

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Instituto de Psicologia
Pós-Graduação em Psicanálise
Doutorado em Pesquisa e Clínica Psicanalítica

TESE DE DOUTORADO

Veline Filomena Simioni da Silva

**Há uma porta do manicômio que só abre pelo lado de dentro: a
clínica psicanalítica das psicoses desencadeadas na instituição
total**

Rio de Janeiro
2020

Veline Filomena Simioni da Silva

Há uma porta do manicômio que só abre pelo lado de dentro: a clínica psicanalítica das psicoses desencadeadas na instituição total

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicanálise do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Psicanálise

Orientador: Prof. Dr. Luciano Elia

Rio de Janeiro,
2020

Veline Filomena Simioni da Silva

Há uma porta do manicômio que só abre pelo lado de dentro: a clínica psicanalítica das psicoses desencadeadas na instituição total

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicanálise do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Psicanálise

Aprovada em: 18 de dezembro de 2020

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. LUCIANO ELIA (Orientador)
Membro interno do PGPSA da UERJ

Profa. Dra. SÔNIA ALTOÉ
Membro interno do PGPSA da UERJ

Profa. Dra DÓRIS LUZ RINALDI
Membro interno do PGPSA da UERJ

Profa. Dra. ANDRÉA MÁRIS CAMPOS GUERRA
Membro externo ao programa

Prof. Dra. NYMPHA AMARAL
Membro externo ao programa

Rio de Janeiro

2020

Ao meu filho, João Rafael, que cresceu ouvindo tantas histórias sobre o Aduino Botelho que chegou a imaginá-lo como uma pessoa. Aos três aninhos certa vez me perguntou: “Mãe, você está indo lá cuidar do senhor Aduino?”

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Luciano Elia, que com sua força admirável e trabalho decidido na saúde mental pública me forneceu direções preciosas sobre a pesquisa, me inspirou a não recuar diante da clínica das psicoses e, pela escrita, bem dizê-la no campo psicanalítico.

Ao meu pai, Varlindo Alves da Silva, cujo exemplo de persistência, honestidade e compromisso com o serviço público me marcou definitivamente. A minha mãe, Maria Antônia Simioni da Silva, que, mesmo tendo nos deixado tão cedo, me transmitiu sua força feminina através do amor.

Ao meu amor, Wilson Luconi, companheiro corajoso que encontrei durante o doutorado e que espero que me acompanhe pela vida toda.

Aos meus irmãos, Vinícius José Simioni da Silva e Valter Fabrício Simioni da Silva pelo amor fraternal que tanto me protegeu e me ensinou a lutar.

Às amigas de infância, Flávia Fernandes, Fernanda Roberta Fernandes, Ana Maria Soares Addôr, Fernanda Paula, Cristiane Ferraz, Karina Santos Guimarães, Marcela Tércio, Janaína Soares Buccioli, que me despertaram a vontade de fazer o curso de Psicologia, onde pude descobrir a Psicanálise.

Às admiráveis amigas da psicanálise e da vida, Rita Meurer Victor, Marina Fiorenza e Magda Miranda, pelo suporte emocional, carinho e frutíferas discussões teóricas que tanto me auxiliaram na escrita desta tese.

Às companheiras da unidade I do CIAPS Aduino Botelho, incansáveis trabalhadoras da saúde mental, que com tanta generosidade me ensinaram o que é trabalhar em equipe e deram espaço à minha clínica no hospital: Alessandra Costa de Oliveira, Ana Lúcia Leandro Goveia Taveira, Ana Paula Borges, Fátima Ahmad, Maria Aparecida Lima de Souza, Maria Auxiliadora Régis Sarmiento, Elieth Rodrigues, Denise Fukase, Vera Verney, Débora Amaral, Aracy Assunção e Silva, Maria Helena Bragança, Weslaine Vilela, Suely Araújo, Inês de Fátima Cunha Ataíde, Tânia Amorim, Zuleika Carmo Padilha, Daniela Santos Bezerra, Luciana Gomes, Glauci Maria

Ferreira, Raimunda Gorete de Souza Silva, Débora Blanco Canavarros, Marcelo Campos, Sheila Bussolin Vitor.

À querida Rose Fiães, colega do LAPEP Rio, ótima anfitriã nas minhas idas ao Rio de Janeiro, me apresentando ao verdadeiro *Samba do Trabalhador*.

Aos professores do PGPSA da Uerj com os quais tive o privilégio de aprender e avançar nos estudos em Psicanálise.

Aos colegas de doutorado do PGPSA pelo apoio e trocas.

Aos membros da banca de qualificação e defesa, pela grande contribuição no desenvolver da pesquisa e na sustentação teórica da tese.

A todas as mulheres que o SUS me permitiu atender na unidade I do CIAPS Aduino Botelho, minhas pacientes, vocês me fizeram psicanalista.

Aos membros do Laço Analítico/Escola de Psicanálise, em especial à sede Cuiabá, por constituírem um espaço de formação rigoroso na clínica e presente na saúde pública.

À equipe do Serviço Residencial Terapêutico da SMS de Cuiabá, pela parceria e acolhida no processo de desinstitucionalização de Noêmia.

À minha analista, Adriana Rangel, por me auxiliar a suportar as angústias da clínica e da vida, atravessar os impasses, manter-me firme em minha decisão pela Psicanálise, autorizar-me e reconhecer-me.

*Um dia me disseram, Quem eram os donos da situação, Sem querer eles me deram,
As chaves que abrem essa prisão, E tudo ficou tão claro, O que era raro ficou comum,
[Somos quem podemos ser, Sonhos que podemos ter].*

(Engenheiros do Hawaii)

RESUMO

A presente tese é fruto de uma pesquisa realizada na unidade I do CIAPS Adauto Botelho, único hospital psiquiátrico público no Estado de Mato Grosso. O hospital psiquiátrico é uma instituição total, possui funcionamento rígido e inóspito a qualquer possibilidade de incidência do sujeito do inconsciente. A partir do caminho metodológico possibilitado pela psicanálise, partiu-se da aposta da instauração da clínica psicanalítica nessa instituição. Como se trata de uma pesquisa com veio clínico e político, revisitamos inicialmente a histórica da loucura, partindo da ‘invenção’ do internamento até os dias atuais, marcando semelhanças e diferenças nesses tempos. Sobre a história brasileira, retoma-se a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e seus desdobramentos, avanços, retrocessos e ameaça de extinção. A história da institucionalização da saúde mental em Mato Grosso é contada a partir do caso de Noêmia, institucionalizada por vinte e dois anos no hospital psiquiátrico. Seu caso, infelizmente, evidencia todos os erros possíveis na falta de uma rede articulada, assim como dá mostras do quanto é possível à esquizofrenia se beneficiar da psicanálise. A teoria das psicoses é abordada partindo de Freud e chegando à Lacan, verificamos que as psicoses têm parte importante nos avanços da Psicanálise desde Freud. Apresentamos as formulações de Lacan acerca das condições estruturais para o desencadeamento da psicose e suas possibilidades de estabilização, recorreremos a psicanalistas dos nossos tempos avançados na clínica das psicoses para delinear seu modo próprio de funcionamento. Para pensar numa direção clínica não manicomial em uma instituição fechada, buscamos o trabalho realizado por Jean Oury em uma clínica psiquiátrica, cujo funcionamento chamou de “coletivo” conseguindo incluir as singularidades, mantê-las em circulação, sem absorvê-las pela inércia institucional. Por mais que nossa realidade brasileira e mato-grossense sejam bem diferentes de um hospital psiquiátrico francês, nada impede que seu trabalho possa nos inspirar e, talvez, nos fazer decidir sobre uma nova forma de tratar quem sofre demasiadamente. Os fragmentos de casos clínicos atendidos antes e durante a pesquisa, foram nossos guias para as elaborações, que não ocorreram sem os impasses da clínica psicanalítica no hospital psiquiátrico. Abordamos a teoria da clínica das psicoses e os modos de lidar no manejo transferencial nas psicoses desencadeadas, alguns recolhidos de autores renomados da psicanálise, outros inventados diante dos impasses das situações emergentes. Sustentamos que a psicanálise é impreterivelmente antimanicomial: a presença do analista em ato e palavra possibilita uma direção do tratamento para os casos graves que chegam aos serviços fechados, favorecendo a incidência do sujeito do inconsciente e o estabelecimento dos laços transferenciais que sustentam um trabalho com as psicoses desencadeadas que prescindam das formas seculares de controle sobre a loucura. A velha distinção entre trancar ou tratar, que sempre nos parece tão óbvia, pode não estar tão facilmente colocada, pois trata-se de um ato decidido sempre a ser recolocado, seja nos hospitais, seja em qualquer outro dispositivo da rede.

Palavras-chave: Hospital psiquiátrico. Clínica psicanalítica. Psicoses desencadeadas. Estabilização. Transferência.

RÉSUMÉ

La présente thèse est le résultat d'une recherche menée dans l'unité I du CIAPS Adauto Botelho, le seul hôpital psychiatrique public de l'État du Mato Grosso. L'hôpital psychiatrique est une institution totale, a un fonctionnement rigide et inhospitalier à toute possibilité d'incidence du sujet de l'inconscient. A partir du chemin méthodologique rendu possible par la psychanalyse, l'idée de créer une clinique psychanalytique dans cette institution est née. Comme il s'agit d'une recherche à caractère clinique et politique, nous avons dans un premier temps revisité l'histoire de la folie, en partant de «l'invention» de l'internement jusqu'à nos jours, marquant les similitudes et les différences à cette époque. Sur l'histoire brésilienne, on reprend la réforme psychiatrique brésilienne (RPB) et ses développements, avancées, reculs et menace d'extinction. L'histoire de l'institutionnalisation de la santé mentale dans le Mato Grosso est racontée à partir du cas de Noêmia, institutionnalisée pendant vingt-deux ans à l'hôpital psychiatrique. Son cas, malheureusement, met en évidence toutes les erreurs possibles en l'absence d'un réseau articulé, tout en montrant combien il est possible à la schizophrénie de se bénéficier de la psychanalyse. La théorie des psychoses est abordée en partant de Freud et en arrivant à Lacan, on vérifie que les psychoses ont une part importante dans les avancées de la psychanalyse depuis Freud. Nous présentons les formulations de Lacan sur les conditions structurelles d'apparition de la psychose et ses possibilités de stabilisation, nous avons recouru des psychanalystes de nos temps avancés dans la clinique des psychoses pour esquisser leur propre mode de fonctionnement. Pour réfléchir à une direction clinique non asile dans un établissement fermé, nous avons cherché le travail réalisé par Jean Oury dans une clinique psychiatrique, dont il a qualifié l'opération de «collective», parvenant à inclure les singularités, à les maintenir en circulation, sans les absorber par l'inertie institutionnelle. Malgré nos réalités brésilienne et du Mato Grosso sont très différentes d'un hôpital psychiatrique français, rien n'empêche que leur travail ne nous inspire et, peut-être, de nous fasse décider d'une nouvelle façon de traiter ceux qui souffrent trop. Les fragments de cas cliniques reçus avant et pendant la recherche ont été nos guides pour les élaborations, qui ne se sont pas produites sans les impasses de la clinique psychanalytique de l'hôpital psychiatrique. Nous abordons la théorie des psychoses cliniques et les manières de gérer la gestion du transfert dans les psychoses déclenchées, certaines collectées auprès d'auteurs renommés de la psychanalyse, d'autres inventées en vue des impasses des situations émergentes. Nous soutenons que la psychanalyse est absolument anti-asile: la présence de l'analyste en action et en parole permet une direction de traitement pour les cas graves qui arrivent à des services fermés, favorisant l'incidence du sujet de l'inconscient et l'établissement de liens de transfert qui soutiennent un travail avec les psychoses libérées qui dispensent les formes séculaires de contrôle de la folie. La vieille distinction entre verrouiller ou traiter, qui nous paraît toujours si évidente, peut ne pas être si facile à placer, car il s'agit d'un acte décidé à toujours être remplacé, que ce soit dans les hôpitaux ou tout autre dispositif du réseau.

Mots clés: hôpital psychiatrique. Clinique psychanalytique. Psychoses déclenchées. Stabilisation. Transfert.

ABSTRACT

The present thesis is the result of a research carried out at unit I of CIAPS Adauto Botelho, the only public psychiatric hospital in the State of Mato Grosso. The psychiatric hospital is a whole institution, having a rigid and inhospitable functioning to any possibility of incidence of the subject of the unconscious. Starting from the methodological path made possible by psychoanalysis, the idea of establishing a psychoanalytic clinic in this institution was set. Since this is a research with a clinical and political outlook, the history of madness was initially revisited, starting from the 'invention' of internment to the present day, marking similarities and differences in those times. On Brazilian history, the Brazilian Psychiatric Reform (RPB) and its developments, advances, setbacks and threat of extinction are retaken. The history of the institutionalization of mental health in Mato Grosso is told from the case of Noemia, institutionalized for twenty-two years in the psychiatric hospital. Her case, unfortunately, highlights all possible errors in the absence of an articulated network, as well as showing how much it is possible for schizophrenia to benefit from psychoanalysis. The theory of psychoses is approached starting from Freud going to Lacan. We verify that psychoses have an important part in the advances of Psychoanalysis since Freud. We present Lacan's formulations about the structural conditions for the triggering of psychosis and its possibilities for stabilization, we resort psychoanalysts from our advanced times in the clinic of psychoses to outline their own way of functioning. To think about a non-asylum clinical direction in a closed institution, we looked for the work carried out by Jean Oury in a psychiatric clinic, whose operation he called "collective", managing to include the singularities, keep them in circulation, without absorbing them through institutional inertia. As much as our Brazilian and Mato Grosso's realities are very different from a French psychiatric hospital, nothing prevents their work from inspiring us and, perhaps, making us decide on a new way of treating those who suffer excessively. The fragments of clinical cases attended before and during the research were our guides to the elaborations, which did not occur without the impasses of the psychoanalytic clinic at the psychiatric hospital. We approached the theory of clinical psychoses and the ways of dealing with transference management in triggered psychoses, some collected from renowned authors of psychoanalysis, others invented in view of the impasses of emerging situations. We support that psychoanalysis is unconditionally anti-asylum: the presence of the analyst in action and word permits a direction of treatment for serious cases that reach closed services, favoring the incidence of the subject of the unconscious and the establishment of transference ties that support a work with triggered psychoses that dispense with secular forms of control over madness. The old distinction between locking or treating, which always seems so obvious to us, may not be so easily placed, as it is an act decided to always be replaced, whether in hospitals or any other device on the network.

Keywords: Psychiatric hospital. Psychoanalytic clinic. Triggered psychoses. Stabilization. Transference.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	26
Figura 2	86
Figura 3	88
Figura 4	101
Figura 5	103
Figura 6	110

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO:	13
CAPÍTULO I: METODOLOGIA PSICANALÍTICA DE PESQUISA.....	17
1.1. Freud, Lacan e a ciência	17
1.2. A pesquisa da clínica com as psicoses desencadeadas na instituição total	25
CAPÍTULO II: DA SEGREGAÇÃO DA LOUCURA NO TECIDO SOCIAL.....	33
2.1 Revisitando a história da loucura	33
2.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira: do nascimento ao risco de extinção.....	45
2.3. A história do manicômio em Mato Grosso: o cárcere de Noêmia.....	59
CAPÍTULO III: AS PSICOSES EXTRAORDINÁRIAS	76
3.1 As psicoses na psicanálise: o recuo e as contribuições em Freud, a aposta e o avanço em Lacan	76
3.2 Corpo e gozo a experiência psicótica.....	99
3.3 Tentativas de estabilização: as invenções do sujeito psicótico	108
CAPÍTULO IV: DO CÁRCERE INSTITUCIONAL AO TRATAMENTO POSSÍVEL DAS PSICOSES DESENCADEADAS	117
4.1 Uma experiência preliminar: a primeira pequena fissura no muro duro da instituição total	117
4.2 Internação psiquiátrica: cárcere ou tratamento?	122
4.3. A instituição total e seus avessos: subversões da clínica	136
4.4. O manejo da transferência nas psicoses desencadeadas	142
4.5. A passagem ao ato na paranoia: o caso Laura	158
4.6 A instituição total e a clínica do singular: o caso Camila	165
CONCLUSÃO.....	175
REFERÊNCIAS.....	180

INTRODUÇÃO:

A presente tese é fruto da experiência da instauração da clínica psicanalítica dentro de um hospital psiquiátrico. Goffman (2013, p.16) insere os hospitais psiquiátricos, junto com as prisões e conventos, na classificação que nomeou de instituições totais, aquelas onde há fechamento, em que “seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico”.

A princípio, sabe-se que o hospital psiquiátrico tem um funcionamento rígido e inóspito a qualquer possibilidade de incidência do sujeito do inconsciente, com o qual trabalhamos enquanto analistas. Porém, a psicanálise nos faz verificar que mesmo nos terrenos mais áridos, é possível, a partir da presença do analista, fazer um convite à transferência, donde, dessa abertura de fissuras na terra dura, alguma clínica pode se instalar.

Lacan (1956, p. 462) define a Psicanálise como “o tratamento que se espera de um psicanalista”. Constatação simples e como tal nada fácil¹ e que traz em si todo o rigor da clínica e responsabilidade de quem se autoriza ser chamado psicanalista. Essa responsabilidade do psicanalista, já dizia Lacan em *Variantes do tratamento padrão*, deve ser tomada no sentido pesado do termo e se recoloca onde quer que possa exercer seu ofício, pois é a responsabilidade por uma posição de escuta, e quem escuta tem todo o peso de situar o que é escutado em uma ou outra direção (1955, p.333).

E foi sustentando essa responsabilidade que pude recolher os efeitos da clínica psicanalítica no único hospital psiquiátrico público de Mato Grosso. O Centro Integrado de Assistência Psicossocial (CIAPS) - Adauto Botelho é um complexo mantido pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso que engloba cinco unidades de atenção em saúde mental, entre elas, a unidade I que se destina ao atendimento em nível de internação para pessoas em surto psicótico grave e inclui setores masculino e feminino, onde trabalho. Como tal, a instituição possui estrutura

¹ Lacan faz, no seu Seminário X, sobre a Angústia, uma importante distinção entre o que é *simples* e o que é *fácil*, assinalando o quanto é *difícil* aceder à simplicidade.

física que carrega as marcas do manicômio em suas enfermarias em corredores, grades e portas fechadas. Os pacientes são uniformizados, há horários estabelecidos para medicação, refeição e trânsito fora das enfermarias, as idas e vindas dos pacientes são cerceadas, portanto, os critérios de internação e de alta dependem do aval dos profissionais.

O que trago aqui como achados da pesquisa não se deu sem a presença das fortes marcas institucionais, marcas manicomialis que em alguns momentos puderam ser subvertidas pela clínica. Durante todo o percurso da pesquisa, e, portanto, também da escrita, clínica e instituição se colocam, ora articuladas, ora disjuntas, e é esse caminho metodológico possibilitado pela psicanálise que apresento logo no primeiro capítulo da tese.

Para situar melhor o campo da pesquisa, no segundo capítulo farei uma breve contextualização histórica da loucura, partindo da ‘invenção’ do internamento até os dias atuais, marcando semelhanças e diferenças nesses tempos. Chegarei ao Brasil, retomando a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e seus desdobramentos, seu risco cada vez mais real de extinção pela ‘a volta dos que não foram’, ou seja, os manicômios. Mesmo com a atenção psicossocial proposta pela RPB, os hospitais psiquiátricos ainda existem em diversos Estados do país e se mantêm como pontos de assistência.

Essas instituições são provas de um tempo em que a loucura não deveria fazer parte da sociedade, inicialmente por razões de reorganização social e posteriormente por razões médicas, que tinham por função reproduzir e manter as primeiras, através de um discurso transmutado em ciência médica (FOUCAULT, 1991). Resta-nos indagar se esse tempo foi superado no Brasil, sobretudo com os retrocessos do atual governo federal e do Ministério da Saúde, que reinserem o hospital psiquiátrico na rede de atenção².

Conforme menciona Elia (2015), a Reforma Psiquiátrica se produziu como desdobramento da Reforma Sanitária, portanto, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) são totalmente compatíveis aos da invenção brasileira que foi chamada

² Refiro-me à Portaria 3588 de 21 de dezembro de 2017 reinsere o hospital psiquiátrico como ponto de atenção da rede, foi instituída de forma antidemocrática, na contramão do movimento da Reforma Psiquiátrica e dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico grave.

de *atenção psicossocial*. O princípio da Reforma Psiquiátrica brasileira, inspirada na reforma que Franco Basaglia promoveu na Itália, seria o desmonte da lógica manicomial e sua substituição por uma lógica territorial. Infelizmente, verificamos nos dias de hoje a direção contrária a esse movimento. Nesse ponto, as questões políticas são determinantes e interferem duramente na efetivação da rede de atenção psicossocial, rasgando-a e trazendo à tona a única política realmente em voga para as populações vulneráveis: a morte, seja ela real ou civil.

Finalizo o segundo capítulo trazendo a história da institucionalização da saúde mental em meu Estado, Mato Grosso, contada a partir do caso de Noêmia, institucionalizada por vinte e dois anos no hospital psiquiátrico. Seu caso, infelizmente, evidencia todos os erros possíveis na falta de uma rede articulada, assim como dá mostras do quanto é possível à esquizofrenia se beneficiar da psicanálise. Seu processo de desinstitucionalização não ocorreu sem que a clínica se colocasse e se mantivesse como recurso para que descolamento da instituição total ocorresse.

No terceiro capítulo da tese, escrevo o que pude depurar da teoria das psicoses, partindo de Freud e chegando à Lacan. Se devemos a Freud a criação da Psicanálise pela via das neuroses, devemos a Jacques Lacan o tratamento possível das psicoses, pela via da psicanálise freudiana. Freud em 1910 já apontava o quanto a histeria desafiava a ciência, pois diante dela o médico não sabia o que fazer e, em 1913 menciona que diante da diversidade das “constelações psíquicas” não se deve mecanizar a técnica.

