradores reclamavam sobre o cheiro ruim enquanto faziam as refeições, H. ficava incomodado e aqueles comentários não surtiam qualquer efeito. Houve uma cuidadora, que percebendo aquilo que não funcionava e incomodada com os comentários que as colegas faziam, o chamou para conversar. Ao incluir a importância de se estar com boa aparência em sua apresentação com o cliente, a cuidadora o lembrou que isto vale para o dia a dia. Ele tinha que cuidar de sua própria higiene porque estaria em contato direto com seus clientes. A mudança não foi automática, mas nos turnos desta cuidadora, ela sempre o lembrava ou ele lhe sinalizava que estava tudo *ok*.

No momento em que esta cuidadora me contou, timidamente, sobre sua conversa com H., eu legitimei aquele ato enquanto intervenção. Vimos os efeitos disso e ela, que banalizava as poucas palavras que tinha oferecido a ele, pôde entender o cuidado com que manejou a situação. H. reclamava muito sobre os barulhos da casa e algumas cuidadoras não tinham paciência com as reivindicações que ele fazia. Em reunião, foi possível discutir sobre a importância daquele momento na vida de H. Como ele assinalava, haviam sido “mais de dez anos de ócio”. O trabalho, o curso, os estudos eram uma novidade que moviam seus passos em outra direção. Era preciso valorizar aquele momento. Surgiu a ideia de liberar a sala de artes, quando não era usada, para que ele pudesse se concentrar melhor em seus estudos. H. agradecia muito por acreditarmos nele e em sua capacidade de fazer bem.

Na transmissão de um fazer clínico orientado pela psicanálise, que consideramos como um dos fundamentos que sustenta o trabalho na instituição, no caso da moradia assistida, o cuidador é o nosso principal parceiro. A reunião de equipe, portanto, tem a função de recolher

as tentativas e soluções do sujeito psicótico além das intervenções dos membros da equipe para poder pensar, *a posteriori*, uma direção de tratamento e a construção do caso clínico.

Por último, uma intervenção junto com a diretora. Ela se irritava quando H. saía cedo para chegar no curso ainda que sua aula só começasse muitas horas depois. Ele justificava dizendo que não só se preocupava com qualquer imprevisibilidade do trânsito como também gostava de sentar no banco e olhar as pessoas passarem. Na casa, passaria aquelas horas que antecediam à aula deitado em sua cama ou assistindo televisão. A diretora encarnava o mestre, como o senhor e não como aquele que ensina conforme vimos no capítulo III, ao instituir uma ordem a partir do que ela considerava o melhor para todos, excluindo qualquer singularidade.

Era difícil questionar aquela ordem, pois era ouvido como uma insolência. A partir da minha insistência, a diretora cedeu, mas colocou a ‘arriscada mudança’ em minha conta, isto é, se algo acontecesse seria minha responsabilidade. Tratava-se de reduzir este Outro caprichoso que tudo sabe, tudo quer e tudo faz. Não era possível gerir uma casa e seus moradores a partir dos seus comando e critérios – os mesmos que empregava em sua casa e com seus filhos.

Há sempre o real em jogo na clínica, um resto, um excesso que insiste em não ser assimilado. Vemos, no dia-a-dia, como este resto faz tensão com o ideal institucional de que tudo deve caminhar bem. É preciso que ‘em nome da regra geral’, ainda de acordo com discurso do mestre, pensemos em saídas não convencionais, inéditas e criativas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na perspectiva da psicanálise inventada por Freud e orientada pelo ensino de Lacan, esta dissertação questiona as possibilidades e os impasses da psicanálise em uma experiência institucional. Como primeiro passo, situo a luta pela reforma psiquiátrica no Brasil e a necessidade de implementar um modelo de tratamento que passava pelo desmonte dos manicômios. Novos dispositivos de cuidado foram implementados a partir desse movimento e a moradia assistida se configura como mais um, claro que com suas particularidades.