Freud jamais abandonou a construção de sua teoria a partir dos casos clínicos tomando-os em suas singularidades e, a partir disso, construiu os conceitos fundamentais da psicanálise, sempre fazendo coincidir pesquisa e tratamento, recomendando que: “Não se deve esquecer que o que se escuta, na maioria, são coisas cujo significado só é identificado posteriormente” (FREUD, 1912, p.126). Nessa assertiva já se pode ler, embora *a posteriori*, a formulação lacaniana de que se ouve o significante e, só depois, se chega ao significado, como o próprio traçado retroativo do vetor do sujeito em relação com o vetor do significante no *grafo do desejo* expõe com toda a clareza.

Embora Freud nunca tenha tratado diretamente as psicoses por entender que psicóticos não estabeleciam transferência, construiu os pilares da clínica psicanalítica

dos quais Lacan se serviu para iniciar seus estudos justamente pela estrutura psicótica. As psicoses têm parte importante nos avanços da Psicanálise, partindo do caso Schreber que fez Freud se interrogar sobre a constituição do eu, até então não questionada a partir da análise das neuroses e que o fez formular o conceito de narcisismo e uma concepção efetivamente psicanalítica sobre como se forma a instância a que deu o nome de eu (*Ich*).

Lacan, por sua vez, retoma os princípios da clínica freudiana, não recuando diante das psicoses, que o acompanharam durante todo o percurso de sua obra. Veremos o que ele trabalha quanto às condições estruturais para o desencadeamento da psicose e suas possibilidades de estabilização. Partirei do próprio Lacan e recorrerei a psicanalistas dos nossos tempos avançados na clínica das psicoses para delinear seu modo próprio de funcionamento e também como o analista pode estar aí concernido, mantendo o rigor da psicanálise.

Assim, no último capítulo tratarei dessa experiência, que me exigiu um modo singular de fazer operar a escuta nessa instituição, com casos muito graves. Nesse ponto, trarei o trabalho realizado por Jean Oury em uma clínica psiquiátrica, cujo funcionamento do que o autor chamou de “coletivo” consegue incluir as singularidades, mantê-las em circulação, sem absorvê-las pela inércia institucional. Por mais que nossa realidade brasileira e mato-grossense sejam bem diferentes de um hospital psiquiátrico francês, nada impede que seu trabalho possa nos inspirar e, talvez, nos fazer decidir sobre uma nova forma de tratar quem sofre demasiadamente.

Ainda no último capítulo, através de fragmentos de casos clínicos, meus guias para as elaborações, trago principalmente os impasses da clínica psicanalítica no hospital psiquiátrico. Assim, nesses fragmentos, abordo a teoria da clínica das psicoses e inscrevo modos de lidar no manejo transferencial nas psicoses desencadeadas, alguns recolhidos de autores renomados da psicanálise, outros inventados por mim diante dos impasses das situações emergentes.

Na conclusão, situo minhas elaborações não apenas da pesquisa, mas de meu percurso nesses quinze anos no hospital psiquiátrico, bem como o que segue como causa de trabalho para os que ainda virão. Posso adiantar que o caminho proporcionado pelo doutorado não diz respeito apenas às reflexões acerca do material

clínico das pacientes que atendi, mas foi também a oportunidade de reconstituir minha história na instituição total e o quanto a clínica me libertou de seus muros.

CAPÍTULO I: METODOLOGIA PSICANALÍTICA DE PESQUISA

É chato chegar a um objetivo num instante

(Raul Seixas)

1.1. FREUD, LACAN E A CIÊNCIA

Freud, ao tentar incluir o inconsciente na pauta científica de sua época, nela introduziu um corpo estranho. Milner (1996) esclarece que na língua alemã o prefixo *un* não necessariamente quer dizer negação, destacando daí palavras que não significam o inverso, mas que indicam um parasitismo, uma contingência e por fim uma afirmação: “na psicanálise, o inconsciente parasita incessantemente o consciente; ele o manifesta como podendo ser outro que é e é, por essa razão somente, que estabelece em que não pode justamente ser outro. O prefixo negativo é apenas o selo desse parasitismo” (MILNER, 1996, p.55).

Durante toda sua obra, Freud trouxe à luz os restos rejeitados pela ciência que lhe davam notícias do inconsciente, a saber, os sonhos, os sintomas neuróticos, os atos falhos, o esquecimento, os chistes, os lapsos. Essas manifestações, descartadas do meio científico, seria justamente o material de trabalho e construção da Psicanálise, pois, para Freud “O que é deixado de lado [...] e rejeitado como falso, é precisamente aquilo que é novo em psicanálise e peculiar a esta” (FREUD, 1918, p. 64).

Freud não partiu do inconsciente, chegou até ele conduzido inicialmente pelas históricas, pela resistência, pela transferência, pela repetição, pelas formações do inconsciente, em suas palavras: “[...] o inconsciente é algo que realmente não

conhecemos, mas que somos obrigados a admitir através de compulsivas inferências” (FREUD, 1905, p. 153). O inconsciente se impôs a Freud a partir de sua clínica.

A histeria no meio científico no qual Freud viveu colocava os médicos numa posição de não saber o que fazer e assim era descartada como simples teatralidade e fingimento, situando-se fora do campo científico de cura. Como diz Freud (1910, p.29): “Os histéricos ficam, assim, privados de sua simpatia. Ele [o médico] os considera como transgressores das leis de sua ciência, tal como os crentes consideram os hereges: julga-os capazes de todo mal, acusa-os de exagero e de simulação, e pune-os com lhes retirar o interesse”.

Tão importante quanto perguntar o que os demônios provindos do inconsciente queriam, foi encontrar um dispositivo para tratá-los, um dispositivo que incluísse o modo de funcionamento do inconsciente e, ao mesmo tempo, as defesas e a resistência do sujeito. Assim, Freud abandona a hipnose, por considerá-la enfadonha, um “recurso incerto e algo místico” (FREUD, 1910, p.38).

A associação livre torna-se, então, a regra de ouro do dispositivo psicanalítico, descoberta na clínica tornando-a praticável. Essa regra trouxe consigo a resistência e a transferência, também incidências do inconsciente, cujas consequências jamais teriam sido depuradas via hipnose, que apenas encobriria a resistência. Freud (1905) explica claramente o motivo do abandono da sugestão, ressaltando a importância de se tomar a resistência em trabalho, ponto impossível na hipnose:

Se abandonei tão cedo a técnica da sugestão, e com ela, a hipnose, foi porque não tinha esperança de tornar a sugestão tão forte e sólida quanto seria necessário para obter cura permanente. Em todos os casos graves, vi a sugestão introduzida voltar a desmoronar, e então reaparecia a doença ou um substituto dela. Além disso, censuro essa técnica por ocultar de nós o entendimento do jogo de forças psíquico; ela não nos permite, por exemplo, identificar a *resistência* com que os doentes se aferram a sua doença, chegando em função disso a lutar contra sua própria recuperação; e é somente a resistência que nos possibilita compreender seu comportamento na vida (FREUD, 1905, p. 247)

Sobre o termo ‘análise’, ele se vale da técnica dos químicos, referindo-se ao trabalho de dividir, separar os elementos, para que, então, o paciente pudesse fazer novas e melhores combinações entre eles. A sugestão, por outro lado, insere outros

elementos, buscando uma síntese egóica, subestimando a resistência do sujeito, que se agarra à condição de doente. Em contrapartida, a psicanálise conta com a resistência, lida com ela pela transferência que, paradoxalmente, também a engendra. Dizia Freud que logo o psicanalista se dá conta de que “as únicas dificuldades realmente sérias que tem de enfrentar residem no manejo da transferência” (FREUD, 1915, p.177).

Assim, Freud trouxe à ciência uma novidade, tratamento e pesquisa via análise, que produziu efeitos não só verificáveis quanto eficazes, considerando o singular e o inesperado a partir de cada caso. Freud, como homem de seu tempo, buscava inserir a Psicanálise na ciência, com isso demarcando que a pesquisa psicanalítica não se diferenciava de outra espécie de pesquisa: “[...] a pesquisa psicanalítica está tão isenta de tendenciosidade quanto qualquer outra espécie de pesquisa. Não há nenhum outro objetivo em vista além de derramar alguma luz sobre as coisas, ao procurar que se revele o que está oculto” e continua mais à frente no mesmo texto, sublinhando que “o objetivo da ciência não é atemorizar ou consolar” (FREUD, 1912, p. 192-195).

Essa posição científica tão cara a Freud o fez afirmar um novo campo, criado a partir de sua práxis. O método psicanalítico faria coincidir, em sua execução, pesquisa e clínica, impedindo uma “mecanização da técnica” e favorecendo o avanço de seus conceitos caso a caso. Diz Freud (1913):

A psicanálise constitui uma combinação notável, pois abrange não apenas um método de pesquisas das neuroses, mas também um método de tratamento baseado na etiologia assim descoberta. [...] a psicanálise não é um fruto da especulação, mas sim o resultado da experiência [...] (FREUD, 1913, p.225)

Inaugurando esse novo campo, Freud se deparou com resistências não apenas de seus pacientes, mas sobretudo do meio científico. Foi preciso diferenciar a psicanálise da medicina e também da psicologia, já que o método psicanalítico e sua descoberta não caberia em nenhuma das duas. Dizendo ainda, nesse texto de 1913, que a medicina não teria avançado na “compreensão da vida mental”, e, ao sustentar a psicanálise, coloca o dedo na ferida dos cientistas da época, mencionando que:

Os homens da ciência tendem a enfrentar resistências emocionais com argumentos e, assim, satisfazem-se a si mesmos para sua própria satisfação! Quem quer que deseje não ignorar uma verdade fará bem em desconfiar de suas antipatias e, se quiser submeter a teoria da psicanálise a um exame crítico, que primeiro se analise a si mesmo (FREUD, 1913, p. 228)

Freud se deparou com a incidência do inconsciente em sua clínica, sua clínica o levou a sua técnica e disso se formalizou uma práxis fundamentada a partir do rigor científico. Ele queria uma psicanálise científica, mas essa não caberia mais no campo da ciência, como diz Andrea Guerra (2007, p.187): “Apesar do desejo freudiano de inserir a psicanálise no campo científico, ela sempre teve uma relação de exterioridade com a ciência por suportar e considerar os efeitos do real em sua elaboração e em sua clínica, a partir da dimensão do inconsciente”.

Mas qual seria então, a razão pela qual os efeitos do real, a partir da dimensão do inconsciente, não cabem na ciência? Antes de delinear essa questão, recorramos a Lacan, que não só depois de Freud, foi quem conseguiu localizar de maneira precisa a relação entre a ciência e psicanálise. Para Milner, “A primeira característica que podemos identificar na teoria lacaniana da ciência se explica assim. Ela deve mostrar essa conexão singular pela qual a ciência é essencial à existência da psicanálise e, por essa mesma razão, não se coloca diante dela como um ideal” (1996, p.32).

Milner (1996, p.31) afirma que Lacan não acreditava em um ideal de ciência para a psicanálise, tampouco numa ciência ideal, “[...] já que não há ideal da ciência em relação à psicanálise, tampouco há para ela ciência ideal. A psicanálise encontrará em si mesma os fundamentos de seus princípios e métodos”. Eis o caminho percorrido por Freud e Lacan que sustentaram uma posição diante da ciência, cada um a seu modo, de maneira a sustentar uma teoria fruto da clínica.

Lacan em “*A ciência e a verdade*”, diz que Freud não rompeu com o cientificismo da época, mas que “foi esse mesmo cientificismo que conduziu Freud, como nos demonstram seus escritos, a abrir a via que para sempre levará seu nome” (1966, p. 871). Lacan demarca, logo no início desse escrito, o *status* do sujeito na psicanálise, conceito cunhado somente por ele, localizando-o na fenda, na *Spaltung*:

O status do *sujeito* na psicanálise, acaso diremos que no ano passado o fundamentamos? Chegamos a estabelecer uma estrutura que dá conta do estado de fenda, de *Spaltung* em que o psicanalista o situa em sua práxis. Essa fenda, ele a reconhece de maneira como que cotidiana. Admite-se na base, já que o simples reconhecimento do inconsciente basta para motivá-la e que, além disso, ela o submerge, por assim dizer, em sua constante manifestação (LACAN, 1966, p.869).

A categoria indivíduo biopsicossocial é cara à psicologia, uma ciência humana. Porém, para a psicanálise, o sujeito do inconsciente não é ‘encarnado’ no homem, Lacan afirma que: “Não há ciência do homem [...] Não há ciência do homem porque o homem da ciência não existe, mas *apenas seu sujeito*. É conhecida minha repugnância de sempre pela denominação “ciências humanas”, que me aparece ser a própria voz da servidão” (LACAN, 1966, p.873, grifo nosso).

Milner (1996), desdobra a afirmação de Lacan nesse escrito: “o sujeito sobre quem operamos em psicanálise só pode ser o sujeito da ciência”, esclarecendo não só o que concerne ao conceito de sujeito em si, mas destacando que tanto a ciência quanto a psicanálise não operam sobre um indivíduo:

Essa *equação dos sujeitos* enuncia três afirmações: 1) que a psicanálise opera sobre um sujeito (e não, por exemplo, sobre um eu); 2) que há um sujeito da ciência; 3) que estes dois sujeitos constituem apenas um. As três afirmações têm em comum o fato de que falam do sujeito; o que se deve entender com isso depende do que se pode chamar de *axioma do sujeito*. ‘Há algum sujeito, distinto de toda forma de individualidade empírica’ [...] A terceira afirmação constitui a equação como tal; ela se baseia em correlações históricas, mas não é fundada por estas. A primeira afirmação concerne à prática analítica (é o que indica o verbo *operar*); ela não é de modo algum trivial; sua validade lhe é conferida pela autoridade de um enunciador suposto saber que é o da psicanálise, e, especificamente, o que dela fizera Freud. A segunda afirmação coloca em prática um conceito, que Lacan interpreta num sentido preciso, o de “sujeito da ciência”, mas esse conceito apenas em parte é lacaniano. A definição da ciência que nele é invocada não é de Lacan – este se explicou suficientemente quanto a isso; só é de Lacan a afirmação de que essa definição da ciência decorre uma figura particular do sujeito [...] (MILNER, 1996, p.28-29)

Como abordado por Milner acima, o verbo *operar* concerne à prática analítica, essa prática opera a partir da divisão, donde emerge o sujeito do inconsciente. Mas como ele situa bem, o sujeito é o mesmo sujeito da ciência, é o resultado do

nascimento da ciência moderna, embora o tenha excluído e não opere sobre ele. Foi preciso o nascimento da psicanálise para que essa operação fosse possível, como menciona Elia, a ciência:

[...] o exclui de seu campo operatório no momento mesmo em que, ao constituir este campo, supõe o sujeito. O sujeito é suposto pela ciência para, no mesmo ato, ser dela excluído, ou, mais exatamente, ser excluído do campo de operação da ciência [...] A subversão própria à psicanálise, em relação ao sujeito que já estava colocado pela ciência desde o seu advento como ciência moderna, é ter criado as condições de operar com este sujeito. (ELIA, 2004, p.14-15)

Milner destaca que Descartes foi o primeiro filósofo moderno pois, com o *Cogito*, fez nascer o pensamento da ciência e com ele o sujeito. Assim, em se tratando do sujeito da ciência, uma teoria sobre ele teria que despojá-lo de qualidades. O sujeito que responde ao gesto da ciência, tomado por Lacan, seria, portanto, o sujeito sem qualidades, num pensamento sem qualidades:

Não lhe convirão as marcas qualitativas da individualidade empírica, seja ela psíquica ou somática, tampouco lhe convirão as propriedades qualitativas de uma alma, ele não é mortal nem imortal, puro nem impuro, justo nem injusto, pecador nem santo, condenado nem salvo; não lhe convirão nem mesmo as propriedades formais que durante muito tempo havíamos imaginado constitutivas da subjetividade como tal: ele não tem nem Si, nem reflexividade, nem consciência. É justamente esse o existente que o *Cogito* faz emergir [...] (MILNER, 1996, p.33)

Milner (1996) assevera que o pensamento sem qualidades foi, além de ser apropriado à ciência moderna, também necessário para fundar o inconsciente freudiano, uma vez que Freud atesta que há pensamento no sonho e nas outras formações do inconsciente. Diz Lacan (1958, 554) se referindo à Freud: *isso pensa* – “[...] foi nesses termos que ele nos anunciou o inconsciente: pensamentos que, se suas leis não são de modo algum as mesmas de nossos pensamentos de todos os dias, nobres ou vulgares, são perfeitamente articulados”. O pensamento, então, não seria uma dedução da consciência de si:

Se admitimos que a proposição negativa ‘a consciência de si não é uma propriedade constitutiva do pensamento’, se estenografa pelo nome *inconsciente*, obtemos o teorema:

‘se existe pensamento no sonho, existe um inconsciente’.

Obtemos ao mesmo tempo o lema:

‘o sonho é a via real do inconsciente’

e a definição que se deduz do teorema e do lema:

‘afirmar que existe inconsciente equivale a afirmar *isso pensa*’

Lacan acrescenta somente a proposição, retirada de Descartes e estendida a Freud:

‘se existe pensar, existe algum sujeito’ (MILNER, 1996, p.34)

Seguindo nesse fio do sujeito da ciência e o da psicanálise, portanto, Milner (1996) diz ainda que esse só pode ser contingente. Por isso, o sujeito não é inato, tampouco aprendido, não se ‘desenvolve’, o sujeito se constitui, se fixa como ele é, mas o resultado do fim dessa operação poderia ser infinitamente outro.

Assim, advinda da ciência, porém, com seu método próprio, a psicanálise consegue operar sobre o sujeito, a partir da instauração do dispositivo psicanalítico, quando, a partir da associação livre, pede-se ao analisante que fale livremente, ou seja, desqualifique sua fala assim como a ciência desqualifica o objeto. Cito Elia:

Desqualificar a fala do sujeito equivale, portanto, a criar as condições de desqualificação, de ausência de qualidades, que pavimentam as vias de acesso ao inconsciente à fala, ao discurso concreto do sujeito. Desqualificar a fala do sujeito é equivalente a “qualificar” o sujeito do inconsciente como “sujeito sem qualidades” e é a única forma de criar um acesso precisamente pela via da fala assim proposta que o sujeito do inconsciente possa emergir nessa fala [...] O ato inaugural da ciência moderna constituiu justamente no despojamento do objeto de suas qualidades empíricas, sensoriais, perceptivas etc. O gesto da ciência em relação ao objeto é retomado por Freud em relação ao sujeito, e esse gesto se evidencia particularmente bem na enunciação da regra fundamental, na qual Freud dizia a um sujeito hipotético – com o qual estaria dialogando, o que significa que diz a todo sujeito – que lhe diga o que vier à cabeça (ELIA, 2004, p.19).

O sujeito do inconsciente é, portanto, um sujeito do significante, é efeito do campo da linguagem, como destaca Lacan:

Veiculado pelo significante em sua relação com outro significante, ele deve ser severamente distinguido tanto do indivíduo biológico quanto de qualquer evolução psicológica classificável como objeto da

compreensão. Essa é, em termos minimais, a função que confiro à linguagem na teoria. Ela me parece compatível com o materialismo histórico que deixa aí um vazio. Talvez o objeto *a* também encontre nisso seu lugar. Essa teoria do objeto *a* é necessária, como veremos, para uma integração correta da função, no tocante ao saber e ao sujeito, da verdade como causa. (LACAN, 1966, p. 890).

Desse modo, Lacan não só esclarece que o sujeito do inconsciente é o mesmo sujeito da ciência e não o indivíduo da psicologia, como também localiza que o objeto *a*, somente colocado em operação pela psicanálise, não determina sua ciência. O objeto *a* só pode ser inserido na divisão do sujeito, constituindo-se assim o próprio campo psicanalítico. Em suas palavras:

O objeto da psicanálise (anuncio meu naipe e vocês o verão com ele chegar) não é outro senão aquilo que já expus sobre a função que nela desempenha o objeto *a*. O saber sobre o objeto *a* seria, então, a ciência da psicanálise? Essa é precisamente a fórmula que se trata de evitar, uma vez que esse objeto *a* deve ser inserido, já o sabemos, na divisão do sujeito pela qual se estrutura, muito especialmente [...] o campo psicanalítico (LACAN, 1966, p.877-878)

Mais adiante em sua obra, no *Seminário 17*, ela fará esse objeto operar nos quatro discursos, em lugares diferentes, de modo peculiar, no discurso do analista, como agente que causa o trabalho do sujeito do inconsciente. A partir dessa formulação dos quatro discursos, aparelhos para lidar com o gozo, fica mais clara a relação da ciência com a psicanálise e suas relações com o real. No *Seminário 18*, Lacan (1971, p.27), diz que o semblante “é o único aparelho por meio do qual designamos o que é real. O que é real é aquilo que faz furo nesse semblante, nesse semblante articulado que é o discurso científico”. A ciência, apesar de fazer surgir os furos no lugar certo, “só tem como referência a impossibilidade a que conduzem suas deduções”, impossibilidade que é o real (Lacan, 1971, p.27).

Lacan afirma que o que cabe a nós, psicanalistas, é o campo da verdade, concernido a partir do discurso do analista. Entendendo aqui o semblante como articulação simbólica que faz fronteira com o real, não é à toa que no discurso do analista, o *a* esteja justamente no lugar, antes nomeado de agente, e, agora, de semblante. Não só o *a* está incluído no discurso, mas ocupa o lugar de semblante, produzindo, como consequência, ruptura do semblante e uma operação com o real:

não apenas o esquadrinha, como o faz a ciência. Seguindo em seu *Seminário 18*, Lacan fala sobre o discurso do analista e sua operação com a fantasia:

[...] lidamos com algo que difere da posição do real na física. Esse algo que resiste, que não é permeável a todos os sentidos, que é consequência de nosso discurso, a isso se chama fantasia. O que cabe verificar são seus limites, sua estrutura, sua função. Num discurso, a relação entre o pequeno *a*, o mais-de-gozar e o $\$$, o *S* barrado do sujeito, ou seja, precisamente a relação que é rompida no discurso do mestre, é isso que temos que verificar sua função, quando, na posição totalmente oposta, a do discurso do analista, o pequeno *a* ocupa o lugar de semblante, e é o sujeito que fica em frente a ele. Esse lugar em que ele é interrogado, é aí que a fantasia deve assumir seu status, definido pela própria parcela de impossibilidade que há na interrogação analítica (LACAN, 1971, p.28)

Assim, seja pela via da fantasia ou pela via do foracluído, o analista interroga o sujeito em sua divisão, tomando e incluindo os efeitos dessa emergência. Situado o sujeito da inconsciente e a relação entre psicanálise e ciência, a seguir abordarei como se desdobra a pesquisa em psicanálise, que não se desenrola senão se sustentando em seu método clínico, o mesmo que a fez nascer e a faz resistir à ciência barata dos dias atuais.

1.2. A PESQUISA DA CLÍNICA COM AS PSICOSES DESENCADEADAS NA INSTITUIÇÃO TOTAL

A presente tese é fruto de minha pesquisa e clínica como psicanalista na unidade I do CIAPS Aduauto Botelho, que se destina ao atendimento em nível de internação para pessoas em surto psicótico grave e inclui setores masculino e feminino. É no setor feminino onde trabalho desde 2005, ano em que tomei posse como servidora da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Por ser mantida pela Secretaria Estadual de Saúde, a unidade com leitos 100% SUS é referência estadual para leitos psiquiátricos.

O doutorado em si ocorreu de 2016 a 2020, porém, os achados que trago aqui como elaboração foram recolhidos durante todo meu percurso. A partir dos estudos e

pesquisa, foi possível criar uma escrita sobre essa experiência, organizar em forma de texto os impasses e avanços da clínica com as psicoses dentro da instituição fechada.

O método psicanalítico, portanto, clínico, foi o guia para essa pesquisa. O material decorrente da escuta das psicoses desencadeadas no hospital psiquiátrico me colocou diante de algo a se produzir na escrita a partir do que se produziu analiticamente, algo a se escrever no *só depois*, como testemunho, dando provas da incidência da clínica psicanalítica na instituição.

Durante meu período de licença para qualificação, em uma ida pontual minha ao Adauto Botelho, uma paciente me pergunta: “Veline, por onde você anda? Não te vi mais por aqui!” Respondo que estava de licença, fazendo uma pesquisa de doutorado. Ela então questiona: “Tá pesquisando o quê?”, respondo que estava pesquisando uma melhor maneira de tratamento às pessoas que sofrem muito e que acabam internadas. Ela resolve minha pesquisa de modo simples: “A melhor maneira de tratar quem sofre é a conversa”.

Essa preciosa ‘dica’ da paciente demonstra que o método psicanalítico de pesquisa não se desarticula do tratamento: clínica e a pesquisa em psicanálise, no sentido em que coincidem, não se referem a um saber *a priori* que deve ser corroborado ou refutado, como propõe a lógica da pesquisa científica de Karl Popper (1993). De acordo com Elia (2000), a clínica é o lugar de produção e construção do saber, já que o analista não parte de um saber pré-existente a ser aplicado. O discurso do analista, inscrito por Lacan em seu *Seminário 17*, possui como dominante do *a*, parte dele e não do saber:

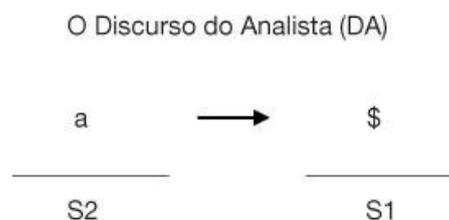


Figura 1

Sendo assim, o *a* é o que agencia esse discurso, no lugar do semblante, dirigindo-se ao sujeito que está na posição de trabalho, donde a consequência é a

produção de S1, “um outro estilo de significante-mestre”, como diz Lacan (1969/1970, p.187). A posição do analista, diz ele:

[...] é o próprio objeto *a* que vem no lugar do mandamento. É como idêntico ao objeto *a*, quer dizer, isso que se apresenta ao sujeito como a causa do desejo, que o analista se oferece como ponto de partida para essa operação insensata, uma psicanálise, na medida em que ela envereda pelos rastros do desejo de saber (LACAN, 1969/1970, p. 112)

No discurso do analista, o saber, S2, está colocado no lugar da verdade, ou seja, o saber está em reserva, submetido às condições desse lugar que ocupa, não sendo, portanto, um saber total: é semi-dito, não está na proa do discurso: “O que se pode saber é solicitado, no discurso do analista, a funcionar no registro da verdade” (LACAN, 1969/1970, p. 114).

No discurso do analista, verificamos que o saber está submetido à castração, pois é preciso que na prática clínica a teoria esteja recalcada, como diz Elia (1992), é preciso que esteja no nível da enunciação e não do enunciado. Da mesma forma, em uma pesquisa, a psicanálise não visa enquadrar o sujeito para comprovar sua teoria, a teoria será posteriormente verificada conforme o material clínico for extraído, sob a condição do campo transferencial estabelecido quando um analista opera a partir do *a* e com isso um sujeito se endereça, passa a trabalhar e produzir em análise. Portanto, de acordo com o autor, os conceitos em psicanálise não são totalizantes, pois não são preditivos, sofrem ação da “análise”: “Todo saber psicanalítico incide sobre realidades fragmentárias, e busca fragmentar o que se apresenta como uno, coeso, total” (ELIA, 1992, p.40).

Isso faz com que a teoria, pesquisa e clínica estejam contingencialmente articuladas à singularidade da incidência do sujeito do inconsciente, assim, a psicanálise se reinventa a cada caso, como diz Lacan se referindo a Freud:

[...] a psicanálise é uma prática subordinada em sua destinação ao que há de mais particular no sujeito, e, quando Freud enfatiza isso, a ponto de dizer que a ciência analítica deve ser recolocada em questão na análise de cada caso [...], ele mostra suficientemente ao analisado a via de sua formação” (LACAN, 1955, p.360)

A pesquisa em psicanálise não é regida por um mapa, tal como diz Lacan no *Seminário 18*, não cabe à ciência clássica nem ao analista um mapa que nos indique onde estamos, tampouco saber o que se diz, o que nos colocaria em outra pista que não a do inconsciente. O analista se guia sim, por uma bússola, a partir das coordenadas do sujeito, o que interessa ao analista é a linguagem e sua relação com o inconsciente. Ele não sabe o que diz, mas sabe onde se ancora para dizer, nas palavras de Lacan:

Se eu sei a que me ater, convém eu dizer, ao mesmo tempo [...] que não sei o que digo. Em outras palavras, *sei o que digo* é o que não posso dizer. É essa a data marcada pelo fato de Freud haver existido, e de haver introduzido o inconsciente. O inconsciente não quer dizer nada, se não quiser dizer que, diga eu o que disser e onde quer que eu me posicione, mesmo que me posicione bem, eu não sei o que digo; e nenhum dos discursos, tais como os defini ano passado, dá esperança, permite a alguém pretender, até esperar, de algum modo, saber o que diz. Mesmo que não saiba o que digo – só sei que não sei, e não sou o primeiro a dizer algo nessas condições, isso já foi ouvido -, digo que a causa disso só deve ser buscada na própria linguagem (LACAN, 1971, p. 42)

A pergunta de onde parte uma pesquisa em psicanálise não é desatrelada de elementos clínicos que já se colocaram, mas que precisam ser desdobrados, verificados, reinventados, escritos. É “no exercício da clínica psicanalítica que os pressupostos teóricos que a fundamentam podem ser postos à prova, articulando a teoria com a prática e fazendo ambas avançarem” (GUERRA, 2007, p.188)

Não partindo do saber posto, ao analista cabe a douta ignorância, em Lacan “O fruto positivo da revelação da ignorância é o não-saber, que não é uma negação do saber, porém sua forma mais elaborada” (1955, p.360). Essa é a direção da clínica e também da pesquisa, que produz ‘achados’ e não encaixes teóricos, próprios de um saber estanque. Por isso, esses achados são efeitos da coincidência entre descoberta com a verificação, no ‘só depois’ se virá a saber. Conforme Elia:

Na psicanálise, em decorrência das exigências estruturais do dispositivo através do qual ele opera, o contexto da descoberta coincide com o contexto da verificação. Qualquer que seja a temática da pesquisa, qualquer que seja a temática da pesquisa, qualquer que seja a problemática investigada, tais exigências metodológicas se impõem, fazendo com que o analista-pesquisador dirija sua escuta,

sua intenção – sempre clínica – de pesquisa ao que visa a saber, mas sem partir de um saber previamente estabelecido, a ser verificado ou refutado. (ELIA, 2000, p.24-25).

Lacan, em sua *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da escola*, diferencia análise da terapêutica tanto com relação à partida quanto em relação à chegada, ou seja, aos seus efeitos. Diz ele que, para se constituir a psicanálise como experiência original, é preciso

[...] levá-la ao ponto em que nela figure a finitude, para permitir o *a posteriori*, efeito de tempo que sabemos, Ihe é radical. Essa experiência é essencial para isolá-la da terapêutica, que não distorce somente a psicanálise por relaxar seu rigor. Observaria eu, com efeito, que não há definição possível da terapêutica senão a do restabelecimento de um estado primário. Definição, justamente, impossível de se enunciar na psicanálise (LACAN, 1967, p.251).

Em cada análise os conceitos psicanalíticos são revisitados, os impasses que surgem dessa experiência os fazem avançar de acordo com cada caso. A clínica sempre leva a novidades justamente porque parte do rigor da singularidade e não de preceitos fechados e estanques aos quais se deveria acomodar o ‘objeto de estudo’. Seguindo com Elia:

A clínica passa, assim, a constituir o próprio contexto de descoberta da psicanálise. E de descoberta permanente, incessante, contínua: toda escuta clínica é a descoberta do “ainda não dito”, produção-revelação de inconsciente inesgotável porque produzido, elaborado na clínica. (ELIA, 1994, p.26).

O analista não parte do saber e nem guia sua intervenção querendo saber de algo, mas e o pesquisador? Como pensar um pesquisador-analista, já que toda pesquisa parte de uma pergunta e, de algum modo, se quer saber mais ou melhor de alguma coisa? Lacan já advertia os analistas a não se dar por satisfeito com o saber que nada sabe, “pois o que se trata é do que ele tem de saber” (LACAN, 1967, p.254). Para delinear o impasse, Elia (2000) propõe o termo *pesquisante* numa junção de pesquisador e analisante, pois:

Se o pesquisador é um psicanalista operando no dispositivo analítico a partir de seu lugar, de seu desejo e em seu ato, é no entanto desde a posição de analisante que sua atividade de pesquisa propriamente dita terá lugar e atravessará os momentos de seu desenvolvimento” (ELIA, 2000, p.24).

Enquanto *pesquisante*, meu caminhar nesse tempo de pesquisa e clínica seguiu a direção do desejo de saber, não um saber ‘total’ e incompatível à psicanálise, mas, como localiza Figueiredo (2011, p.194), “na direção do saber como falta, no lugar da verdade, o que falta ao Outro. O desejo de saber que tem a marca da psicanálise se inscreve nesse ponto”. Meu desejo de saber enquanto pesquisadora fora causado por essa falta, falta de conseguir exprimir em termos pesquisantes o que eu fazia ali, dentro de um hospital psiquiátrico que tão frontalmente diverge dos princípios psicanalíticos.

Assim, como minha clínica e pesquisa ocorreram em uma instituição de saúde mental da rede pública, o impasse inicial com o qual me deparei foi questionar se em uma instituição fechada e total seria possível fazer operar o dispositivo analítico no trabalho junto aos casos graves de psicose. Ou seja, se seria possível furar, com a incidência das palavras, aqueles muros manicomiais, não os de pedra, que cercam o espaço físico do hospício, mas os do discurso, que cercam a práxis que ali se desenvolve e, então, produzir efeitos analíticos.

Essa questão de um primeiro momento da minha clínica foi iluminada pelo que dizem Elia e Santos (2004, p.113), pois segundo eles, independente das condições materiais, para que um espaço discursivo “possa ser dito *psicanalítico*, é exigível que um dos partícipes ocupe o lugar e a função *analista*, definida por uma série de dispositivos encontrados na doutrina, e que algum outro (ou alguns dentre outros) dos participantes seja(m) tomado(s), nesse enlace, como sujeito(s) da palavra do inconsciente”.

Com base na implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil do Brasil, da rede municipal do Rio de Janeiro, o CAPSi Pequeno Hans, os autores citados bem-dizem a experiência de um dispositivo de saúde mental decididamente dirigido pela psicanálise e constatam o quanto é possível que o CAPS funcione de acordo com as diretrizes das políticas públicas e também de acordo com as diretrizes teórico-clínicas e ética-metodológicas da psicanálise:

[...] nos casos de autismo e de psicose infantil grave, o *dispositivo psicanalítico ampliado*, que se estabelece *entre muitos pacientes e entre muitos profissionais*, e se estende por um espaço e um tempo que ultrapassam as paredes do gabinete do psicanalista e os limites temporais de uma sessão, é mais indicado, melhor e superior em relação ao dispositivo clássico (SANTOS; ELIA, 2005, p. 120).

Nesse sentido, a ideia inicial da pesquisa foi tentar implantar o dispositivo psicanalítico ampliado no hospital psiquiátrico, estabelecendo uma direção antimanicomial de trabalho com pacientes e equipe. Entretanto, constatei que a instauração desse dispositivo em seu rigor teórico-clínico não seria possível.

Diante desse impossível, dirigi a pesquisa ao que pude extrair da clínica no hospital psiquiátrico não somente durante a pesquisa, mas refletindo no só depois o material que já possuía desde o início do meu trabalho na instituição. Isso proporcionou as reflexões expostas aqui, baseadas na possibilidade de se sustentar o lugar de analista e tirar consequências dos efeitos da escuta e do estabelecimento da transferência nas psicoses desencadeadas dentro de uma instituição total como é um hospital psiquiátrico.

O que trago como elaboração desse percurso é baseado fundamentalmente em fragmentos clínicos de casos atendidos antes e durante a pesquisa. A partir deles recorro aos conceitos psicanalíticos, esse é meu modo particular de escrever e transmitir o que pude elaborar e produzir, considerando que haverá sempre um 'indizível', impossível de se dizer. Na psicanálise, a inclusão do impossível é condição de possibilidade do avanço da pesquisa e da práxis clínica, uma práxis sempre teorizada. Como bem situa Guerra:

Específica, ainda que incompleta, a psicanálise parte em sua formulação do que a orienta na clínica: a castração enquanto impossibilidade real de simbolização. É exatamente nessa interseção da clínica com a ciência que a pesquisa deve caminhar (GUERRA, 2007, p.187)

Além dos vários fragmentos clínicos de diversas pacientes, três casos são trabalhados separadamente: Noêmia, Laura e Camila, por serem aqueles que acompanhei por mais tempo e de que possuo mais material clínico. As pacientes que atendi, minha pesquisa e minha formação em intensão e extensão no Laço

Analítico/Escola de Psicanálise³ me proporcionaram sair do impasse “é possível uma clínica na instituição?” para de fato operar a “instituição da clínica” no hospital. Os achados clínicos que trago dão provas da potência e da eficácia do método psicanalítico sustentado pela transferência que se estabelece apesar da lógica institucional que despreza o sujeito do inconsciente e o torna objeto de um saber prévio, portanto, a-científico.

Mesmo com imenso crescimento mercantil, a indústria farmacológica não conseguiu produzir a pílula da felicidade que aplacasse o mal-estar na civilização ou mesmo uma medicação que ‘curasse’ as psicoses. Há sempre um sujeito que escapa à ciência, só é incluído no campo de pesquisa da psicanálise que atravessa os tempos, pois “a clínica, como forma de acesso ao sujeito do inconsciente, é sempre o campo da pesquisa” (ELIA, 2000, p. 23).

A psicanálise não parte de um universal no qual o sujeito se submeteria, pois que o sujeito é sujeito da linguagem e do significante e essa é sua submissão – por isso, a psicanálise não cabe na ciência e muito menos é serva da pseudociência neoliberalista. A psicanálise não nasceu dos laboratórios e nem exerce sua pesquisa neles ou para eles, tampouco visa curar o mal-estar ou o sofrimento grave, pois esses são sinais do sujeito do inconsciente que insiste, resiste e incide.

É pela via da falha, do estranho, daquilo que atravessa o eu e se lhe impõe que uma práxis, uma pesquisa e clínica se produzem e produzem efeitos. No campo científico, como vimos com Milner (1996), a psicanálise segue como um parasita, e é esse seu lugar fecundo.

³ Laço Analítico/Escola de Psicanálise, que tem o que designamos como suas diversas “sedes” no Brasil, sendo uma em Cuiabá, minha cidade, além de Rio de Janeiro (RJ), Varginha (MG), Florianópolis (SC) e Manaus (AM).

CAPÍTULO II: DA SEGREGAÇÃO DA LOUCURA NO TECIDO SOCIAL

*Estou doente do peito
Eu tô doente do coração
A minha cama já virou leito
Disseram que eu perdi a razão
(Sérgio Sampaio)*

2.1 REVISITANDO A HISTÓRIA DA LOUCURA

Situarei brevemente aspectos históricos nos âmbitos mundial e brasileiro, a fim de analisar criticamente as raízes do modelo manicomial que atravessam o tempo e ainda se mantém tão presentes. Internar para excluir nunca deixou de ser uma medida social, evidenciando que a não relação da sociedade com a loucura se mantém.

De acordo com Foucault, em seu clássico “A história da loucura” (2005), a relação da sociedade ocidental com os loucos modifica-se com a criação na Europa de casas de internamento, antes destinadas aos leprosos: o gesto de aprisionar passa a ter significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais, uma vez que a loucura passa a ser associada à ociosidade, à incapacidade ao trabalho e à inutilidade, como diz Foucault (2007, p.73):

Não se esperou o século XVII para “fechar” os loucos, mas foi nessa época que se começou a “interná-los” misturando-os com toda uma população com a qual se lhes reconhecia algum parentesco. Até a Renascença, a sensibilidade à loucura estava ligada à presença de transcendências imaginárias. A partir da era clássica e pela primeira vez, a loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade e numa imanência social garantida pela comunidade de trabalho. Esta comunidade adquire um poder ético de divisão que lhe permite rejeitar, como num outro mundo, todas as formas de inutilidade social.

O autor desvela através do estudo histórico que o internamento foi criado muito antes de se conceber a loucura como doença e o hospital como local de

tratamento. Antes de ser tomada como medida de tratamento com o objetivo de cura, a internação foi criada como medida econômica, ligada à pobreza e à moral, como expressa Foucault:

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII [...] Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se ao grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido (FOUCAULT, 2007, p.78)

No decorrer do século XVIII as questões de saneamento mantêm o louco em cárcere: “O internamento seria assim a eliminação espontânea dos “a-sociais”” (FOUCAULT, 2007, p.80). A loucura, dessubjetivada, associada a toda espécie de indesejáveis sociais, nunca mais deixará de ser vista desassociada da internação. Essa medida apenas adquiriu outros significados, sobretudo ao passar a ser concebida como doença. Sua base, porém, nunca ruiu. Continuando com Foucault:

[...] quando o pensamento clássico deseja interrogar a loucura, naquilo que ela é, não é a partir dos loucos que ele o faz, mas a partir da doença em geral. A resposta a uma pergunta como: “Então, que é a loucura?” é deduzida de uma análise da doença, sem que o louco fale de si mesmo em sua existência concreta. O século XVIII percebe o louco, mas deduz a loucura. E no louco o que ele percebe não é a loucura, mas a inextricável presença da razão e da não-razão. (FOUCAULT, 2007, p.187)

O alienismo então se volta para essa experiência limite: a loucura é a não-razão, está fora do social não apenas por motivos econômicos ou políticos, mas também por comportar algo de animalesco, fora da civilização. Isso a inscreve no campo da moral, o que se mantém atualmente: “No momento em que quer alcançar o homem concreto, a experiência da loucura encontra a moral” (FOUCAULT, 2007, p.197). Quando a loucura passa a compor o rol de doenças, a partir do advento da

Psiquiatria no final do século XVIII, cria-se um abismo, um vazio entre a experiência da loucura e a ciência:

[...] de um lado, uma consciência que pretende reconhecer o louco sem mediações, sem nem mesmo essa mediação que seria um conhecimento discursivo da loucura: do outro, uma ciência que pretende poder desenvolver, segundo o plano de suas virtualidades, todas as formas de loucura, com todos os signos que manifestam sua verdade. Entre as duas nada, um vazio: uma ausência, quase sensível (tanto é evidente) como elemento real no qual os loucos se reencontrariam, como solo profundo do qual nasceriam, em sua surpreendente particularidade, os signos do insano (FOUCAULT, 2007, p. 206)

De acordo com Foucault (2007) o internamento torna-se a versão institucional do desatino. Pinel separa os loucos, agora vistos como doentes, da sociedade dita sã. Em seu tratamento moral, dispensado dentro dos muros do hospital, o médico empenharia um trabalho de devolver a razão ao louco. Nessas instituições, a rotina era algo automático e aplicada a todos os pacientes indistintamente, como se formassem uma massa uniforme e, pretende-se, obediente (FOUCAULT, 1991).

O louco é então submetido a um controle social e moral ininterrupto. Para curá-lo o tratamento moral visava reinculcar-lhe os sentimentos de dependência, humildade, culpa, reconhecimento, que são a armadura moral da vida familiar. Nas palavras de Foucault (1991): “O louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros”. Os meios utilizados seriam as ameaças, castigos, privações alimentares, humilhações com o intuito de infantilizar e culpabilizar o louco em um espaço controlado e artificial, para então adaptá-lo à sociedade. Trabalhar em um hospital psiquiátrico em pleno século XXI é verificar que esse “método” não foi superado. As formas de controle se mesclam entre veladas e escancaradas, mas permanecem.