A fim de abordar a clínica da psicose na perspectiva da psicanálise, inicialmente na obra de Freud, encontramos grandes contribuições teóricas e clínicas apesar de Freud ter se dedicado principalmente à clínica da neurose. Em 1911, em sua análise sobre o caso Schreber, Freud apresenta o delírio como tentativa de cura. Anos mais tarde, o autor atualiza o delírio como um remendo para falar sobre a perda da realidade e o substituto desta. Sabemos, contudo, que o delírio não é uma solução definitiva ou bem-sucedida. O trabalho delirante, entretanto, se configura como um esboço de um saber-fazer.

Em Lacan, encontramos muitas indicações sobre a psicose e sua direção de tratamento. No *Seminário Livro 3: As psicoses (1955-56/2008)*, Lacan nos convida a ocupar a função de secretário do alienado, tomando ao pé da letra tudo o que ele nos diz. Esta orientação é fundamental para se pensar a clínica do sujeito, que se interessa pelo que o sujeito diz sem esmagá-lo apressadamente com as nossas interpretações.

No caso da moradia assistida, é importante levarmos em consideração que esta aposta visa a tentar lidar com o real da loucura no lócus onde ela acontece, isto é, a cidade. É ali, nesse novo endereço dado à loucura, que a equipe é convocada a construir junto com o morador uma forma de lidar com a sua singularidade. Entre cortes e suturas há um artesão que inventa um *savoir-y-faire* com o real do inconsciente e o praticante deve estar atento para recolher essas informações, acusar recebimento e partilhar com o restante da equipe.

O discurso da psicanálise, sublinha Diogo (2003), favorece “uma forma de resposta que se diferencia dos outros discursos, já que o sujeito posto em questão pode se implicar, se responsabilizar pelos acontecimentos de sua existência, ao passo que certas práticas institucionais podem produzir uma exclusão do sujeito, ao encarnar o discurso do mestre” (p. 32). Um trabalho orientado pela psicanálise pode transmitir, a partir do próprio exercício da clínica, os furos do discurso do mestre, flexibilizando as normas e regras universais que não levam em consideração a singularidade do sujeito.

Por sua vez, o saber não-todo aparece como uma estratégia clínica imprescindível para que se coloque o sujeito ativamente em trabalho e não o esmague pelo excesso de sentido dado pela equipe. Ter um impasse clínico não garante que vamos resolvê-lo, mas sabemos que, do ponto de vista da psicanálise, impasse refere-se a uma questão.

A psicanálise, a partir da orientação lacaniana, sublinha a importância de deixar em suspenso certo saber sobre o sujeito, inclusive um saber teórico, para que algo novo possa acontecer ou mesmo ser escutado. Lacan (1967/2003) esclarece que:

Isso não autoriza o psicanalista, de modo algum, a se dar por satisfeito com saber que nada sabe, pois o que se trata é do que ele tem de saber. O que ele tem de saber pode ser traçado pela mesma direção “em reserva” pela qual opera toda lógica digna desse nome (p. 254).

Temos aí a indicação de que é a partir de um saber incompleto, não todo, “em reserva”, que aquilo que advém do sujeito será ouvido e o psicanalista e outros técnicos poderão operar.

No dispositivo institucional, regulado pela lógica universal, a prática com a psicose nos leva a enfrentar um alheio a procedimentos universalizantes e à legislação. À primeira vista, ‘particular’ e ‘universal’ são antinômicos, mas o trabalho de orientação psicanalítica põe em tensão essas duas exigências a partir do real da clínica. Não se trata de simplesmente proibir S. de confeccionar os crachás ou proibir H. de escrever suas poesias madrugadas adentro apenas para satisfazer a ordem institucional, no caso da moradia assistida, encarnada pelo S<sub>1</sub> da diretora. Um impasse nos indica que há trabalho a ser feito.