De acordo com Amarante (2007), após a Segunda Guerra a sociedade volta seus olhares para os hospícios e constata que não passavam de campos de concentração, sem dignidade humana alguma. Assim nasceram as primeiras ‘reformas psiquiátricas’, que partiram inicialmente de uma tentativa de mudança dentro da instituição, depois avançaram para o território, até chegar ao questionamento da Psiquiatria como ciência.

O autor divide, para melhor entendimento, as reformas psiquiátricas em dois grupos, o primeiro que se baseava no princípio de que o fracasso estava na forma de gestão do próprio hospital e que a solução seria introduzir mudanças na instituição. Esse primeiro grupo é composto pela Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional. O segundo grupo, no qual constam a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria preventiva, cujas experiências acreditavam que o modelo hospitalar estava esgotado, deveria ser tornado obsoleto a partir da construção de serviços assistenciais que iriam diminuindo a importância e necessidade do hospital psiquiátrico. Há ainda, de acordo com o autor, um 'outro' grupo, formado pela Antipsiquiatria e pela Psiquiatria Democrática, que colocam em questão o modelo científico da psiquiatria e suas instituições assistenciais.

Iniciando pelo primeiro grupo, temos Maxwell Jones (1959), um dos representantes da Comunidade Terapêutica, que passou a organizar 'grupos de discussão' e 'grupos operativos' envolvendo os internos em seu tratamento. A função terapêutica seria uma tarefa que deveria ser assumida por todos, familiares e pacientes. Introduziu assembleias diárias com o objetivo de evitar situações de abandono, descuido e violência no hospital. De acordo com Amarante:

Por Comunidade Terapêutica passou-se a entender um processo de reformas institucionais que continham em si mesmas uma luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais, ou, enfim, um processo de horizontalidade e "democratização" das relações, nas palavras do próprio Maxwell Jones, que imprimia em todos os atores sociais uma verve terapêutica (AMARANTE, 2007, p.41)

Assim, é de uma forma no mínimo inapropriada que atualmente os novos manicômios religiosos se auto denominam "comunidades terapêuticas". A proposta dessas casas de recolhimento em nada reflete a experiência relatada acima e sim reproduzem as relações verticais de controle e vigia dos corpos sob a égide religiosa⁴.

Seguindo com Amarante (2007), o outro movimento do primeiro grupo das reformas foi conhecido como Psicoterapia Institucional ou Coletivo Terapêutico, como preferia chamar François Tosquelles, seu fundador. O psiquiatra catalão chegou à França em 1939, em fuga da guerra civil espanhola onde lutou contra o fascismo. Em

⁴ Retornarei ao ponto quando discorrer sobre os retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira

1941 começa o trabalho no Hospital Psiquiátrico de Saint-Alban, onde busca retomar a função de cuidado da instituição, imprimindo uma forma de trabalho bastante diferente do praticado na França na época.

Passos (2009) salienta que as primeiras experiências da psicoterapia institucional ocorreram ainda durante a Segunda Guerra em Saint-Alban. O hospital foi um importante polo da resistência organizada e um dos poucos capazes de sobreviver à guerra. As verdadeiras mudanças, porém, só se iniciariam uma década depois, pós-guerra. A autora descreve o cenário da França nessa época da seguinte forma:

A guerra produz um efeito paradoxal: ao lado de uma redução drástica do contingente de internados (em Paris esse contingente caiu em dois terços), seja pela morte por fome, seja pela não-internação, os primeiros líderes do futuro movimento de setorização (Bonnafé, Balvet, Le Guillant, Sivadon e outros, sob influência de Tosquelles) são impulsionados a construir, em diversos hospitais da capital e do interior, verdadeiros grupos de resistência e atividades reunindo médicos, doentes e pessoal, em um esforço comum de sobrevivência. Porém, a maioria desses estabelecimentos deverá esperar até os anos 50 e 60 pra começar a ter sua realidade efetivamente alterada, humanizada (PASSOS, 2009, p.54-55).

Em Saint-Alban, Tosquelles propiciou a existência de um hospital aberto a passagens e a trocas entre pacientes e comunidade. Tosquelles propunha a instauração do primado da escuta polifônica, ou seja, a busca de uma ampliação dos referenciais teóricos. Criou o clube terapêutico, organização autônoma gerida por pacientes e técnicos, sua finalidade era “a construção de estruturas que permitiriam a cada participante se inserir no processo de tratamento, respeitadas a sua forma de ser e a sua singularidade” (AMARANTE, 2003, p.36).

No coletivo terapêutico, entendia-se que todos do hospital possuíam uma função terapêutica, bem como enfatizava-se a noção de acolhimento, a importância da equipe e da instituição na construção de suporte e referência aos internos, questionando e lutando contra a violência institucional. A noção de trabalho terapêutico, operado nos ateliês, oficinas e com a arte, foi resgatada como atividade que possibilitava a participação e assunção de responsabilidades por parte dos internos (AMARANTE, 2007).

De acordo com Ruiz *et al* (2013), o psicanalista Jean Oury fez seu internato nesse hospital a partir de 1947, sendo bastante influenciado por essa experiência, como verificaremos posteriormente ao discorrer sobre o coletivo operando no tratamento de psicóticos graves na clínica La Borde.

Passos (2009) menciona que a proposta da psicoterapia institucional de Tosquelles antecedeu a psiquiatria de setor, buscando o resgate não somente da função terapêutica do hospital, mas também incluindo a importância da ressocialização. As experiências ocorridas devido ao momento crítico da guerra e pós guerra fizeram constatar que era preciso um outro modo de funcionamento da instituição, mais aberto, e da própria sociedade com relação aos internos:

Essa proposta teórico-prática de tratamento da loucura, concretamente experimentada em clínicas e hospitais, inspirou profundamente alguns dos princípios do setor em seu início. O mais importante deles parece ser transformação do hospital em instrumento terapêutico de ressocialização, mediante o funcionamento nos moldes de uma comunidade terapêutica. A necessidade de uma economia de guerra, que impossibilitava a manutenção da superpopulação dos asilos, fez com que muitos pacientes, para escapar à morte, ingressassem o trabalho em fazendas, nas comunidades vizinhas, ou voltassem para suas famílias. Verificou-se, então, uma surpreendente readaptação espontânea dessas pessoas à vida 'normal', nessas circunstâncias especiais e dramáticas da guerra. Foi assim que se constatou a possibilidade real de retirá-las da inércia institucional em que se encontravam, com a transformação da instituição num lugar de convivência e reaprendizagem da vida coletiva (PASSOS, 2009, p.63).

Na sequência dos movimentos, após a psicoterapia institucional, temos então, ainda na França, a Psiquiatria de Setor. No final da década de 50 e início de 60, as limitações oriundas da Psicoterapia Institucional demandavam a necessidade de um trabalho externo à instituição. Lucien Bonnafé, que também trabalhou em Saint-Alban com Tosquelles, propunha abandonar o preconceito de periculosidade e incurabilidade atribuídos à loucura, substituindo “a perspectiva de assistência por um esforço de construção de instrumentos reais de cuidados, que supunham a continuidade dos cuidados, independentemente de estar ou não o doente hospitalizado” (PASSOS, 2009, p.57).

Ruiz *et al* (2013) diz que, em se tratando de uma tentativa de criar outros espaços para a psiquiatria que não somente o hospital psiquiátrico, a psiquiatria de setor passa a se dirigir à população em geral, nos espaços de convivência. Assim, na

França, foram criados os Centros de Saúde Mental (CSM), distribuídos nos diferentes setores das regiões, numa primeira tentativa de regionalização e expansão dos atendimentos para além do hospital psiquiátrico.

As cidades passam a ser divididas em áreas geográficas, chamadas setores. Para cada setor, haveria uma equipe técnica responsável pelo atendimento da população correspondente. O hospital também passa a ser subdividido, destinando para cada setor uma enfermaria correspondente. Isso promoveu o aumento dos contatos entre os pacientes e familiares e favoreceu que o acompanhamento terapêutico dos pacientes fosse realizado pela mesma equipe multiprofissional, tanto no interior do hospital quanto no local de residência. Pela primeira vez a função do médico não era mais exclusiva e o trabalho terapêutico passava a ser realizado por uma equipe multiprofissional:

A equipe que acompanhava o paciente internado passaria a acompanhá-lo quando o mesmo recebesse alta, dando continuidade ao tratamento e explorando o fator positivo do vínculo já estabelecido no espaço hospitalar. Isto era particularmente importante quando o caminho era inverso, isto é, quando o paciente que estava em tratamento no CSM, precisasse ser internado. Ao contrário da situação de impacto certamente negativo de ser recebido por profissionais “estranhos”, algumas vezes amarrado e contido de forma brusca, a situação recebia um tratamento sensível e inovador. (AMARANTE, 2007, p.46)

Passos (2009) destaca a diferença da desmanicomialização da França com relação ao Brasil, uma vez que as reformas francesas foram encabeçadas pelos próprios psiquiatras, protagonizado de forma institucional, ao passo que no Brasil o processo inicia-se tempos depois a partir de um movimento social, como veremos. De todo modo, a proposta francesa nunca foi extinguir os hospitais, como se pode verificar em seus movimentos.

Já nos Estados Unidos, a Psiquiatria Preventiva de Gerald Caplan foi implantada na década de 60 do século XX. Em 1955, um senso realizado deu visibilidade às precárias condições de assistência, à violência e aos maus tratos a que eram submetidos os internos. Ocorreu então um redirecionamento da política de assistência psiquiátrica nos EUA, com o objetivo de prevenir, reduzir as doenças

mentais e a promover saúde. Caplan assim a definia, diferenciando os níveis de prevenção:

[...] o termo “psiquiatria preventiva” refere-se ao corpo de conhecimentos profissionais, teóricos e práticos, que podem ser utilizados para planejar e executar planos destinados a reduzir (1) a incidência de distúrbios mentais de todos os tipos numa comunidade (“prevenção primária”), (2) a duração de um número significativo daqueles distúrbios que efetivamente ocorrem (“prevenção secundária”) e a deterioração que poderá resultar desses distúrbios (“prevenção terciária”) (CAPLAN, 1980, p.31)

Caplan (1980) se opunha a programas que excluíssem os hospitais para doentes mentais ou psicóticos, embora pensasse ser fundamental a participação não somente dos profissionais especializados, mas também da comunidade, não descartando contribuições governamentais, voluntárias e particulares. Essa abrangência visava um controle dos desvios, concebia as doenças mentais de um modo ‘interacionista’, em suas palavras:

Minha ênfase sobre um enfoque abrangente baseia-se na convicção de que não só os padrões de comportamento mentalmente perturbado são parte de um sistema geral de respostas ecológicas de uma população em sua interação com o meio ambiente, mas de que nossas próprias atividades como psiquiatras preventivos também participam do sistema de segurança comunitária total, por meio das quais se mantém sob controle as respostas socialmente desviantes e a formação indevida de vítimas individuais. (CAPLAN, 1980, p.32)

Caplan apostava que, com os avanços no campo da epidemiologia, identificando fatores e atributos que influenciam doenças, os “fatores de hospedeiro”, talvez seria possível “intervir eugenicamente para modificar padrões genéticos numa população” (CAPLAN, 1980, p.41). Com foco em um parâmetro ambientalista, o nível primário de prevenção, por exemplo, deveria se concentrar na:

[...] identificação das influências perniciosas correntes, as forças ambientais que apoiam os indivíduos na resistência àquelas, e as forças ambientais que influenciam a resistência da população a futuras experiências patogênicas. Pela modificação dos três conjuntos de fatores, espera-se que o equilíbrio de forças, agora e no futuro, seja de tal maneira modificado que a incidência de distúrbios mentais se reduza, que as pressões perniciosas diminuam de intensidade e que

a capacidade para enfrentar dificuldades futuras aumente. Esta abordagem baseia-se no pressuposto de que muitas perturbações mentais resultam de inadaptação e desajustamento, e que, pela alteração do equilíbrio de forças, é possível conseguir uma adaptação e um ajustamento saudáveis. (CAPLAN, 1980, p.42)

A noção de prevenção de Caplan foi transposta da medicina preventiva para a psiquiatria, baseando-se, portanto, em um fundamento biologizante. De acordo com Arouca (2003), a medicina preventiva é herdeira do higienismo, surge como uma das disciplinas ou setores da Higiene no século XX, que estava ligada às ideologias liberais da época visando a extinção e controle completo das doenças. O autor menciona que:

[...] a Medicina Preventiva, ao assumir os valores biológicos da fisiologia e operacionalizá-los em exames de massa, na Clínica Preventiva, aceita que saúde e doença são estados idênticos, que se diferenciam na quantidade. Nessa linha, propõe a determinação de parâmetros de normalidade para valores biológicos, nas populações que servissem de padrões para diferenciar estados normais dos patológicos (AROUCA, 2003, p.162)

Esse fundamento da Medicina Preventiva, efetivado num campo psiquiátrico, tinha como foco a adaptação dos indivíduos, assim, a normalização acarretou uma busca pelos desvios. Os próprios serviços comunitários se transformaram em grandes captadores e encaminhadores de novas clientela para os hospitais psiquiátricos, o que “representou um novo projeto de medicalização da ordem social, maior expansão dos preceitos médicos-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais” (AMARANTE, 2007, p.51).

No último grupo se situariam a Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática. A Antipsiquiatria teve início na Inglaterra no final da década de 50 do século XX. Seus representantes, Ronald Laing e David Cooper consideravam que a trama entre família e os agentes da sociedade seriam a base da violência na psiquiatria. Ao dito doente mental caberia aceitar o rótulo de enfermo passivamente, assim, é tornado um objeto, portador de sintomas que devem ser superados e suprimidos (COOPER, 1973).

Cooper (1973) faz menção a Lévi-Strauss (1955) referindo-se às sociedades antropofágicas e seu modo de expulsão das pessoas para criticar o que faz a

sociedade moderna com os indesejáveis que ‘vomita’. No caso do louco, é expulso da sociedade, ao passo em que é tragado pelo hospital psiquiátrico e lá desaparece como pessoa humana:

Hay sociedades que tragan a las personas – sociedades antropofágicas – y sociedades que las vomitan – sociedades antropeómicas -. Observamos entonces una transición desde, en un extremo, la absorción medieval de la persona del niño por la comunidad (un modo de aceptación assimilativa relacionado com el canibalismo ritual de las sociedades primitivas, en las cuales el ritual permite a las personas aceptar lo inaceptable, particularmente, la muerte), hasta, en el outro extremo, la sociedad antropeómica moderna que expele todo lo que no se somete a sus artificiosas reglas de juego. Sobre esta base excluye hechos, teorías, actitudes y personas – personas de la clase social “impropria”, la raza “impropria”, la escuela “impropria”, la familia “impropria”, la sexualidad “impropria”, la mentalidad “impropria”-. En el hospital psiquiátrico tradicional de la actualidad, apesar de las protestas de progreso, la sociedad se supera em la consumación de ambos procesos: la persona “vomitada”, expelida de la familia y la sociedad, es “tragada”, absorvida por el hospital y luego dirigida e metabolizada hasta que desaparece como persona identificable. Creo que esto debe considerarse violencia (COOPER, 1973, p. 44)

Infelizmente, essas ideias sobre segregação e violência são muito atuais nas sociedades neoliberais, porém não apenas em relação aos loucos, mas aos segregados em geral, retornarei a esse aspecto. Cooper (1973) sustentava que a haveria uma violência sutil e falseada das pessoas sãs contra os rotulados como loucos e que a psiquiatria representaria os interesses da sociedade dita sã, de maneira que, na realidade, a violência *na* psiquiatria seria a violência *da* psiquiatria. No hospital psiquiátrico haveria uma estrutura social que reproduziria as mesmas peculiaridades enlouquecedoras da família do paciente.

Para Mannoni (1971), Cooper denunciava as práticas punitivas que se travestiam como “práticas de cuidados”, interrogava o saber psiquiátrico, visando a *despsiquiatrização*. Diz Mannoni: “Os antipsiquiatras [...] esforçam-se por colocar em suspenso o próprio projeto psiquiátrico, a fim de repensar a organização das instituições sob a tríplice clarificação: econômica, política, psiquiátrica (MANNONI, 1971, p.72). Assim, com a Antipsiquiatria, a noção de desinstitucionalização tornou-se mais complexa, uma vez que institucionalização passa a ser considerada como carreira moral, estigmatização e mortificação do eu.

Por fim, a Psiquiatria Democrática, movimento que mais influenciou o nascimento e os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Iniciou-se nos anos 70 do século XX na Itália, através de Franco Basaglia:

Franco Basaglia passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltadas para a ideia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como estrutura física do hospício, mas como conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento, segregação e patologização da experiência humana (AMARANTE, 2007, p.56)

Amarante (2007) menciona ainda que em Trieste, na Itália, os serviços substitutivos tornaram-se realmente substitutivos e não complementares aos hospitais psiquiátricos. Os *Centri di Salute Mentale* (CSM), eram regionalizados e assumiam na integralidade as questões de saúde mental de seus territórios, a partir da tomada de responsabilidade passariam a restabelecer um lugar social da loucura. Outras estratégias visavam possibilidades reais de inclusão social, como a criação de cooperativas de trabalho e a construção de residências para que os ex-internos do hospital habitassem a própria cidade.

Mannoni (1971), psicanalista francesa contemporânea de Basaglia, faz referência a suas ideias de forma contundente, destacando que:

Para os italianos (Franco Basaglia), o problema não se localiza na humanização dos hospitais, nem mesmo no fato de que o hospital liberalizado acaba por criar uma microssociedade que não consegue comunicar-se com o meio social (os “doentes” tecnicamente curados resignando-se à hospitalização, permanecendo exilados numa carreira hospitalar de que não podem mais sair). O que é posto em tela de juízo é a maneira como a “doença mental” é apreendida e tratada no contexto social de hoje. O que é denunciado são os compromissos ideológicos que se encontram no centro de todo projeto psiquiátrico, e diretamente responsáveis pelos critérios pseudocientíficos sobre os quais se fundamenta a psiquiatria (MANNONI, 1971, p. 67).

Assim, a Psiquiatria Democrática de Basaglia almejava a desconstrução do modelo manicomial pela desmontagem dos aparatos científicos, legislativos e administrativos referidos à doença, para então se restabelecer uma relação com os

sujeitos em sofrimento. A transformação deveria transcender a simples reorganização do modo assistencial e alcançar as práticas e concepções sociais. A violência e a exclusão estariam na base das relações em nossa sociedade, o hospital psiquiátrico seria uma fiel reprodução disso, tornando o louco um mero objeto do funcionamento institucional (BASAGLIA, 1968).

Basaglia recomendava que a doença mental fosse colocada entre parênteses, de modo que se revelasse o aspecto social implicado nas relações tanto do louco com a sociedade, quanto do louco com a medicina: “o que se deve mudar, para que se possam transformar na prática as instituições e os serviços psiquiátricos (como de resto, as instituições sociais), é a relação entre cidadão e sociedade, na qual se insere a relação entre saúde e doença” (BASAGLIA, 1974, p.231).

A mim, dentro do hospital psiquiátrico, sempre se colocou uma questão sobre a violenta ruptura dos laços durante o período de internação. É como se o momento do surto ou desencadeamento, acontecesse num momento paralelo da vida do paciente, e após sua ‘melhora’, volta ao mundo sem nada integrar do que foi a experiência da crise. A proposta de Basaglia antecipa a proposta de trabalho dos CAPS no Brasil de acolher e tratar também da crise aguda, ponto importantíssimo no atendimento a psicóticos graves e aos seus familiares.

Ao contrário do que se pensa, que a pessoa está fora de si e que não se lembrará de nada, no pós-crise, conforme relato de muitas pacientes, havia a lembrança do que fez e de como as pessoas intervieram e isso é decisivo para o estabelecimento da transferência. Porém, no hospital psiquiátrico, isso termina no momento da alta, embora se reedite em outras internações. Descreverei isso mais adiante, mas adianto que a transferência incide sobretudo nas situações críticas de sofrimento, caso opere a função analista.

De fato, a visão de Basaglia foi vanguarda não somente quando propõe a ruptura do modelo manicomial, mas quando inclui a loucura no social, rompendo os muros imaginários e os reais. Retornarei a ele logo à frente, como referencial teórico fundamental para discutir o caso de Noêmia, paciente com longo período de institucionalização atendida por mim na instituição.

2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: DO NASCIMENTO AO RISCO DE EXTINÇÃO

Para abordar a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), partirei do golpe militar de 1964. Nesse período, a nova organização do Estado produziu mudanças significativas no sistema de saúde do Brasil, como: “a ênfase na assistência médica, o crescimento progressivo do setor privado e a abrangência de parcelas sociais no sistema previdenciário” (BAPTISTA, 2014, p. 38).

A centralização do Estado promove o afastamento dos trabalhadores nas decisões. A expansão dos leitos privados e a criação de convênios com empresas incrementa o segmento privado e cria uma enorme parcela da população sem acesso à saúde, devido à falta de uma política de Estado cidadã. Com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), “fortaleceu-se a tecnocracia e reforçaram-se as relações clientelistas no âmbito do Estado, como a troca de favores, a barganha de interesses e o jogo de benefícios para os aliados do poder” (BAPTISTA, 2014, p. 38).

Logicamente, a psiquiatria acompanhou e se beneficiou nesse período, uma vez que o Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado hospitalar. A loucura torna-se um objeto rentável, e o Brasil então atravessa um período histórico sombrio conhecido como “indústria da loucura”⁵. De acordo com Amarante (2003), houve um aumento considerável no número de leitos e de internações psiquiátricas na época, e, no final dos anos 70 do século XX, a Previdência Social chega a destinar 97% dos recursos em assistência psiquiátrica para pagamento dessas internações hospitalares.