Ao apostarmos na singularidade de cada sujeito estamos na direção oposta daqueles que impõe modelos prévios sobre o que é melhor para aquele que está em tratamento: “A ética da psicanálise dirige-se ao sujeito em sua diferença radical para que ele mesmo trace o caminho possível para a sustentação de seu desejo” (RINALDI; LIMA, 2006, p. 59). S. insistia que havia algo ali, na confecção do crachá, que era imprescindível para ele. H. nos provoca a pensar a importância de o serviço estar vinculado a outros dispositivos da atenção psicossocial, mas que não podemos abrir mão dos recursos encontrados na cidade. Sua poesia já circulou por diversos pontos da cidade, inclusive dentro dos ônibus.

As aplicações da psicanálise são sempre confirmações dela, encerra Freud com entusiasmo a conferência XXXIV (1933/1996). Neste trabalho, nessa caminhada árdua em uma instituição com ideais bastante endurecidos, a possibilidade de colocar os instrumentos da psicanálise a serviço de sua ética e, principalmente, os seus impasses puseram-me a trabalho.

Nas instituições, devemos incluir o exercício de criação e negociação de regras institucionais que favoreçam a produção de laços sociais e que, portanto, levem em consideração o modo de funcionamento particular daquele sujeito. O supervisor aparece, nesse contexto, com a importante função de estar atento ao manejo da clínica e aos impasses institucionais que obturam o trabalho (FIGUEIREDO, 2008). Quando eu cheguei na moradia assistida, eu tinha a ingênua perspectiva de apenas atender os moradores, individualmente, em minha sala. Foram poucos meses para perceber que era indispensável levar em consideração os impasses institucionais para que se pudesse garantir o trabalho. De lá para cá, tivemos uma série de configurações como: reuniões mensais de equipe, assembleias com os moradores, reuniões com as cuidadoras e/ou individualmente com cada uma.

Nas reuniões que sigo realizando com as cuidadoras, sustento a garantia de um trabalho que coloca o sujeito como protagonista. Não estou na função de supervisora, mas tenho ali uma responsabilidade de transmissão dos fundamentos da psicanálise e de dirigir um espaço no qual as falas me são endereçadas.

A supervisão clínico-institucional tem uma função singular no trabalho em equipe nos diferentes dispositivos da atenção psicossocial: trata-se de assegurar a responsabilidade partilhada na equipe ainda que essa responsabilidade também seja de cada um em seu ato. Infelizmente, ainda não foi possível convidar um psicanalista, que ocupa uma função de êxtimo, para estar conosco na frequência que eu gostaria.

A prática institucional, portanto, como uma vertente da psicanálise aplicada, visa a manobras contingentes no cotidiano da instituição em que se articulam o tratamento do Outro e a invenção do sujeito. Embora possa haver endereçamento transferencial, o foco da prática institucional é menos a relação do paciente com um analista e mais as intervenções da equipe a partir dos princípios da psicanálise (DIOGO, 2008). Nesta dissertação, abordei os casos S. e H. como exemplos de um trabalho possível nesse dispositivo.

A clínica do sujeito tem como orientação comum a suposição de que há um sujeito em trabalho que decide sobre suas escolhas. Infelizmente não temos mais elementos sobre S. para compor o caso. S., em sete anos, se dedicou ao trabalho com os crachás. Apesar da confecção sugerir algum trabalho de suplência, ainda que precário, suas tentativas lhe foram negadas. Era preciso escutá-lo e acompanhá-lo em suas tentativas de costura mesmo que, no desenrolar do acompanhamento, a direção de tratamento fosse revista a partir de alguma mudança no percurso.

S. deixou sua marca na instituição e repercutiu em cada membro da equipe de modo singular. Acredito que o fim trágico me causou frustração e desânimo para seguir em frente,

mas, em determinado momento se virou do avesso e inspirou uma nova aposta. De um outro jeito, fazendo girar os discursos, operando de outra maneira, quem sabe? O caso H., me parece, nos indica as possibilidades da psicanálise na clínica institucional. H. era alguém “abandonado a própria sorte”, mas hoje demanda atenção e cuidado com seus planos, sem deixar de fazer parte deles.