Os hospitais psiquiátricos no país não passavam de depósitos humanos visando benefícios financeiros para os proprietários de hospitais – nesse período, a chamada indústria da loucura funcionou plenamente, aliada à influência higienista de limpar e recolher. Passos (2009) aborda que durante o regime militar, o manicômio foi o destino de muitos militantes políticos, retirados de circulação.

⁵ De acordo com Amarante (2003), essa expressão foi cunhada pelo médico Carlos Gentile de Melo, contemporâneo desse período.

O enclausuramento era a solução para várias questões que não tinham solução da parte do governo, na verdade, um problema maior criado pelo próprio sistema antidemocrático. A ampliação das instituições existentes e a privatização dos hospitais psiquiátricos gerou consequências para a política de saúde mental no país: precarização, internações desnecessárias, geração de lucros aos proprietários (DELGADO, 2007).

Com o início de um cenário de crise política, institucional e econômica proveniente da ditadura militar, inicia-se a definição do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) e a política de abertura do governo. Diz Baptista:

O II PND significou a composição de uma política de desenvolvimento que tinha como meta básica a formulação de estratégias de desenvolvimento social, buscando a integração e a interdependência das políticas estatais – um avanço na política de Estado, pois selava o compromisso de conjugação da política econômica e social. O processo de abertura, em outra medida, possibilitou a expansão e a expressão gradativa dos movimentos sociais, até então sob forte repressão e sem espaço para vocalizar suas demandas (BAPTISTA, 2014, p.41).

No âmbito da saúde, essa abertura favoreceu o fortalecimento do “Movimento Sanitário” e posteriormente a construção de políticas mais universais, desembocando na Reforma Sanitária e, finalmente, no nascimento do SUS. Sucessora do movimento sanitário, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) dá seus primeiros passos, devido à crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e à eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes.

No final dos anos de 1970, a política da exclusão começa a ser contestada e com isso também as instalações das instituições, do trabalho das equipes, da superlotação, entre outras violências. Iniciam-se os movimentos organizados, como o Congresso Brasileiro de Psiquiatria (1977), o primeiro Congresso Brasileiro de Trabalhadores da Saúde Mental (1979), nesse mesmo ano o Congresso Mineiro de Psiquiatria com o tema da violência praticada nas instituições psiquiátricas e com a presença de Franco Basaglia.

Nesse momento ainda não havia o intuito de fechar essas instituições, porém, de acordo com Delgado (2007), coloca-se a questão perseguida até os dias atuais:

extinção de emergências em hospitais psiquiátricos e deslocamento das equipes de saúde mental em hospitais gerais. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, passa a contar com a participação de pacientes e familiares e profissionais da área.

Nos anos de 1980, quando no Brasil inicia-se o período de democratização, antes mesmo de qualquer legislação, já seriam implantados os primeiros serviços substitutivos: em 1987 surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, o CAPS Professor Luiz Cerqueira, também conhecido como CAPS Itapeva (situava-se na Rua Itapeva, ao lado do MASP e da Avenida Paulista, em São Paulo). No mesmo ano é realizado o II Congresso Nacional de Saúde Mental em Bauru onde levanta-se o lema: “Por uma sociedade sem manicômios” e também ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Finalmente, em 1988 com a promulgação da Constituição Federal, nasce legalmente o Sistema Único de Saúde, fruto da Reforma Sanitária. No ano de 1989 dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país (DELGADO, 2007).

Na década de 90 do século XX, prossegue o compromisso da erradicar os manicômios no país. Em 1990, a Declaração de Caracas, assinada pelo Brasil e outros países que se comprometeram a reestruturar a atenção psiquiátrica nos Sistemas Locais de Saúde, caminha no sentido de uma atenção territorial e comunitária, em detrimento das internações em hospitais psiquiátricos como única modalidade assistencial, que isolam e ferem os direitos civis e humanos. A declaração estabelece:

Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; 2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; 3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente

adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário; 4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento; 5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação; 6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

Não à toa, a partir de 1992 surgem as primeiras leis em vários estados brasileiros que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Nesse ano, são elaboradas na II Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasília, 1992) propostas de articulação dos recursos da comunidade, integração do usuário, valorização e incentivo a associações de familiares, criação de grupos de ajuda, efetivação do trabalho de equipe multiprofissional, entre outras.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília (2001) elege o lema “Cuidar, sim, excluir, não!”, e é realizada após a promulgação da Lei Paulo Delgado no país. Entretanto, como aborda Delgado (2007), aprova-se um substitutivo do Projeto de Lei original, com modificações importantes no texto normativo. A Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Ainda com Delgado (2007), no início dos anos 2000 linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão: passa a

alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente.

Em 2002, publica-se a Portaria nº 336/GM que regulamenta os serviços substitutivos CAPS estabelecendo suas modalidades e equipe mínima para cada uma, modo de funcionamento e proposta terapêutica, preconizando que esses dispositivos somente podem funcionar segundo a lógica do território. De acordo com Delgado (2007), o território é o organizador da rede, e, na lógica da atenção psicossocial, não se refere a uma delimitação geográfica, pois é constituído pelas pessoas, instituições, redes e cenários, enfim, pelas relações e pelos equipamentos que fazem parte da vida dos usuários. A proposta da atenção psicossocial é, portanto, contrária à segregação manicomial, que justamente descarta o território, limitando suas ações para dentro de seus muros.

Delgado (2007) destaca que entre os anos de 2002 e 2009 ocorre o fechamento de 16.000 leitos a partir do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH). Esses leitos deveriam estar articulados aos CAPS III, às emergências gerais e aos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e outras drogas, oferecendo acolhimento integral ao paciente em crise porém isso não ocorreu em vários estados do país, entre eles Mato Grosso, de cujo caso específico tratarei a seguir.

Em 2010 ocorre a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que possuiu como principais eixos a intersectorialidade, a consolidação da rede e o fortalecimento dos movimentos sociais, direitos humanos e cidadania. Em 2011 é publicada a Portaria 3088 da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), que preconiza o protagonismo da Atenção Básica na referida rede. A atenção psicossocial fica então subordinada à atenção básica, sanitizada, hierarquizada como especialidade, parecendo incluir, nas entrelinhas, uma influência da psiquiatria preventiva americana, perdendo sua potência transformadora e subversiva de enfim incluir o louco no laço social, como proposto pela reforma italiana. Sobre isso destaca Elia:

A atenção básica é o carro-chefe da RAPS e, sendo ela primária, o modo de atenção do CAPS passa a ser especializado em “casos graves” e secundário ou mesmo terciário, chegando a ele o que os filtros da rede já filtraram, o que significa que a lógica do acolhimento e do encaminhamento não é psicossocial, mas sanitária [...] Ampliar enormemente uma rede de CAPS reduzidos a serviços especializados não altera em nada a lógica do processo que destrói o campo da

atenção psicossocial em seus princípios regentes, que esses sim, são transformadores e poderiam sustentar uma política de manter o louco no laço social civilizado e criar condições de que esse espaço pudesse suportar mais e melhor conviver com ele. (ELIA, 2015, p.79)

Os CAPS passam a integrar um nível secundário, senão terciário de atenção, o nível 'especializado', o que atinge seu modo de funcionamento capilar, se institucionalizam, tornam-se mais um serviço entre outros em detrimento de se constituir como um dispositivo que encarna as diretrizes da RPB, ordenando a rede, visto que em sua proposta inicial não deve ser um serviço para onde se encaminham os loucos graves e sim porta de entrada, inserido em um determinado território. Elia, menciona que o modo de conceber o CAPS:

[...] não admite que ele seja definido como um serviço de saúde (talvez como uma instância do direito social à saúde e outros direitos, mas nunca um serviço), e mais: exige que o CAPS, entendido como polo de encarnação territorial de uma política pública e não como serviço, ordene a rede de atenção psicossocial, em uma lógica de ordenação cujo modo de exercício do poder não pode ser piramidal, hierárquico, nem mesmo estatal, mas um poder tal como definido por Michel Foucault: poder descentralizado, pactuado, pontual (ELIA, 2015, p.77).

A sanitização dos CAPS, pelo menos em meu Estado, enfraqueceu sua potência, somada a outras grandes fragilidades de nossa rede. Em Mato Grosso, o hospital se mantém central, não superado, muito menos substituído, até mesmo chamado por alguns pacientes como único lugar que atende os casos mais graves de desencadeamento.

No país de forma geral, essa primeira derrocada da Reforma Psiquiátrica, na contramão do que se vinha conquistando em termos clínicos e políticos, trouxe consigo outros retrocessos, sobretudo após o golpe de 2016. No ano de 2017, é publicada a Portaria 3588 que reinsere o hospital psiquiátrico na rede de atenção psicossocial, um grave ataque à Reforma Psiquiátrica, atingindo o seio de sua principal revolução. Não se prevê mais a extinção dessas instituições, aliás, isso possibilita também a abertura de novos leitos.

O novo governo federal que assume em 2019 lança a Nota Técnica nº 11/2019 de 04/02/2019 pelo Ministério da Saúde, depois revogada, sobre o retorno do uso de eletroconvulsoterapia nos hospitais psiquiátricos, bem como institui o fim dos serviços substitutivos, tomando-os como “complementares” ao hospital psiquiátrico – visão extremamente higienista, essencialmente manicomialista, que valoriza as longas internações e abstinência como forma de tratamento.

Como um dos serviços complementares ao hospital, estão incluídas as chamadas “Comunidades Terapêuticas”, designação que comporta uma dimensão perversa no plano semântico, pois é propositalmente a mesma que, em época anterior, no pós-guerra, designara um dispositivo oposto do que é hoje. Desenvolvida pelo psiquiatra sul-africano naturalizado inglês Maxwell Jones, a comunidade terapêutica tinha exatamente o caráter anti-manicomial e consistia num dispositivo em que os pacientes tinham muitas atividades coletivas, culturais e artísticas que, segundo Jones, eram extremamente eficazes no sentido de sua socialização e recuperação. Longe da proposta inicial descrita anteriormente, nos dias de hoje são instituições que trabalham com regime de internação com proposta de abstinência, muitas delas se pautam em crenças religiosas. O Conselho Federal de Psicologia realizou uma inspeção que lançou luz sobre esses “novos” manicômios, publicando no Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (2018) que:

[...] a inspeção nacional identificou nas comunidades terapêuticas vistoriadas a adoção de métodos que retomam a lógica da internação, inclusive compulsória, como recurso primeiro e exclusivo de suposto tratamento, em absoluta contrariedade à legislação vigente. A privação de liberdade é a regra que sustenta esse modelo de atenção, visto ocorrer não apenas nos estabelecimentos que autodeclararam realizar internação involuntária e compulsória, mas também naqueles que anunciam atender somente internações voluntárias, embora não oportunizem aos internos condições reais de interromper o “tratamento” (BRASIL, 2018, p. 09-10).

Para se ter ideia do retrocesso em se incluírem essas instituições na rede de atenção psicossocial, destacarei apenas alguns dos aspectos do relatório que demonstram seu caráter manicomial, como: privação de liberdade, desrespeito à lei 10.216, internamento forçado, trabalho ou realização de tarefas extras ou aviltantes, privação do sono, uso irregular de contenção mecânica ou química, supressão da

alimentação, isolamento físico ou confinamento, enfim, práticas já vividas no Brasil nos grandes manicômios há anos atrás e que foram duramente criticadas a ponto de dar início ao movimento social da RPB.

Ao contrário do que o atual governo defende, como se todas as lutas desse movimento se resumissem a “questões ideológicas”, Elia (2019), retoma os pilares da importância da RPB para os direitos humanos e, em última instância, para a própria ciência:

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, além de ter-se constituído como um movimento libertador, fundado no que há de mais valioso em termos de direitos humanos, que combateu com potência e eficácia concreta a segregação do louco, tratado com violência de toda ordem, como dejetos em hospícios imundos, restituindo-lhe o direito à palavra, ao convívio familiar (quando possível) e social, o acesso a atividade laboral assistida, foi e é também um movimento de alto valor científico, e isso precisa ser afirmado, porque isso é sistematicamente negado até por ministros ignorantes que nada sabem sobre o que seja uma ciência. (ELIA, 2019, p. 05)

Com esse breve histórico da RPB, verifica-se o quanto houve um retrocesso, não somente na implantação da rede de atenção, mas sobretudo um retrocesso científico. Não há muita diferença de raciocínio (se é possível chamar assim) do que se coloca hoje pelo atual governo e do que foi a Europa nos séculos passados: o higienismo, a segregação, o exercício de poder que a sociedade busca exercer sobre o louco. Não está em jogo uma nova organização dos serviços, e sim o desmoronamento dos pilares de um dos mais importantes movimentos sociais ocorridos no Brasil no último século. Seguindo com a precisa crítica de Elia:

O que estamos vivendo é o desmoronamento de todo um processo histórico, político e social que sustentou a seu lugar a um movimento de mais extrema importância, internacionalmente reconhecido e respeitado, que é a RPB. Não é possível discutir o processo que estamos vivendo como se nele se tratasse de uma discussão interna à ciência psiquiátrica, ou de confronto entre diferentes concepções de psiquiatria. O que está em jogo são diferentes concepções de sociedade, de estado, de povo, de elite, de poder. Aliás, de um lado temos concepções, de outro lado temos a recusa deliberada de concepções, de ideias, da intelectualidade e do saber. (ELIA, 2019, p.06)

A recusa às ideias e ao saber, à ciência em última instância, abre as portas para as maneiras mais perversas de uso da loucura como fonte de lucro, tal como já vivenciamos no Brasil anteriormente. A RPB trouxe à tona para ciência a loucura foracluída do tecido social, trancafiada nos porões, presa pelos grilhões morais. Essa é sua força, uma Reforma brasileira, única no mundo:

A Reforma Psiquiátrica Brasileira não se limita a um conjunto de portarias, procedimentos e protocolos, esses facilmente destituídos por canetadas insanas de estadistas desvairados em cujas mãos a maioria do povo colocou esta caneta, mas é um movimento histórico-político que já se incorporou às malhas do tecido social brasileiro, está nas entranhas culturais da sociedade e, portanto, mesmo combatida, resiste e se reafirma cada vez mais fortemente (ELIA, 2019, p.07).

Se o louco na Idade Clássica, como vimos em Foucault, era banido por estar fora da razão ou, no nascimento do capitalismo, por não produzir, em tempos de neoliberalismo é segregado por não consumir, mesmo que a questão não reduza a isso, já que a relação da loucura com a sociedade ultrapassa os atos econômicos. O capitalismo reintegra o louco de algum modo, 'agregando-o' como consumidor de medicamentos, o que não o deixa menos segregado. Lacan já se referia à segregação, indicando que cada vez mais teríamos que lidar com ela, interrogando que resposta os psicanalistas dariam a isso:

Os homens estão enveredando por uma época que chamamos planetária, na qual se informarão por algo que surge da destruição de uma antiga ordem social, que eu simbolizaria de Império, tal como sua sombra perfilou-se por muito tempo numa grande simbolização, para ser substituída por algo bem diverso e que de modo algum tem o mesmo sentido – os imperialismos, cuja questão é a seguinte: como fazer para que massas humanas fadadas ao mesmo espaço, não apenas geográfico, mas também, ocasionalmente, familiar, se mantenham separadas? O problema, no nível que a pouco o articulou Oury, dando-lhe o nome apropriado de segregação, é, portanto, apenas um ponto local, um pequeno modelo daquilo que se trata de saber como responderemos, nós, os psicanalistas: a segregação trazida à ordem do dia por uma subversão sem precedentes (LACAN, 1967, p. 363-364).

O capitalismo não promoveu mudança na posição do escravo diante do senhor, apenas modificou o lugar do saber, tornou o antigo escravo, agora proletário,

no próprio produto a ser consumível como qualquer outro, como diz Lacan no *Seminário 17*. Em suas palavras:

[...] o que se opera entre o discurso do senhor antigo e o do senhor moderno, que se chama capitalismo, é uma modificação no lugar do saber [...] De maneira que é por ter sido despossuído de algo – antes, obviamente, da propriedade comunal -, que o proletário pode ser qualificado com esse termo despossuído, que justifica tanto o empreendimento quanto o sucesso da revolução. Não se percebe que o que lhe é restituído não é, forçosamente, a sua parte? Seu saber, a exploração capitalista efetivamente o frustra, tornando-o inútil. Mas o que lhe é devolvido, em uma espécie de subversão, é outra coisa – um saber de senhor. E é por isso que ele não fez outra coisa mais que trocar de senhor (LACAN, 1969/1970, p.32).

Na sequência, *Seminário 18*, Lacan (1971, p.47) diz que “a expansão do capitalismo veicula o subdesenvolvimento”, o que temos verificado no Brasil com a ascensão do neoliberalismo é justamente o máximo da segregação. Em contraponto à concentração de renda dos mais ricos, uma massa de pessoas é apartada não só economicamente, mas que ficam também à margem do acesso aos direitos constitucionais à saúde e educação, que passam a ser reduzidos a *serviços*.

A parcela segregada que vem aumentando ao longo dos anos revela que o reconhecimento da vida não é uma qualidade ou potencialidade de indivíduos humanos, como menciona Butler. A condição de se reconhecer uma vida é historicamente articulada, nem todas as vidas são consideradas valiosas, nem todas são enlutadas, nem todas são passíveis de luto. Butler recorre às guerras para constatar a questão, no Brasil, temos a “guerra às drogas” para exemplificar também um cenário bélico. Cito Butler:

A guerra sustenta suas práticas atuando sobre os sentidos, fazendo-os apreender o mundo de modo seletivo, atenuando a comoção diante de determinadas imagens e determinados sons, e intensificando as reações afetivas aos outros. É por isso que a guerra atua minando as bases de uma democracia sensata, restringindo o que podemos sentir, fazendo-nos sentir repulsa ou indignação diante de uma expressão de violência e a reagir com justificada indiferença diante da outra (BUTLER, 2019, p.83).

Assim, no Brasil, a morte dos pretos, pobres e favelados, moradores de rua, drogados, loucos, não chega a causar ampla comoção social a ponto de se questionar

o próprio Estado, rebelando-se contra ele. São mortes toleradas, para alguns, necessárias, até mesmo comemoradas⁶. Butler nos diz que é preciso afirmar que toda vida é precária (a não ser nas fantasias militares, diz ela), ou seja, a vida é sustentada por determinadas condições de vida, se pensarmos em nossa realidade, não é à toa que os que têm morrido pela violência estatal no Brasil sejam os que tenham menores ou nenhum acesso a essas condições. Diz Butler:

Se tomarmos a precariedade da vida como ponto de partida, então não há vida sem necessidade de abrigo e alimento, não há vida sem dependência de redes mais amplas de sociabilidade e trabalho, não há vida que transcenda a possibilidade de sofrer maus-tratos e a mortalidade. Poderíamos, então, analisar alguns dos atributos culturais do poder militar durante esses tempos como se tentassem maximizar a precariedade para os outros enquanto a minimizam para o poder em questão. Essa distribuição diferencial da condição de precariedade é, a um só tempo, uma questão material e perceptual, visto que aqueles cujas vidas não são “consideradas” potencialmente lamentáveis e, por conseguinte, valiosas, são obrigados a suportar a carga de fome, do subemprego, da privação de direitos legais e da exposição diferenciada à violência e à morte (BUTLER, 2019, p.45-46).

Tomando a precariedade e trazendo-a ao campo das políticas públicas, verificamos o crescente desmonte do Sistema Único de Saúde e, por consequência, da atenção psicossocial. Mesmo com a implantação dos CAPS em todo território nacional como acompanhamos no breve histórico, em Cuiabá e em outras cidades do Estado de Mato Grosso, por exemplo, nas situações de grave crise, ainda reina o entendimento de que a assistência só pode ser dada pela unidade I do CIAPS Aduino Botelho. No atendimento às urgências e emergências, coloca-se como função das outras unidades da rede somente a intervenção medicamentosa e o encaminhamento e solicitação de vaga à instituição.

Em muitas situações, o Estado só comparece à população preta, pobre e louca oferecendo uma vaga hospital psiquiátrico, ‘se’ houver. No momento em que mais um cidadão precisa do Estado, o momento de crise quando muitas vezes perde sua referência até de nome próprio e quando mais precisaria de uma rede pública de

⁶ O Governador do Rio de Janeiro, Wilson Witzel, no dia 20 de agosto de 2019, celebrou a morte pelo BOPE de William Augusto da Silva, sem antecedentes criminais, que sequestrou um ônibus na ponte Rio-Niterói. A hipótese da motivação do crime inclui a possibilidade de que o homem se encontrava em “surto psicótico”. In: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/08/20/politica/1566323586_607069.html. Acesso em 10/06/2020.

amparo, muitas vezes, pela falta da implementação dos princípios da Reforma Psiquiátrica além de outras políticas públicas, a 'solução' dada é paradoxal: ou a institucionalização ou a desassistência.

Rede não implementada é negligência, uma das formas da violência estatal. Diante das vidas em condições precárias, nos diz Butler, muitas vezes é o próprio Estado o agente da violência:

A condição precária designa a condição politicamente induzida na qual certas populações sofrem com redes sociais e econômicas de apoio deficientes e ficam expostas de forma diferenciada às violações, à violência e à morte. Essas populações estão mais expostas a doenças, pobreza, fome, deslocamentos e violência sem nenhuma proteção. A condição precária também caracteriza a condição politicamente induzida de maximização da precariedade para populações expostas à violência arbitrária do Estado que com frequência não têm opção a não ser recorrer ao próprio Estado contra o qual precisam de proteção. Em outras palavras, elas recorrem ao Estado em busca de proteção, mas o Estado é precisamente aquilo do que elas precisam ser protegidas. Estar protegido da violência do Estado-Nação é estar exposto à violência exercida pelo Estado-Nação; assim, depender do Estado para a proteção contra a violência significa precisamente trocar uma violência potencial por outra. Deve haver, de fato, poucas alternativas. É claro que nem toda violência advém do Estado-Nação, mas são muito raros os casos contemporâneos de violência que não tenham nenhuma relação com essa forma política (BUTLER, 2019, p.46-47).

Agamben enfoca a politização da vida humana, vida nua como se refere, como um evento decisivo da modernidade: o poder penetra nos corpos e nas formas de vida. Pautando-se na biopolítica, como chamou Foucault, menciona que houve um momento na Idade Moderna em que a vida natural passa a ser incluída no poder estatal. A passagem da democracia clássica para a democracia moderna passa a querer colocar em jogo a liberdade e a felicidade dos homens, porém “por trás desse longo processo antagonístico que leva ao reconhecimento dos direitos e das liberdades formais está, ainda uma vez, o corpo do homem sacro com seu duplo soberano, sua vida insuscetível, e, porém, matável” (AGAMBEN, 2010, p.17).

Mesmo com as conquistas, a democracia se revela incapaz de salvar a vida, o que as sociedades atuais expõem de forma crua pelo retorno ao fascismo, que visa o extermínio de vidas cada vez mais matáveis:

A decadência da democracia moderna e o seu progressivo convergir com os estados totalitários nas sociedades pós democráticas espetaculares [...] têm, talvez, sua raiz nesta aporia que marca seu início e que a cinge em secreta cumplicidade com seu inimigo mais aguerrido. A nossa política não conhece hoje outro valor (e, conseqüentemente seu desvalor) que a vida, e até que as contradições que isso implica não forem solucionadas, nazismo e fascismo, que haviam feito a decisão sobre a vida nua o critério político supremo, permanecerão desgraçadamente atuais (AGAMBEN, 2010, p.17)

Agamben (2010) menciona que o nazismo fixou um limiar em que a vida era considerada politicamente relevante e, ao mesmo tempo, autorizou a eliminação da vida indigna de ser vivida, fazendo especial referência aos ‘doentes mentais incuráveis’. O soberano é quem passa a decidir sobre o valor ou desvalor da vida nesse Estado totalitário, demarcando o momento em que a biopolítica se converte em tanatopolítica, ou como diz Mbembe (2020, p.41): “a soberania é a capacidade de definir quem é “descartável” e quem não é”. Seria muito diferente hoje? Agamben complementa:

No mesmo passo em que se afirma a biopolítica assiste-se, de fato, a um deslocamento e a um progressivo alargamento, para além dos limites do estado de exceção, da decisão sobre a vida nua na qual consistia a soberania. Se, em todo Estado moderno, existe uma linha que assinala o ponto em que a decisão sobre a vida torna-se decisão sobre a morte, a biopolítica pode deste modo converter-se em tanatopolítica, tal linha não mais se apresenta hoje como um confim fixo a dividir duas zonas claramente distintas; ela é, ao contrário, uma linha em movimento que se desloca para zonas sempre mais amplas da vida social, nas quais o soberano entra em simbiose cada vez mais íntima não só com o jurista, mas também com o médico, com o cientista, com o perito, com o sacerdote (AGAMBEN, 2010, p.119).

Agamben destaca ainda que atualmente o estado de exceção estaria cada vez mais se delineando como “paradigma de governo dominante na política contemporânea⁷”, basicamente o que vivemos no Brasil desde o golpe do impeachment de Dilma Rousseff. O autor cita a “guerra civil legal” do Estado nazista, articulando-o aos Estados totalitários modernos:

O totalitarismo moderno pode ser definido [...] como a instauração, por meio do estado de exceção, de uma guerra civil legal que permite a

⁷ De acordo com Agamben (2010), seria o “deslocamento de uma medida provisória e excepcional para uma técnica de governo”.

eliminação física não só dos adversários políticos, mas também de categorias inteiras de cidadãos que, por qualquer razão, pareçam não integráveis ao sistema político. Desde então, a criação voluntária de um estado de emergência permanente (ainda que, eventualmente, não declarado no sentido técnico) tornou-se uma das práticas essenciais dos Estados contemporâneos, inclusive dos chamados democráticos (AGAMBEN, 2004, p.13).

Para Agamben (2010), há um projeto democrático-capitalista que visa a eliminação dos pobres, reproduzindo em seu próprio interior o povo dos excluídos. Assim, os indesejáveis sociais (loucos e outros), antes excluídos das cidades e levados para os grandes asilos na Idade Clássica como vimos com Foucault, nos dias atuais são facilmente eliminados, matáveis, por não serem integráveis ao sistema político. Ou ainda como discute Mbembe, suas vidas tornam-se objetos do necroliberalismo:

O sistema capitalista é baseado na distribuição desigual da oportunidade de viver e morrer. Essa lógica do sacrifício sempre esteve no coração do neoliberalismo, que deveríamos chamar de necroliberalismo. Esse sistema sempre operou com a ideia de que alguém vale mais do que os outros. Quem não tem valor pode ser descartado (MBEMBE, 2020).

Em nosso país, no lugar dos princípios democráticos do SUS, a necropolítica se apresenta como um tecnicismo travestido de tratamento de ponta, pervertendo as leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde e a Reforma Psiquiátrica brasileira, leis construídas a partir de movimentos sociais composto por uma diversidade de cidadãos, autorizando a violência sob novas vestes.

O Estado de bem-estar social, hoje flácido no tocante às políticas públicas que resguardam a vida precária, se torna totalitário na força de sua polícia, vendendo a ideia de segurança à população, leia-se, elite. Aos psicanalistas de nossa época imbuídos da luta pela coisa pública, cabe não recuar de uma posição político-clínica que parta do laço civilizatório para sustentar nossa escuta e intervenção. SUSTentemos então a resistência dos princípios pétreos do SUS e da RPB de modo a mantê-los vivos no cotidiano de nossa práxis – ainda há muito interesse em objetificar o louco, pois isso é rentável, como nos mostra a história.

2.3. A HISTÓRIA DO MANICÔMIO EM MATO GROSSO: O CÁRCERE DE NOÊMIA

O Estado de Mato Grosso, localizado na região centro-oeste do Brasil⁸, possui hoje 44 CAPS distribuídos em 35 municípios⁹. A capital Cuiabá possui 5 CAPS, nenhum ainda na modalidade CAPS-III, ou seja, CAPS permanente e diuturnamente abertos, com leitos para pernoite e atendimento em finais de semana, de modo a sustentar o atendimento a situações de crise evitando o encaminhamento para internação e unidades psiquiátricas de emergência e internação. Dos 120 leitos psiquiátricos do Centro Integrado de Assistência Psicossocial (CIAPS) – Adauto Botelho, a enfermaria feminina possui 22 para atendimento em regime de internação de mulheres em surto psicótico grave.

Desde o fechamento do Pronto-Atendimento, que até 2013 funcionava 24h, os pacientes chegam para internação após serem atendidos em outras unidades (CAPS, unidades de Pronto atendimento-UPA, policlínicas e outros serviços de saúde) e terem suas vagas disponibilizadas por uma central do próprio CIAPS. Devido aos vários problemas na rede de atenção psicossocial em Mato Grosso, o hospital psiquiátrico está quase sempre cheio, com lista de espera para internação.

Ocorre que no Estado a Reforma Psiquiátrica ocorreu de um modo diverso dos grandes centros. Conforme aponta Oliveira (2005), quando o Brasil já iniciara sua luta contra os manicômios, em Mato Grosso, no final da década de 80, inaugurava-se um hospital psiquiátrico privado que logo seria conveniado à Secretaria de Saúde, o Instituto de Neuropsiquiatria de Cuiabá (INPC). O Hospital Adauto Botelho havia sido inaugurado em 1957 e até então Mato Grosso possuía um único hospital, público, para internação. O INPC mais que dobraria o número de leitos em poucos anos, produzindo somente na década de 90 a chamada 'mercantilização da loucura' nessa região.

Na data de seu fechamento, em 2004, após encerramento do convênio com a Secretaria de Saúde, mais de uma centena de pessoas, inclusive provindas de outros Estados do Brasil, encontravam-se sem referências familiares (OLIVEIRA,

⁸ Mato Grosso possui 903.202,446 Km², 3º maior estado do Brasil, com 3.035.122 habitantes e 141 municípios. Fonte: IBGE

⁹Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

2005). Constituída uma equipe multiprofissional para realização de um censo nesse hospital, várias pessoas conseguiram retornar aos seus lares. A Secretaria de Saúde do município de Cuiabá implantou o Serviço Residencial Terapêutico (SRT)¹⁰ para onde foram levados os pacientes que não conseguiram ser reinseridos, e, por fim, os mais agudos de acordo com a avaliação dessa equipe foram encaminhados à Unidade I do CIAPS.

Alguns encontram-se até hoje nas enfermarias, pois mesmo com o empenho das equipes em localizar referências, houve total rompimento de laços. Na enfermaria feminina restou uma paciente nessa condição, Noêmia, provinda de Aparecida do Taboado – Mato Grosso do Sul.

De acordo com registro em prontuário antigo¹¹, Noêmia encontra-se institucionalizada desde 1997, quando foi trazida ao Hospital Adauto Botelho e posteriormente transferida ao INPC, onde ficou até 2004. Quando do fechamento dessa instituição, retorna ao Adauto Botelho onde se encontra até os dias atuais: é a mulher com mais tempo de institucionalização no hospital.

Seu caso presentifica todos os erros históricos na institucionalização da saúde mental em Mato Grosso e revela todos os impasses atuais na desinstitucionalização da loucura. Por isso, será aqui apresentado como fio condutor nessa seção, que visa discutir o viés político no avesso do que deveria se entender como rede de atenção psicossocial nesse Estado.

Quando transferida ao INPC consta na ficha de admissão um único relato do irmão, mencionando que a paciente piorou após a segunda gravidez, na qual o bebê teria falecido por problemas cardíacos. Não há mais dados clínicos trazidos por familiares, tampouco alguma indicação de visitas ou mesmo telefonemas via serviço social no único prontuário a que tive acesso dessa instituição, que vai de 2003 a 2004 apenas.

Já no CIAPS Adauto Botelho, no ano de 2005 foi realizado o único contato com o irmão que a internou, já no CIAPS Adauto Botelho, porém, nunca mais a equipe

¹⁰ O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) é um importante dispositivo para possibilitar a desinstitucionalização de pessoas egressas de hospitais psiquiátricos, garantindo moradia e também auxiliando o morador no difícil processo de reintegração à comunidade (DELGADO, 2005).

¹¹ De sua internação no INPC, infelizmente não tive acesso aos prontuários originais, somente a cópias parciais e fragmentadas que tentei compilar.

conseguiu contato com esse familiar. No ano de 2006, foi realizada uma nova tentativa do serviço social para que Noêmia retornasse ao seu município de origem, junto à Secretaria de Saúde. Disponibilizariam uma vaga em um asilo para pessoas com “paralisia cerebral e problemas neurológicos”, porém, a resposta dessa instituição foi: “a paciente não se enquadra nas características de atendimento”.

Mesmo assim, o serviço social continuou procurando uma maneira de reinserção familiar e através de contatos com a Promotora Aparecida do Taboado que duraram um ano, de 2009 a 2010, uma promotora encontrou o filho “Fábio”. Apesar de sempre comparecer às reuniões com a promotora, segundo a mesma, “alcoholizado”, em um primeiro momento manifestou interesse em cuidar da mãe, porém um mês depois disse à promotora que se mudaria para São Paulo. Contudo, recebemos um ofício dessa promotora, meses depois, informando que Fábio havia se suicidado. Não conseguimos maiores dados a respeito.

No ano de 2012 a equipe da internação conseguiu a muito custo uma vaga para Noêmia em uma residência terapêutica do município de Cuiabá. Seu caso atendia todas as exigências para ter direito à vaga de acordo com a política de desinstitucionalização, assim, após várias reuniões e relatórios foi possível que fosse inserida. Seu tempo de permanência na residência foi curto e em menos de uma semana de permanência é novamente internada no hospital trazida pela equipe do município, com a alegação de que havia agredido seriamente uma cuidadora. Chega às onze horas da noite, como relatado pela enfermeira de plantão “em péssimo estado de higiene”. Em sua ficha de readmissão o médico escreve com letras garrafais: “não tem perfil para residência terapêutica”. Após esse acontecimento não foi mais possível seu retorno, tanto por razões de recusa da equipe do SRT quanto por parte da paciente, que mencionou várias vezes e para vários profissionais da equipe que não queria mais voltar para “aquela casa”.

Noêmia, através de suas falas, sempre manifestou os efeitos da instituição total, que esfacela qualquer relação pregressa, que a objetifica e a hospitaliza. Certa vez, quando perguntei de sua vida antes da internação, me disse: “Eu não tenho pai nem mãe. Vocês que me criaram” (sic). Basaglia (2010) já alertava o quanto a instituição manicomial objetaliza o psicótico, o quanto, além de seu sofrimento, o asilo promove a perda de si mesmo ao invés de reconstruir seu mundo. Diz ele:

[...] quando o doente entra no asilo, alienado pela enfermidade, pela perda das relações pessoais com o outro e, portanto, pela perda de si mesmo, em vez de encontrar ali um lugar onde possa libertar-se das imposições dos outros sobre si e reconstruir seu mundo pessoal, depara-se com novas regras e estruturas que o impelem a objetificar-se cada vez mais, até identificar-se com elas. (BASAGLIA, 2010, p.25)

Quando iniciou um vínculo comigo, começou a pedir atendimento na sala individual. Em uma ocasião, pede para falar e relata: “Esses dias eu não estava bem. Acordava ruim, como se tivesse uma coisa enrolando meu estômago. Agora estou melhor”. Essas palavras me remeteram à fábula da serpente, uma fábula oriental que Basaglia utiliza para se referir à condição institucional do interno em hospital psiquiátrico. Uma serpente que se aloja no estômago de um homem e passa a impor-lhe sua vontade, privando-o de sua liberdade. Quando a serpente vai embora, estava livre, porém, não sabia mais o que fazer com sua liberdade, pois não tinha mais vontade própria. Diz Basaglia:

[...] no longo período do domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal modo a submeter sua própria vontade à vontade desta [...] No lugar da liberdade encontrará o vazio, porque sua nova essência, adquirida no cativeiro, tinha ido embora junto com a serpente, e a ele só restara reconquistar pouco a pouco o anterior conteúdo humano de sua vida. (BASAGLIA, 2010, p.80):

Embora nessa condição a palavra dirigida à analista a faz se ancorar, talvez a instauração do dispositivo analítico na instituição total possibilite que a serpente saia sem com isso levar consigo a subjetividade. Mas sabemos que não é esse o princípio do funcionamento do hospital psiquiátrico, modificar essa lógica manicomial implicaria fazê-la ‘sair de Noêmia’, já que além de ela estar na instituição, a instituição está nela também. Frequentemente inclui os profissionais em seus delírios, referindo-se a nós como mãe, pai, filho, filha, irmã, o hospital às vezes é sua casa, às vezes é nossa.

O dentro e fora não se constitui como limite nem do espaço físico, nem de si própria, uma vez que a constituição do *eu*, própria do narcisismo, não se dá na esquizofrenia. Como menciona Steffen (1988), pela ausência da matriz simbólica, o *eu* e o outro não se distinguem, voltarei a esse ponto ao abordar sobre o corpo nas

psicoses. Porém, isso não impede que a escuta do analista, sustentando a possibilidade da experiência psicanalítica ao sujeito do inconsciente independente de sua estrutura, nível social, idade, já que a psicanálise é uma só, é avessa a especializações (ELIA; SANTOS, 2005).

Lacan nos fez enxergar a possibilidade da clínica das psicoses, antes dele renegada a uma prática baseada em ‘fatos imaginários’. O retorno a Freud coloca Lacan na trilha do significante e naqueles que se descarrilham dessa trilha, a saber, os psicóticos. Porém, é esse o ponto de partida: tomar em conta as possibilidades de relação do sujeito com a linguagem, portanto com o simbólico, do que decorrem consequências neuróticas, psicóticas ou perversas nas configurações imaginárias de constituição do eu e das relações dele com os semelhantes.

Na psicose, a forclusão do significante nome-do-pai provocaria um retorno no real do que foi abolido no simbólico, e esse retorno se colocaria ao psicótico de maneira mais ou menos invasiva através das alucinações, mensagens interrompidas ou mesmo de uma resposta que vem antes da questão, ou de uma questão que se põe sozinha, como menciona Lacan (1956). Retomarei a esse ponto no capítulo que abordará os aspectos estruturais da psicose.

No caso de Noêmia, os elementos delirantes não se sistematizam, não chegam a lhe dar alguma ancoragem estável. As ideias delirantes e as alucinações são dispersas, mudam rapidamente, embora se repitam mais conteúdos persecutórios.

Além disso, *basagliamente* falando, é preciso fazer uma diferenciação entre as sintomatologias da ‘doença mental’ e a doença produzida pela própria instituição – penso que essa é a pior. Sobre a doença institucional, nos diz Mannoni:

O meio fechado do hospital psiquiátrico cria, sabe-se, uma doença “institucional” que se superpõe à doença inicial, deformando-a ou fixando-a de maneira anormal. O meio hospitalar se acerca das estruturas de uma vida familiar coercitiva e favorece o desenvolvimento de uma nova doença, que é específica em relação à própria instituição (MANNONI, 1971, p.25).

O caso grave de Noêmia foi agravado pela produção de uma doença: a doença da instituição. Nos relatos dos profissionais do INPC os significantes “agitada, agressiva, inquieta, confusa” se repetiam diariamente, bem como a frase “calma com tendência à agitação”.

A medicalização e os “choques” são inesquecíveis em seus relatos, mesmo que às vezes se esqueça até do nome de sua mãe. Certa vez não queria fazer ultrassom, dizendo para a arteterapeuta que a acompanhava que iam lhe dar choques na cabeça. Com Basaglia “a própria doença serve de justificativa concreta para qualquer subjugação ou arbítrio: se o doente é incurável e incompreensível, a única atitude possível é objetificá-lo na rede institucional, e ele deverá identificar-se com sua ação destrutiva” (BASAGLIA, 2010, p. 138).

Em maio de 2003 Noêmia quebra o braço esquerdo, é levada ao Pronto-Socorro Municipal de Cuiabá, tem o braço engessado mas retira o gesso, o que se repete mais duas vezes. Disso ficou uma seqüela, um braço que não possui força, visivelmente quebrado e pendurado. Há relatos de que ela “não queria ficar com o gesso”, mas sua vontade era facilmente suprimida pela instituição, visto que quase diariamente era submetida à medicação injetável, vulgo SOS. Sobre a ‘rotina’ de ECT, me disse: “Eu já levei muito choque na cabeça, Veline”. Perguntei: “Doía?”, me responde: “Doía. Daí minha cabeça ficou doída”. Doida e doída: *doída*, um modo de nomear a violência sofrida, cabeça *doida*, um dos efeitos nefastos dessa violência. Em outra feita disse: “Levei choque, estourou minha cabeça e queimou minha fonte”, o que associa sua loucura ao (des)tratamento ao qual foi submetida quando surtou.

Um dos problemas relatados pela equipe do SRT sobre o convívio de Noêmia na residência estava relacionado ao longo período de institucionalização. Durante anos ela fora privada de possuir objetos, roupas e mesmo uma cama própria, o que causou impasses com outros moradores, já que ela se apossava dos pertences alheios dizendo que eram seus. Mas a dificuldade maior foi da própria equipe em acolher e tratar dessa ‘doença’ adquirida na instituição total. Queriam-na adaptada a uma casa, quando estava sim adaptada ao hospital psiquiátrico onde nada lhe pertencia, quer dizer, seu corpo pertencia ao corpo clínico do hospital.

No ano de 2015, quando retornei após três meses afastada do hospital, fico sabendo que a equipe estabelecera novo diálogo com o serviço de Residência

Terapêutica, a tentar nova vaga. Porém, encontro Noêmia extremamente agressiva, inacessível a qualquer intervenção. Ao ser contida após agredir uma funcionária da limpeza, eu a abordo no leito, perguntando o que estava acontecendo, qual o motivo de tamanha agressividade.

Noêmia, esquizofrênica, apresenta uma fala desconexa, cindida, porém, nesse momento me diz de forma totalmente articulada: “Onde é essa casa que vocês querem me mandar? Veio a mulher de uma casa terapêutica aqui, disse que eu vou pra lá! Veline, eu não vou pra casa nenhuma, minha casa é aqui, eu moro aqui!” Respondi que ela não iria a lugar algum sem que quisesse, mas não pude deixar de me surpreender com essa posição tão clara, mas que pode parecer, inicialmente, tão paradoxal: como alguém pode preferir morar num hospital psiquiátrico? Ela sempre me pediu para ir embora pra casa e agora me dizia com todas as letras que sua casa era ali, o que revela um contraste da fala “surtada” com uma declaração tão clara e articulada, quando há alguém que a escuta.

Essa minha surpresa pôde, em um segundo momento, dar lugar à elaboração do que pode ser entendido no conceito de *desinstitucionalização*. Alguém que viveu, como Noêmia, em hospícios, não é “institucionalizado” apenas pela modalidade do lugar – instituição total, fechada – em que viveu, e desinstitucionalizar não é simplesmente desospitalizá-la e transplantá-la para uma residência terapêutica, por exemplo. Sua história, sua vida, sua “cabeça” é institucionalizada, e essa é a doença à qual se referiu Basaglia, e não basta, para curá-la, mudar seu endereço e o dispositivo, ainda exterior à subjetividade daquele que é institucionalmente adoecido. É preciso um longo trabalho, clínico, de *desinstitucionalização subjetiva*.

É preciso tirar as consequências clínicas e políticas de um caso como esse, que deixa explícito esse cenário histórico mato-grossense de uma *rede invertida* ou seja, que conservou o hospital no centro e a internação como primeiro ou único recuso. A loucura, herdeira do internamento como dizia Foucault (2007), em muitas situações, segue sendo assunto do hospital psiquiátrico em Mato Grosso mesmo após 40 anos do início da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O caso de Noêmia mostra que destino era dado aos psicóticos em grave sofrimento, ou seja, o cárcere. É impossível, diante de sua posição explícita de nomear o Adauto Botelho como sua casa, não pensar em Goffman (2013, p.25), quando cita

a “morte civil” experimentada pelos internos e presos: “Embora alguns dos papéis possam ser restabelecidos pelo internado, se e quando ele voltar para o mundo, é claro que outras perdas são irrecuperáveis e podem ser dolorosamente sentidas como tais”.