No próximo mês, a moradia assistida vai promover um novo sarau para a divulgação e venda do seu segundo livro. Lembro que há uns meses atrás, quando H. estava às voltas com a dificuldade de entrar do mercado de trabalho como shiatsuterapeuta, reclamava que queria trabalhar, queria um ofício. Eu disse: “Ora! Você é poeta. Está aí o seu trabalho. Trabalho quer dizer produção e veja só o quanto você está produzindo. Isso é trabalho!”. H. está receoso com a possibilidade de o sarau não acontecer, mas outras coisas lhe ocupam: qual será o valor do livro? O que vou escrever nos autógrafos? Quem vou chamar? Depois queria fazer isso....

As reuniões com a equipe foram fundamentais para um esboço de construção de caso e elaboração de estratégias de intervenção clínica. As intervenções contingentes sobre o mau cheiro que ele apresentava ou sobre sua ansiedade insistente e incontrolável em saber alguma coisa foram sendo feitas e partilhadas. A partir dos efeitos partilhados conseguimos estabelecer uma direção de trabalho. Quando ele bate na porta da minha sala insistentemente mesmo sabendo que estou ocupada e que, portanto, não poderei ouvi-lo naquele instante, ele, sorrindo, me diz: “Eu sou muito ansioso. Não consigo controlar minha ansiedade e acabo sendo inconveniente. É minha marca. Estou te esperando”.

Nossa função, enquanto técnicos de uma equipe na prática institucional orientada pela psicanálise, é sustentar o trabalho de construção ao qual o sujeito vem se dedicando. A diretora, “mamãe fulana”, está em vias de sair da instituição, mas não pretende deixar de ocupar algum cargo na casa. Temos uma nova diretoria, novamente leiga, mas com outros problemas. Ainda é cedo para avaliarmos as consequências das intervenções de uma nova diretoria benfeitora – quem sabe em um próximo trabalho?

## REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, E. (2000). Estabilizações. Em **Há algo de novo nas psicoses**. Curinga, EBP-MG/Belo Horizonte, n. 14, abril, p. 18-22.
- ALVARENGA, E.; BARROS, M.R.R.; HARARI, A.; SILVA, R.F (2003). Os usos da supervisão na instituição. Em **Opção lacaniana**, n. 38, novembro, p. 109-111.
- AMARANTE, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. Em **Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro**, v.11, n.3, julho-setembro, p. 491-494.
- BAIO, V. (1999). O ato a partir de muitos. Em **Revista Curinga**. EBP –MG/Belo Horizonte, n.13, setembro, p. 55-62.
- BARROS, M.R.R. (2003). A prática lacaniana nas instituições: uma experiência de vários. Em **Opção lacaniana**, n. 37, setembro, p. 79-82.
- BORSOI, P. (2003). Sobre as possibilidades da prática analítica em instituição de saúde mental. Em **Correio**, n. 43, junho, p. 36-41.
- BRODSKY, G. (2003). A solução do sinthoma. Em Angelina Harari, Maria Hortênsia Cardenas e Flory Fruger (org.). **Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do Campo Freudiano**, p. 19-32. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- CAMARGO, M.B. (2003). O analista trabalhando na instituição. Em **Opção lacaniana**, n. 37, setembro, p. 68-69.
- CAMPOS, G.W.S. (1997). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. Disponível em: <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>
- CAPLAN, G. (1964). **Princípios da psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1980.
- Clínica Pinel**. Disponível em <http://www.clinicapinel.com.br/index.php/clinica>.
- Constituição da Organização Mundial de Saúde (1946)**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>
- DELGADO, P.G.G. (2011). Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. Versão revista de conferência pronunciada na Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro no dia 19 de maio. Disponível em: <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/713/529>

DI CIACCIA, A. (1999). Da fundação por Um à prática feita por muitos. Em **Revista curinga**. EBP-MG/Belo Horizonte, n.13, setembro, p. 49-54.

DI CIACCIA, A. (2005). A prática entre vários. Em ALTOÉ, Sonia; LIMA, Márcia Mello (orgs.) **Psicanálise, Clínica e Instituição**. Ed. Rio Ambiciosos. Rio de Janeiro.

DIOGO, D.R. (2003). Construção de um diagnóstico psicanalítico na instituição. Em **Correio**, n. 43, junho, p. 27-35.

DIOGO, D.R. (2008). A construção do laço social na psicose. Tese de doutorado do programa de pós graduação em Teoria Psicanalítica da UFRJ.

ELIA, L; SANTOS, K.W.A. (2005). Bem-dizer uma experiência. Em ALTOÉ, Sonia; LIMA, Márcia Mello (orgs.). **Psicanálise, Clínica e Instituição**. Ed. Rio Ambiciosos. Rio de Janeiro.

ELIA, L. (2008). O que aprendi? Em **Revista da Escola de Saúde Mental**, SMS-Rio, ano 1, n.1, p. 42-49, dezembro.

FIGUEIREDO, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. Em **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v.VII, nº 1, 75-86.

FIGUEIREDO, A.C. (2005). Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. Em **Mental – Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC**, n.5, p.43-55, ano III, novembro.

FIGUEIREDO, A.C; GUERRA, A.M.C.; DIOGO, D.R. (2006). *A prática entre vários*: uma aplicação da psicanálise ao trabalho em equipe na atenção psicossocial. Em Bastos, A. (org.) **Psicanalisar Hoje**. Rio de Janeiro: Editora Contra Capa.

FIGUEIREDO, A.C. (2007). A função da Psicanálise (e do psicanalista) na Clínica da Atenção Psicossocial. Em **NASCIMENTO, E.; GONZÁLES, R.C. (orgs.). Psicanálise e os Desafios da Clínica na Contemporaneidade – Série Teoria da Clínica Psicanalítica**, n.2, p.81-89. Salvador: EDUFBA.

FIGUEIREDO, A.C. (2007). A Clínica da Atenção Psicossocial: uma proposta da

Psicanálise. Em REIS, F.J.T.; FRANCO, V.C. (orgs.) **Aprendizes da Clínica: novos fazeres psi**, p. 37-47. São Paulo: Casa do Psicólogo.

FIGUEIREDO, A.C. (2008). Duas ou três coisas que aprendemos sobre a função da supervisão na atenção psicossocial. Em **Revista da Escola de Saúde Mental**, SMS-Rio, ano 1, n.1, p. 63-69, dezembro.

FIGUEIREDO, A. C.; FRARE, A. P. (2008). A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos Serviços Residenciais Terapêuticos. Em **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v.11, n.1, p. 82-96.

FRARE, A.P. (2012). No litoral da Casa e do Serviço: a psicanálise no serviço residencial terapêutico. Tese de doutorado do programa de pós graduação em psicanálise da Uerj.

FREUD, S. (1894). As neuropsicoses de defesa. Em **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**, v. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1895). Rascunho H - Paranóia. Em **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**, v. I, p. 253-258. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1896). Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. Em **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**, v. III, p. 163-183. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1904). Sobre a psicoterapia. Em **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**, v. VII, p. 241-254. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1911). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia. Em **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**, v. XII, p. 15-86. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. Em **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**, v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. Em **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**, v. XIV, p. 77-107. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1919). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. Em **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1925). Neurose e psicose. Em **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**, v. XIX, p. 165-171. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1925). A perda da realidade na neurose e na psicose. Em **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**, v. XIX, p. 203-209. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1930). O mal-estar da civilização. Em **O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)**, v. 18, p. 13-122. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. (1933). Explicações, Aplicações e Orientações. Em **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**, v. XXII, p. 135-154. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GUERRA, A.M.C. (2007). A estabilização psicótica na perspectiva borromeana: criação e suplência. Tese de doutorado do programa de pós graduação em Teoria Psicanalítica da UFRJ.

GUERRA, A.M.C. et al (2008). Sujeito e invenção: a topologia borromeana na clínica das psicoses. Em **Ágora**, v. 11, n. 2, p. 283-297, Rio de Janeiro. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982008000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982008000200008)

JIMENEZ, S. (2004). Psicóticos em análise. Em **Correio**, n. 50, setembro, p. 64-70.

GUERRA, A.M.C. (2010). A psicose. Rio de Janeiro: Zahar.