A esquizofrenia de Noêmia revela o corpo do autoerotismo, a linguagem dos órgãos, como dizia Freud (1915), um corpo não silenciado. Seus períodos menstruais são sempre muito difíceis, agita-se, ao mesmo tempo que se recolhe, recusa-se ao banho. Me disse uma vez, mostrando o sangue, que “esse sangue é porque cortaram minha vagina”, revelando o quanto é dolorosa e vivida como vinda do exterior sua experiência de menstruar. Seguindo com as contribuições de Basaglia:

O doente mental sofre é da falta de um intervalo entre o eu e o corpo, o corpo e o mundo, um intervalo que o defenda da invasão do outro, que lhe permita aproximar-se de si, fazer-se um a partir do múltiplo opondo-se ao outro e ao mundo, de modo a emergir da comunidade indiferenciada e construir o corpo próprio vivido. (BASAGLIA, 2010, p. 84)

Após sua recusa de retornar à residência terapêutica, que não ocorreu sem que houvesse uma primeira recusa a ela pelo serviço, Noêmia passou alguns anos no Adauto Botelho sem pedir para ir embora. Quando saio de licença qualificação para o doutorado, comunico meu afastamento, mas me comprometo a ir visitá-la e atendê-la. Eu ia e vinha, trazia revistas do avião que ela me pedia, cheguei a mostrar algumas fotos do Rio de Janeiro. Uma vez na visita me disse que uma colega da equipe tinha tirado minha foto, que capturou minha imagem e que por isso eu não estava mais lá todos os dias. Digo que minha imagem poderia estar no celular da colega, mas que minha presença estava ali com ela, naquele momento.

Quando as visitas eram mais espaçadas, dizia para colegas que eu havia ido embora pra sempre, que estava morando no Rio de Janeiro e que não queria mais saber do Adauto Botelho. Mas como eu sempre voltava, segui escutando e Noêmia voltou a falar da vontade de voltar para sua casa. Penso que o meu “dentro-e-fora” da instituição pode ter influenciado nesse retorno, abafado por um tempo. Sua transferência comigo também se modificou, sempre me recebeu bem, às vezes

‘delatava’ colegas pra mim, se queixava da instituição – eu estava fora, mas sabia o que era ali dentro.

A incidência da transferência, mesmo durante meu período de licença, se manteve em suas falas: “Sabe por que eu gosto de você, Veline? É porque você é meia-certa”. Disse outra vez que eu era a “Mulher Maravilha” e para um técnico de enfermagem que ali era uma tribo: ele era o pajé e eu a cacique. Ao seu modo, pela via transferencial estabelecida, me inscrevia em uma *ordem não-toda*, ou seja, fora da ordem totalitária da instituição psiquiátrica.

Nos períodos em que eu estava na instituição em trabalho normal, antes da licença, quando estava em crise Noêmia acabava de algum modo me misturando à instituição, por vezes de um modo bastante agressivo. Sempre foi preciso não só com ela, mas com as outras pacientes, me mostrar dis-junta da instituição, recolhendo a singularidade de cada uma, que sim, era quem dava o prumo para meu trabalho e não as regras institucionais cegas e surdas.

Como sempre gostou de música sertaneja, das antigas, às vezes colocava para ela escutar e era quando suas lembranças começavam a se reconectar, verifiquei que se iniciara um processo de *rememoração*. Em uma ocasião me pergunta se existe o município de “Paranaíba”, rapidamente pesquiso no Google e digo que sim, esse município do estado de Mato Grosso do Sul existe e pergunto por quê.

Então me diz que lá ficou internada em um hospital pela primeira vez, após ter “bebido sangue de menstruação de uma mulher”, que isso a deixou “ruim da cabeça”. Procuo o nome do hospital e lhe digo, reconhece prontamente e me conta que “lá tinha um quarto de cadeia, ficava lá sem comida e com frio, nunca mais, nunca mais quero voltar pra lá!” Respondo: “Pois eu lhe asseguro que você nunca mais voltará para esse lugar”.

Finalmente no ano de 2019 foi possível um novo contato da equipe da internação junto à Secretaria Municipal de Saúde, de modo a tentar outra vaga e reiniciar seu processo de desinstitucionalização. Acompanhei algumas visitas, na primeira vez Noêmia pergunta a uma moradora se casou, se teve filhos. A moradora responde e retorna a pergunta, ao que Noêmia diz que teve dois filhos, e que o primeiro morreu com “problema do coração” – o que consta na ficha de admissão do

INC, relatado por seu irmão. Foi a única vez em que falou disso para alguém, nem mesmo para a equipe ou para mim havia tocado no assunto de forma tão clara.

Na segunda vez que estive na casa, disse a uma pessoa: “Eu queria vir pra cá com o uniforme do hospital. Mas a enfermeira não deixou”. Intervim dizendo que ali não era um hospital, que uniforme só se usa lá, que fora da instituição usam-se roupas diferentes, como todos nós estávamos vestindo, inclusive ela. Em outro momento, disse que no dia anterior quis ir embora da residência porque queriam lhe aplicar uma “injetável”. A “injetável” é aplicada no hospital psiquiátrico geralmente quando o objetivo é a contenção química, o que nesse longo tempo de institucionalização ocorreu diversas vezes com Noêmia (que detesta injeção, como já me disse). Então, respondi a ela que na residência não tem injetável, que isso tem no hospital, daí responde “Ah, ainda bem! Dá pra eu ficar aqui então”.

Noêmia passa a falar, ao seu modo, o quanto a instituição manicomial se alojou dentro dela, tal como a fábula da serpente mencionada por Basaglia citada anteriormente. Entendi o quanto a diferenciação entre o hospital e uma casa, embora possa parecer óbvia, não o era para ela: precisa ser dita e marcada para que então seja possível uma separação do dentro e fora, de si e do hospital. Essa separação é fundamental, conforme destaca Basaglia:

Muitos dos sintomas com os quais ele (o doente) foi etiquetado desaparecem quando desmoronam as estruturas às quais esses sintomas estavam estreitamente ligados, a ponto de tornar-se necessário um trabalho de gradual separação entre o que se pode considerar produto da internação e o que deve ser entendido como núcleo da doença original. (BASAGLIA, 2010 p. 76)

Uma tarde disponível para sua ida ao SRT, se recusa. Inclusive nem quis sair da enfermaria, onde fui abordá-la. Ao me ver, diz “Não quero mais ir naquela casa, quero voltar pra minha casa verdadeira” – respondo que nesses anos todos tentamos localizar sua casa e sua família, mas que isso ainda não havia sido possível. Falei que havia aquela casa que estávamos visitando, que não era dela ainda, mas que poderia vir a ser.

Ao ver um funcionário da empresa de reforma¹², me fala que estão derrubando sua casa, mas que “nosso pai” vai construir outra para morarmos ali mesmo no hospital. Digo a ela: “Ninguém deve morar em um hospital. Aqui não tem quarto de casa, não tem banheiro de casa, não tem cozinha, não tem varanda nem quintal. Aqui tem coisas de hospital, que é um lugar onde se fica por pouco tempo. No seu caso foi muito tempo, 22 anos, o que não está certo. Todo mundo deve morar em uma casa”. Então me diz que quer ir de novo à residência sim, mas que quer ir comigo, no meu carro – pedido que atendi.

Em uma outra ida à residência, disse para a assistente social que não queria voltar para o hospital, em suas palavras: “Não quero voltar para aquele cemitério”, revelando sua divisão entre morar no hospital, um verdadeiro “cemitério” (o que remete a essa condição de morte civil e subjetiva) e morar em uma casa que não reconhece como sua.

Após sua terceira ida à residência, fico sabendo que Noêmia ‘tentou fuga’, o que em todo o período só havia ocorrido uma única vez. Uma enfermeira relatou que ela saiu pelos fundos e que foi difícil trazê-la de volta. Interrogo-a sobre isso, me conta que ia fugir mesmo, me mostrou por onde saiu, que não aguentava mais aquelas mulheres agitadas que queriam bater (realmente havia chegado à instituição algumas pacientes com grave quadro maníaco). Intervenho dizendo que essas pacientes realmente estavam sofrendo muito, mas que ela já estava bem e que em breve receberia alta, condição que possibilitaria sair da instituição pela porta da frente, com roupas apropriadas e não com uniforme, com seus medicamentos e acompanhada por nós.

Mas a tentativa de fuga mostra a incidência do sujeito, tomada por alguns como um inconveniente pelo trabalho que deu, então tratei junto à equipe que isso era resultado de uma porta que finalmente e de fato agora se abria para ela e que tínhamos que lidar com isso que viria de Noêmia, finalmente fazendo ato de sair dali. Até então estava totalmente presa, na instituição e nas malhas de um Outro absoluto...

Uma “dor de cabeça” começou a aparecer principalmente quando saía da residência e retornava ao hospital, circunscrevendo de algum modo o corpo. Inicia também uma divisão quanto a ir, vir e a ficar. Às vezes não queria ir à residência

¹² Nesse momento iniciava-se uma reforma no hospital

terapêutica, outras vezes não queria voltar, em alguns momentos quando retornava me dizia que não iria mais para residência. Certa vez quando chegamos da residência, onde eu havia a acompanhado durante a tarde, me diz com tom de sofrimento: “Eu não quero mais voltar pra lá. Aqui tem gente que me trata bem, como você. Eu vou sentir muito a sua falta, Veline”. A divisão subjetiva estava colocada, bem-vinda porque se estabeleceu uma separação entre seu corpo e a instituição – onde só havia totalidade agora se colocava a divisão. Talvez possamos dizer que agora, com a experiência psicanalítica, ou seja, via transferência, a barra do sujeito tem comparecido.

Na vez em que pernoitou na residência, recebo a ligação da enfermeira às nove da noite dizendo que Noêmia estava agressiva. Eu e a arteterapeuta nos deslocamos até lá para saber o que estava ocorrendo. As cuidadoras, visivelmente assustadas, dizem que Noêmia recusou a medicação, o jantar e o cobertor novo que havia ganhado, pediu o cobertor velho e rasgado (idêntico ao que há no hospital) e falou para saírem de perto de forma agressiva. Noêmia estava deitada na cama balançando os pés, coberta até a cabeça. Ao nos ouvir, levanta-se e começa a xingar as cuidadoras que haviam entrado no quarto conosco. Peço que as cuidadoras se retirem, Noêmia aceita a medicação oferecida pela arteterapeuta e rapidamente se acalma.

Nós então a levamos para a varanda da casa e quando uma conversa enfim pode se estabelecer, em primeiro lugar chamo as cuidadoras, as apresento a Noêmia e pergunto o que havia ocorrido. Noêmia me fala que ouviu o “Gordo”¹³ dizer que ia matá-la, então retorno a ela: “ah, então você escutou uma voz dizendo que iam te matar”? Responde: “Sim, eu escuto vozes”! Então a cuidadora lhe diz que apenas havia chamado para o jantar e que ela lhe respondeu com xingamentos, e Noêmia diz: “É que eu assustei”.

Então concluo, com base no que havia escutado: “Você ouviu a voz do seu irmão dizendo que ia te matar na hora que a cuidadora te chamou para jantar, você se assustou com ela e ela se assustou com você”, o que teve um efeito imediato de apaziguamento da situação crítica, de reconhecimento das cuidadoras diante do sofrimento de Noêmia e da própria diante do fenômeno da alucinação, que formulou

¹³ Apelido do seu irmão, que foi quem a internou no hospital

da seguinte maneira: “Meu irmão me castigou”. Ao sair para dormir fora do cárcere, a voz alucinada do irmão a recrimina: sair do hospital é sair para a morte.

Diante do ocorrido, localizei que nos entreditos de alguns profissionais do hospital e do SRT pairava novamente o jargão: “Noêmia não tem perfil para a residência”. Então marcamos uma reunião com a equipe técnica do SRT, decidi escutá-los primeiro, inicialmente queixaram-se ao falar de seu ‘mau comportamento’, até que se chegou ao dito explícito e literal: “Noêmia não tem perfil para a residência”.

Quando essa frase, dita anos antes retorna, faço um corte e digo que as residências foram criadas exatamente para pessoas com quadros graves institucionalizadas, como é o caso de Noêmia, que havia entendido que nosso combinado era que seu processo de desinstitucionalização era irreversível, mesmo que demorasse o tempo que fosse preciso e finalizo dizendo: “Vocês dizem que Noêmia não tem perfil para residência, pois eu penso que só animais selvagens não têm perfil para morar em uma casa, ou seja, *todo ser humano* tem perfil para residência”!

Após isso, cessaram as queixas e foi tomada a decisão de recuar por um período quanto aos pernoites, até que se pudesse tratar o ponto difícil para Noêmia de dormir fora do hospital revelado pela alucinação, e de intensificar suas idas durante o dia, uma vez que localizamos que ainda ia muito pouco ao SRT. Isso foi feito até que pudemos retornar com as pernoites.

A residência passou então a ser incluída como *casa*, mesmo se mantendo ainda o Aduito como essa referência. Chegou a retornar por uns dias ao hospital, no carnaval. Durante os atendimentos na residência havia escutado que precisava voltar pra lá, me pedia chorando, o que não era habitual. Agrediu uma moradora, recusava as intervenções mesmo das cuidadoras com as quais possuía vínculo. Com a assistente social do setor feminino do hospital, fomos à residência abordá-la e verificar a melhor maneira de intervir: atender seu pedido (que agora também já era um pedido do SRT) ou não? Optamos por atender o pedido de Noêmia, que nos disse de forma bastante clara: “Deixa eu ir pro Aduito até a raiva passar”. Entendi que ir pra lá era um recurso, sair um pouco de cena, de seus excessos, rever algumas pessoas cujos nomes me falou, enfim, se acalmar. Levamos Noêmia ao hospital, combinamos que

após uns dias eu viria para levá-la pra casa, quando então *a raiva* passasse. No dia combinado, a busquei, retorna e é bem acolhida na residência.

Na mesma semana de retorno, me diz: “Traz a Sandra, a Léia e a Estela¹⁴ pra cá, eu tô em casa agora, recebo elas, melhor vir pra cá do que ficar *naquele Adauto*”. “Naquele Adauto” parece já reduzir o tamanho da instituição total, o coloca num tom pejorativo, quer receber as amigas em sua casa. Ao invés de querer voltar ao Adauto, pedia a presença do Adauto na residência, o que só foi possível pelo tratamento dado à institucionalização.

Certa vez me pergunta se pode “trabalhar no Adauto como técnica de enfermagem” e “fazer plantão”, alguma diferença já se colocava em sua posição diante do hospital, o que ainda oscilaria muito, pedindo em outros momentos que eu a levasse pra lá, principalmente quando eu já fazia menção de ir embora da residência finalizando o atendimento. Nesse ponto, era fundamental a presença das cuidadoras para fazer essa passagem transferencial, por assim dizer. Daí eu podia ir, não sem antes me dar alguns de seus livros (objetos de grande valor para ela)¹⁵ para que eu guardasse no meu carro porque lá só tinha “ladronas” (sic).

Fazia-me também vários pedidos: que eu comprasse saia de cigana, doces, livros, agendas, etc. Uma vez lhe disse: “Você já me pediu sorvete, coca, pamonha... O que mais?” Sua resposta ao meu questionamento sobre as demandas foi: “Quero paixão também”. Ou seja, demanda de amor, transferência! Disse ainda, após fixar o olhar em mim por alguns instantes: “Veline, eu que fiz você assim do jeitinho que você é”. A clínica das psicoses nos dá provas da transferência, aprofundarei a questão adiante.

Em várias situações se referiu ao Adauto o chamando de “cadeia”, sobretudo quando houve uma intervenção no período noturno em que sua agressividade com outra moradora foi ‘resolvida’ sendo levada ao hospital. Retorna no dia seguinte, sendo trazida pela equipe do setor feminino. Havia passado a noite tranquila e pela manhã aceita prontamente voltar *à sua casa*, como todos nós passamos a chamá-la. Quando chego para levá-la após essa experiência, me diz: “Aquela mulher ali (se

¹⁴ Nomes fictícios, todas essas pacientes estavam em situação de longos períodos de institucionalização

¹⁵ Retornarei a esse ponto ao abordar a respeito da fabricação de um lugar tenente de objeto a, por Jean Oury no Capítulo IV.

referindo a uma outra moradora) estava roubando minhas coisas, me perturbando. Daí veio o camburão aqui e me levou pra cadeia, tive que dormir na cela.”

Esse relato demonstra claramente o sentido punitivo de ser levada para o Aduito após um conflito com outra moradora, indo na contramão de todo trabalho de desinstitucionalização: uma coisa é ela ser levada após uma escuta clínica e trabalho com sua demanda, outra é ser levada sem mediação nenhuma, para ser retirada, presa, por estar perturbando. Esse ato surdo a fez reviver suas outras internações, pois era assim que me relatava o que ocorria quando era levada pelo irmão, o “Gordo”: para ser “presa”. Essa questão foi tratada junto à coordenação do SRT que acolheu bem nossas pontuações, havia um perigo de cair por terra todo trabalho que estávamos fazendo, pois como menciona Mannoni: “A hospitalização, o paciente a vive muitas vezes como uma sanção merecida” (MANNONI, 1971, p.24).

Já há alguns meses após esse ocorrido, Noêmia não retornou mais ao hospital. Sigo indo até a residência para escutá-la, sua estabilização é acompanhada de algumas ideias persecutórias que não chegam a se fixar em um morador, mas transita por todos eles, às vezes em um, às vezes em outro. Denuncia todos para mim, diz que fingem ser bonzinhos na minha frente, mas quando vou embora eles a roubam, pegam suas coisas, comem sua comida, mexem no seu armário.

Tomei isso como uma paranoização, que, de acordo com Quinet (2002), pode ocorrer na esquizofrenia e de algum modo dá uma certa ancoragem à dispersão significativa, pois ocorre a fixação em um significante mestre que passa a representar o sujeito. O autor menciona que na esquizofrenia não há “um significante mestre que represente o sujeito, mas antes uma dispersão de significantes que o impede de se deter em uma identificação estável. Vários significantes advêm para tentar apresentá-lo, mas nenhum se detém, a não ser quando ocorre um processo de paranoização” (QUINET, 2002, p.16). As “denúncias” de Noêmia em geral são dela mesma, já que geralmente era ela quem pegava e mexia nos pertences alheios, mas agora tem colocado a culpa no outro, o outro se faz presente separado de si, de uma certa forma que só poderia ser paranoica, o que parece fazer uma certa borda no Eu despedaçado. Em sua defesa, ao se queixarem de sua agressividade para mim, define-se: “Não é que eu sou brava, é que meu signo é mais forte que o de vocês”.

Os pedidos para que eu a levasse de volta ao Adauto nos momentos mais difíceis da convivência na residência foram sendo substituídos por pedidos de *passaio* de carro ou mesmo *visita* ao Adauto. Constatei que querer voltar ao Adauto era um pedido de rever algumas pessoas, entre pacientes e profissionais que ela se afeiçoara durante o longo período de moradia no hospital. Não podíamos retirar o Adauto totalmente dela, seria preciso preservar alguns ‘pedacinhos’ dessa instituição total, ou seja, relações de afeto que lhe são caras, relações de objeto privilegiadas. Tenho mediado essas visitas para que não perca esses laços.

O trabalho de desinstitucionalização de Noêmia ¹⁶ demandou algumas reuniões entre a equipe do CIAPS e a equipe do SRT, de modo que pudéssemos fazer rede, compartilhar experiências nas dificuldades de manejo, criar um modo próprio de sua inserção na casa. Em uma dessas reuniões, foi preciso localizar os profissionais quanto à sua história clínica, marcada pelo abandono familiar e violência do Estado, bem como lembrar que hoje todos nós representamos o Estado, o SUS, e que poderíamos propor algo diferente do que lhe foi imposto há vinte e dois anos atrás.

Como abordado, o hospital psiquiátrico encarna a ordem institucional e carrega toda a história da loucura, toda tentativa de higienização e controle (FOUCAULT, 2007). Ao longo dos anos algumas coisas mudaram com relação ao tratamento oferecido na unidade I do CIAPS, mas de todo modo, ela ainda carrega essas marcas, ainda há o osso duro das grades, dos muros, das faixas de contenção, da medicalização e da conduta de alguns profissionais.

Para que a internação não reproduza as medidas excludentes e segregatórias dos séculos anteriores, nos momentos de desencadeamento em que o convívio social e familiar se torna impossibilitado, há que se estabelecer o único campo em que é possível a criação de enlace, que é o campo da transferência. Ele é decisivo para que, no lugar das práticas manicomiais, o psicótico em sofrimento possa ser acolhido, seus elementos recolhidos e o sujeito possa reintegrar essa experiência, ao invés de simplesmente suprimi-la pela medicalização. Para Noêmia a internação se transformou em cárcere, numa longa pena a ser cumprida quando nunca cometeu nenhum crime.

¹⁶ O processo de desinstitucionalização durou aproximadamente 1 ano, a alta hospitalar ocorreu em março de 2020.

No tecido social, seguimos com a impossibilidade de incluir os psicóticos graves, o que nos mostra seu caso, e os retrocessos sofridos pela Reforma Psiquiátrica no Brasil tendem a agravar esse ponto, talvez não só produzindo segregação, mas o máximo da inclusão segregatória que é o manicômio. Embora muitas vezes os psicóticos graves não tenham “perfil” para os CAPS ou para as residências terapêuticas, todo mundo tem perfil para o manicômio, como bem ilustrou Machado de Assis em “O alienista”.