LACAN, J. (1955). Variantes do tratamento-padrão. Em **Escritos**, p. 325-464. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

LACAN, J. (1955-56). O Seminário, Livro 3: As psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2008.

LACAN, J. (1958). A direção do tratamento e os princípios do seu poder. Em **Escritos**, p. 591-649. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

LACAN, J (1959). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. Em **Escritos**, p. 537-590. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1998.

LACAN, J. (1959-60). O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

LACAN, J. (1962-63). O Seminário, livro 10: a angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

LACAN, J. (1964). O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

LACAN, J. (1964). Ato de fundação. Em **Outros escritos**, p. 235-247. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

LACAN, J. (1967). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. Em **Outros escritos**, p. 248-264. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

LACAN, J. (1969-70). O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.

LACAN, J. (1974). Televisão. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993.

LACAN, J. (1975-76). O seminário livro 23 O sintoma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

LAURENT, E. (1996). A instituição, a regra e o particular. Em **Correio**, n. 15, outubro-novembro, p. 15-19.

**Manifesto de Bauru em dezembro de 1987**. Disponível em: [www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID\\_ARQUIVO=3708](http://www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3708)

MARON, G. (2003). Prática institucional: um desejo decidido. Em **Opção lacaniana**, n. 37, setembro, p. 83-87.

MARON, G. (2008). Um tempo para contar. Em **Revista da Escola de Saúde Mental**, SMS-Rio, ano 1, n.1, p. 37-41, dezembro.

MILLER, J.A. (1983). Produzir um sujeito? Em **Matemas I**, p. 155-161. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1996.

MILLER, J.A. (2003). Invenção psicótica. Em **Opção Lacaniana**, n.36, p. 6-16, maio.

PAULIN, L.F; TURATO, E.R. (2004). Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. Em **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, v. 11, n.2, p. 241-258. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702004000200002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702004000200002&script=sci_abstract&tlng=pt)

QUINET, A. (2006). Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

QUINET, A. (2011). Teoria e clínica da psicose. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

RÊGO BARROS, R. (2003). Sem standard, mas não sem princípio. Em **Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do campo freudiano**, p. 39-48.

RIBEIRO, S.L. (2004). A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. Em **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, n.3, setembro. Brasília. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932004000300012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300012)

RINALDI, D. (2005). Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. Em ALTOÉ, Sonia; LIMA, Márcia Mello (orgs.). **Psicanálise, Clínica e Instituição**. Ed. Rio Ambiciosos. Rio de Janeiro.

RINALDI, D.; LIMA, M.C.N (2006). Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental. Em **Mental**, v. 4, n. 6, p. 53-68. Barbacena: junho. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272006000100006&script=sci\\_arttext#30](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272006000100006&script=sci_arttext#30).

STEVENS, A. (2005). O Courtil: uma escolha. Em ALTOÉ, Sonia; LIMA, Márcia Mello (orgs.). **Psicanálise, Clínica e Instituição**. Ed. Rio Ambiciosos. Rio de Janeiro.

TENÓRIO, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. Em **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 9, janeiro-abril, p. 25-59, Rio de Janeiro.

VIGANÒ, C. (1999). A construção do caso clínico em saúde mental. Em **Revista Curinga**. EBP –MG/Belo Horizonte, n.13, setembro, p. 39-48.

VIGANÒ, C. (2003). A clínica psicanalítica na prática institucional. Em **Opção Lacaniana**, n. 38, novembro, p. 73-83.

ZENONI, A. (2000). Qual a instituição para o sujeito psicótico? Em **Abrecampos: Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares**.

ZENONI, A. (2006). Orientação analítica na instituição psiquiátrica. Em FERNANDES, Maria Cristina Bezerril; BARROS, Maria do Rosário Collier do Rêgo (org.). **Acolher a demanda, produzir a transferência**, p. 160-171. Rio de Janeiro: ICP.

ZENONI, A. (2013). Da “supervisão” como reunião clínica. Em **Entrevários**, n. 11, abril, p. 42-45.