Ao invés de signos da doença mental, Quinet (2009) menciona que os fenômenos elementares são tentativas de laço social, tentativas de fazer vínculo com o outro. Diríamos que o psicótico tenta incluir subjetivamente o que foi segregado em sua constituição e que talvez se trate de lidar com essa segregação estrutural, ao invés de dissolvê-la.

As experiências dos manicômios estão aí para serem tomadas em sua radicalidade, mas para que qualquer coisa comece a ter efeito de rede é fundamental que façamos nossos ouvidos funcionarem para escutar essas histórias das ‘Noêmias’. Sem dúvida há muitas ‘Noêmias’ no Brasil, algumas já institucionalizadas há alguns anos, outras ainda a serem enclausuradas pelo retrocesso de nossas políticas públicas. O que pode a psicanálise aí, nesse cenário público esfacelado, em pedaços como um corpo esquizofrênico?

Talvez caiba à psicanálise se manter como avesso, no avesso do avesso de uma Reforma Psiquiátrica desmontada, em uma sociedade que ainda se defende da loucura. Como dizia Lacan (1970, p. 95), o inconsciente “se impõe à ciência como um fato”, acrescentaria que, do mesmo modo, a loucura se impõe à política pública e à clínica psicanalítica como um fato, *extraordinário*. Conforme Elia: “O porvir da psicanálise, a manter-se digna de sua inata vocação de peste, passa, necessariamente, pela psicose” (ELIA, 1992, p. 395). Vamos a ela, então.

CAPÍTULO III: AS PSICOSES EXTRAORDINÁRIAS

Cê tá pensando que eu sou loki, bicho?

Sou malandro velho

Não tenho nada com isso

(Araldo Baptista)

3.1 AS PSICOSES NA PSICANÁLISE: O RECUO E AS CONTRIBUIÇÕES EM FREUD, A APOSTA E O AVANÇO EM LACAN

As bases da psicanálise freudiana, como se sabe, foram construídas a partir dos casos de neurose. Freud não tinha experiência clínica com as psicoses, mas isso não impediu que desse importantes contribuições para o entendimento de sua dinâmica. Aqui citarei algumas das principais contribuições, em ordem cronológica, posteriormente resgatadas por Lacan que pôde então articulá-las à clínica psicanalítica e avançar quanto à possibilidade de tratamento.

Freud trabalhou o tema das psicoses desde seus primeiros escritos, na década de 90 do século XIX. Naquele momento, em duas de suas primeiras publicações na psicanálise, respectivamente denominadas *Neuropsicoses de defesa* (1894) e *Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa*, (1896), a principal preocupação de Freud, que já havia abandonado a hipnose e estava às voltas com a criação do método psicanalítico na sua clínica com a histeria, era introduzir e desenvolver o conceito de defesa (*Abwehr*), demonstrando que os sujeitos não se tornam “doentes” pelo modo habitualmente conhecido da medicina, por algum fator patogênico orgânico, mas por uma decisão inconsciente de “nada querer saber”, a que deu o nome de defesa.

Sua nosologia então englobava neuroses e psicoses - não perversão, porque esta era concebida por Freud, paralelamente, no desenvolvimento de sua teoria da sexualidade, que viria ser formalizada só em 1905 com os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* mas que já vinha sendo tematizada nos textos desta década de 90

(*Sexualidade na etiologia das neuroses*, de 1896, por exemplo, como pano de fundo das neuroses, em sua forma de *disposição polimorfa*).

Por isso a categoria nosológica *neuropsicoses de defesa* tem como núcleo substantivo o termo *psicoses*, e continha tanto os quadros que posteriormente viriam a se tornar as *psiconeuroses de transferência* – histeria, neurose obsessiva e fobia – quanto quadros de psicose – *paranóia e confusões alucinatórias* – os seis quadros como compoendo esta categoria, sem qualquer preocupação em separar neuroses de psicoses, já que cada uma teria seu modo particular de defesa, aspecto que a particularizaria. É neste contexto que Freud atribui à paranoia o mecanismo de defesa chamado *projeção*, o que será retificado veementemente na análise do caso de Schreber, de 1911, como veremos adiante.

Observe-se a inversão do núcleo substantivo, que passa a ser *neuroses* na substituição do complemento nominal “de defesa” por “de transferência,” o que traduz uma exclusão perpetrada por Freud quanto ao advento da transferência nas psicoses que terá sérias consequências para o tratamento possível da psicose pela psicanálise, pelo menos até que Jung e Bleuler comecem a ameaçar a psicanálise freudiana, em Zürich, justamente através do tratamento de casos de psicose, aos quais Jung, diferentemente de Freud, era afeito, mas sem nada querer saber da psicanálise. É no contexto teórico-político de um combate aos desvios de Jung que Freud decide encarar a psicose psicanaliticamente: não pela clínica, como assinalamos, mas pela tomada radical das *Memórias de um neuropata*, de resto não qualquer um, mas de *um qualquer*, o ilustre e grande louco, Juiz de Direito, o Presidente Schreber.

Em Freud (1912), o texto sobre as Memórias do Presidente Schreber constitui a principal referência teórica para qualquer desenvolvimento posterior das coordenadas clínicas de um tratamento possível das psicoses pela psicanálise. Apesar de nunca ter atendido Daniel Paul Schreber, eminente juiz, teve acesso ao seu livro autobiográfico “Memórias de um doente dos nervos”, publicada em 1903. Internado em sua segunda crise por nove anos, desencadeada após ter sido chamado a ocupar uma posição de Presidente do Tribunal de Apelação da cidade de Dresden, na Alemanha, Schreber escreve suas memórias, percorrendo detalhadamente sua experiência psicótica. Freud nunca o viu – inclusive a publicação de sua análise é do mesmo ano da morte de Schreber, 1911, mas baseou sua investigação no material

clínico escrito pelo próprio Schreber, uma vez que os paranoicos revelam o que a neurose mantém em segredo e “só dizem o que resolvem dizer” (FREUD, 1911, p.21).

Entre muitos pontos relevantes desse caso, enfocarei dois deles, que serão retomados posteriormente por Lacan. O primeiro ponto diz respeito ao mecanismo da paranoia, que o próprio Freud havia definido, nos seus primeiros escritos sobre a psicose, nos quais ele ainda as incluía no grupo nosológico das *neuropsicoses de defesa*, inicialmente como projeção, mas que, no momento de sua análise das *Memórias*, ele retifica genialmente: “Foi incorreto dizer que a percepção suprimida internamente é projetada para o exterior; a verdade é, pelo contrário, como agora percebemos, que aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora” (FREUD, 1911, p.78). Posteriormente Lacan, baseado nessa retificação de Freud e no termo alemão por ele utilizado no lugar da projeção - *Verwerfung* – e que significa *rejeição* em português, denominará de *forclusão*, e a fará incidir sobre o significante do nome-do-pai.

Seguindo com Freud, o outro ponto de destaque se refere à função da construção delirante, uma vez que não o toma como um signo da doença e sim como uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução no lugar onde surgiu uma fenda no relacionamento do eu com os objetos do mundo externo, constitutivos da realidade. O delírio seria, assim, para Freud, uma reconexão da libido ao mundo dos objetos, rompida no momento do desencadeamento da psicose.

O texto em que Freud formula teoricamente a constituição do eu, ou seja, trabalha o conceito de narcisismo, foi traduzido pela Imago como “*À guisa de introdução ao narcisismo*” (1914). Entretanto, o melhor título em português, o mais correto em relação ao que Freud nomeou seu próprio texto em alemão, seria *Para introduzir o narcisismo, Zur Einführung des Narzissmus*, já que se trata da introdução do narcisismo na psicanálise, por força da psicose, e não introduzir-nos ao narcisismo. Sucede, portanto, o caso Schreber, desenvolve-se a ideia de um narcisismo primário na tentativa de compreender a esquizofrenia (ou parafrenia), que exibiria dois traços fundamentais: o delírio de grandeza e um desligamento do interesse pelo mundo externo. Esse último aspecto, inclusive, diria respeito à impossibilidade de tratamento através da psicanálise, posição que sustentou em outros trabalhos também, como em *Sobre início do tratamento* (1913), *O inconsciente* (1915), *A perda da realidade na neurose e psicose* (1924). Em *Sobre o início do tratamento* (1913), Freud fala da

importância da “sondagem” antes da análise propriamente dita, partindo de razões diagnósticas para contra indicá-la aos psicóticos:

Existem [...] razões diagnósticas para começar o tratamento por um período de experiência deste tipo [...] Com bastante frequência, quando se vê uma neurose com sintomas histéricos ou obsessivos, que não é excessivamente acentuada e não existe há muito tempo – isto é, exatamente o tipo de caso que se consideraria apropriado para tratamento – tem-se de levar em conta a possibilidade de que possa ser um estágio preliminar do que é conhecido por demência precoce (‘esquizofrenia, na terminologia de Bleuler, ‘parafrenia’, como propus chamá-la) e que, mais cedo ou mais tarde, apresentará um quadro bem pronunciado dessa afecção [...] Ele [o psicanalista] não pode cumprir sua promessa de cura se o paciente está sofrendo, não de histeria ou de neurose obsessiva, mas de parafrenia, e, portanto, tem motivos particularmente fortes para evitar cometer equívocos diagnóstico (FREUD, 1913, p. 140).

Retornando ao texto sobre o narcisismo, Freud diz que o parafrênico se afasta do mundo externo, ou seja, objetos e coisas, sem substituí-los na fantasia. E Freud entende o delírio como a tentativa de um processo de cura, que tentaria reconduzir a libido aos objetos. Assim, o delírio de grandeza forneceu provas sobre o estágio do narcisismo, auxiliando Freud em sua definição:

[...] qual é o destino da libido que foi retirada dos objetos na esquizofrenia? O delírio de grandeza próprio desses casos nos aponta o caminho a seguir. Ele surgiu, provavelmente, à custa da libido objetual. A libido retirada do mundo exterior foi redirecionada ao Eu, dando origem a um comportamento que podemos chamar de narcisismo. Na verdade, o delírio de grandeza em si não é uma criação nova, mas, como sabemos, a amplificação e explicitação de um estado que já existia antes. Assim, esse narcisismo, que se constitui ao chamar de novo a si os investimentos anteriormente depositados nos objetos, pode ser concebido como narcisismo secundário, superposto a outro, primário (FREUD, 1914, p.98).

Freud passa então a opor, pela primeira vez, libido do eu à libido objetual, que seriam inversamente proporcionais. A primeira reviravolta em sua teoria da libido, que deixa inclusive de opô-la, como pólo da sexualidade, aos *instintos do eu* – estes corretamente nomeados de instintos – de auto-conservação, deve-se à psicose. Ou seja, o próprio passo de *descartar*, por assim dizer, vestígios de algum biologismo

insistente em seu pensamento, como os tais *Ichtriebe*, que, ainda que denominados, como sempre, por Freud, de *Triebe*, comportavam-se como instintos, como um quisto anacrônico e impertinente em sua teoria, Freud o deve à psicose de Schreber. Diz ainda que o estado do apaixonamento seria o atingimento máximo do investimento da libido objetal, de desistência do eu a favor do investimento no objeto. Seu oposto, por sua vez, se encontraria na “fantasia (ou na autopercepção) dos paranoicos sobre o fim do mundo” (1914, p.99) ou na megalomania, cuja proposição já havia apresentado no caso Schreber: “eu não amo a ninguém, só amo a mim mesmo”. Freud parte para um importante marco teórico, inédito, sobre a constituição do eu:

É uma suposição necessária a de que uma unidade comparável ao eu não esteja presente desde o início; o eu precisa antes ser desenvolvido. Todavia, as pulsões auto-eróticas estão presentes desde o início, e é necessário supor que algo tem que ser acrescentado ao auto-erotismo, uma nova ação psíquica, para que se constitua o narcisismo (FREUD, 1914, p.99).

Posteriormente, com Lacan, entenderemos o que ocorre (ou não) no narcisismo ou no estágio do espelho que afeta a constituição corporal dos psicóticos, na verdade delimita um corte no qual ou bem o eu se constitui como instância corporal, organizada por um esquema de coordenadas simbólicas estruturando o mundo imaginário do sujeito, ou bem ele não se constitui, como na esquizofrenia, em que esta *nova ação psíquica* não ocorreu. Ato momentoso, que faz constituir o eu pelo narcisismo: *Fiat eu!*, em vez do *Fiat lux!* bíblico: não é a luz mas o eu que este ato faz existir, e não é Deus mas, se o ato é psíquico, acho que podemos ler nas entrelinhas de Freud que é um ato do sujeito do inconsciente, que ele não nomeia como função, mas em geral deixa subsumido em suas expressões contendo o termo *psíquico*, como *psychische Apparat*, o *aparelho psíquico*. Pois bem, os esquizofrênicos não deram o passo dessa nova ação psíquica, como exemplificado no caso de Noêmia.

Ainda no trabalho sobre o narcisismo, Freud nos fornece importantes dados clínicos sobre o corpo na esquizofrenia, articulando-a à hipocondria, a um represamento, uma retração da libido no eu, ou seja, a libido não foi objetalizada. Disso decorrem os fenômenos corporais na hipocondria, uma vez que “o hipocondríaco recolhe o interesse e a libido [...] dos objetos do mundo exterior e os concentra sobre o órgão do qual está se ocupando” (FREUD, 1914, p. 104).

Um ano depois, no texto “O inconsciente”, de 1915, Freud dirá que a fala esquizofrênica apresentaria um traço hipocondríaco, que se tornaria uma *linguagem dos órgãos*: “a relação com o órgão substitui o conteúdo e passa a representar seus pensamentos” (p.46). Aqui, Freud já chama atenção para as alterações na fala dos esquizofrênicos, que se apresentaria de forma rebuscada, floreada: “as frases desses pacientes sobrem de uma desorganização específica na sua estrutura, o que nos faz considerar as falas dos doentes desprovidas de sentido” (FREUD, 1915, p.46). Nesse texto, Freud cita o caso de uma paciente tratada por Tausk, que foi levada à clínica após um desentendimento com o namorado. O que lhe chamou atenção foi o fato de que a própria paciente quis esclarecer o sentido de suas falas e o fez da seguinte maneira:

Os olhos dele não estão certos, eles estão alterados, distorcidos, tortos. Afirma que “não consegue entendê-lo, cada vez ele tem uma aparência diferente, ele é um hipócrita, um distorcedor de olhos, ele torceu e virou os olhos dela, agora é ela quem tem os olhos revirados, distorcidos, não são mais dela aqueles olhos, ela agora vê o mundo com outros olhos. (FREUD, 1915, p.46)

Ver o mundo com outros olhos, aqui, de forma alguma remeteria a uma metáfora de por exemplo, enxergar as coisas de outro jeito, mas antes apresenta uma literalidade, deve ser tomada ao “pé da letra”: não são mais dela aqueles olhos. Lacan retomará esse aspecto ao abordar os distúrbios da linguagem nas psicoses. Aqui, Freud chama a atenção para essa linguagem tão peculiar na esquizofrenia, ao modo de uso das palavras que indicam o funcionamento pelo processo primário, assim como nos sonhos:

No caso da esquizofrenia, as *palavras* são submetidas ao mesmo processo que também transforma os pensamentos oníricos latentes em imagens oníricas. Trata-se do que chamamos de *processo psíquico primário*. Neste, as palavras são condensadas e transferem integralmente uma à outra suas cargas de investimento deslocando-as. O processo pode chegar ao ponto de uma única palavra assumir a representação de toda uma cadeia de pensamentos, devido às múltiplas relações que mantém com outros elementos. (FREUD, 1915, p. 47)

Das diferenças entre a esquizofrenia e as neuroses de transferência (histeria e neurose obsessiva), Freud situa dois principais pontos: a forma de falar sobre o significado da formação substitutiva sem resistência alguma e a “dominância da relação com a palavra em vez da relação com a coisa” (FREUD, 2015, p.48). Freud então descreve a operação de investimento nas representações, apresentando o desdobramento da representação de objeto em representação de coisa (*Ics*) e representação de palavra (*Pcs*), demarcando o que ocorre pela incidência do recalque, nas neuroses, da seguinte maneira:

O sistema *Ics* contém os investimentos de carga referentes à coisa que faz parte do objeto; na verdade, estes são os primeiros e verdadeiros investimentos de carga no objeto. Quanto ao sistema *Pcs*, este surge quando essa representação-de-coisa, ao ser vinculada às representações-de-palavra que lhe correspondem, recebe uma camada de sobreinvestimento de carga. Assim, podemos supor que são os tais investimentos de carga o fator que leva a uma organização psíquica mais elevada e possibilita a substituição do processo primário pelo processo secundário dominante do *Pcs*. Agora, também podemos expressar de forma precisa o que nas neuroses de transferência é negado pelo recalque: *ao rejeitar uma ideia ou representação, ele está recusando-se a aceitar a tradução da representação em palavras, pois essas palavras devem continuar associadas ao objeto. É a representação não revestida de palavras ou o ato psíquico que não esteja sobreinvestido que permanecerá como material recalado no Ics.* (FREUD, grifo nosso, 1915, p. 49)

Assim, na esquizofrenia, sem a operação do recalque, não haveria essa associação ao objeto na fantasia como ocorre nas neuroses que mantêm o investimento objetual, pois o investimento permaneceria na representação-de-palavra. O delírio ou tentativa de cura tentaria recuperar o investimento nos objetos:

[...] nesses casos o investimento de carga da representação-de-palavra não faz parte do ato de recalcar, mas representa a primeira das tentativas de produção ou cura que predominam tão evidentemente no quadro da esquizofrenia. Esses esforços visam recuperar os objetos perdidos, e pode ser bem que, nesse intuito, eles sigam o caminho em direção ao objeto por meio da parcela desse objeto composta pela palavra; no entanto, ao seguirem por essa via, terão de contentar com as palavras em vez das coisas (FREUD, 1915, p.51).

Neste ponto é fundamental considerarmos as mudanças operadas por Freud em relação a sua concepção das psicoses a partir da imensa reviravolta que ele empreendeu em sua teoria e que recebeu o nome de *Segunda Tópica*. Trata-se do resultado da elaboração freudiana, iniciada no escrito sobre o narcisismo¹⁷, a que foi levado por uma série de impasses teóricos com os quais ele se deparou em sua clínica, e conseqüentemente na elaboração teórica dos achados clínicos.

Passados quatro anos da publicação de *Além do princípio de prazer* – cujo centenário estamos inclusive comemorando neste ano de 2020 – Freud publica dois textos pequenos porém de alta densidade conceitual, no mesmo ano de 1924, ambos dedicados às relações entre neurose e psicose: *Neurose e psicose* e *A perda da realidade na neurose e na psicose*. Na verdade, são esses dois textos que darão fundamento freudiano à posição lacaniana da irreducibilidade entre as estruturas clínicas: Freud só chega a distingui-las estruturalmente neste momento, nesses dois textos, que são, como vimos, conseqüências da Segunda Tópica (*Além do princípio de prazer* (1920) e *O eu e o isso* (1923), e a perversão terá o mesmo estatuto mas só três anos mais tarde, com o texto *Fetichismo* (1927).

Vemos, assim, que a delimitação das estruturas clínicas, muitas vezes atribuída a Lacan, é de Freud, mas não em um mesmo momento e não sem levar em conta todo o processo que o levou à Segunda Tópica e suas conseqüências, que não param a e determinam também a revisão da teoria da angústia como precedendo o recalque e o causando, e não como sua conseqüência no nível do afeto, em *Inibição, sintoma e angústia* (1926).

Pois bem, no segundo dos dois textos considerados, *A perda da realidade na neurose e psicose*, Freud destaca que o importante a se considerar não é a perda em si da realidade, que se coloca para ambas, mas sobretudo o que, em cada uma dessas estruturas, se coloca em seu lugar, a sua substituição. Freud mesmo mantendo a posição de deixar as psicoses a cargo da psiquiatria especializada nos traz indicações clínicas muito importantes. Tanto na neurose quanto na psicose haveria importantes alterações na relação do sujeito com a realidade externa e com os impedimentos impostos ao isso pelo mundo externo. Porém, no caso da psicose, a tentativa de

¹⁷ Lacan chega a comentar, sobre isso, que o texto sobre o narcisismo é uma antecipação, em 6 anos, da Segunda Tópica, constituindo seu “primeiro texto”.

reparação do dano lhe custaria a relação com a realidade, pois uma nova realidade seria criada sob o comando do isso, ou seja, o delírio. É importante observar que, em *O eu e o isso*, a realidade figura como uma espécie de quarta instância psíquica, ao lado do eu, do isso e do supereu. Diz Freud:

[...] enquanto na neurose a fuga é utilizada para evitar uma parte da realidade, na psicose essa parte é simplesmente reconstruída. Ou seja, na psicose, a fuga inicial é seguida por uma fase ativa de reconstrução; na neurose, a obediência inicial é seguida por uma tentativa de fuga posterior. Ou, dito de outro modo: a neurose não renega a realidade, ela somente não quer tomar conhecimento dela: a psicose renega-a e procura substituí-la. (FREUD, 1924, p. 128-129)

Disso decorre uma posição ativa na psicose buscando construir um remendo onde abriu-se a fenda na relação com o mundo externo, como veremos adiante, uma das tentativas de estabilização. Na verdade, nesse texto Freud destaca também que o psicótico não rompe totalmente com a realidade externa, ou seja, poderíamos dizer que os conteúdos delirantes nunca estão completamente destacados dos elementos de um determinado tecido social. A questão é que esses elementos passam a ser remodelados, rearranjados com auxílio da alucinação, como destaca Freud:

[...] na psicose, o trabalho de reconfiguração da realidade opera sobre os precipitados psíquicos – formados a partir do contato com a realidade -, ou seja, sobre os traços de memória, as representações e os juízos, por meio dos quais a realidade se fazia representar no mundo psíquico. A relação com a realidade, porém, nunca se encerra, ela é continuamente enriquecida e modificada por novas percepções. Dessa forma, também para a psicose coloca-se a tarefa de providenciar percepções que estejam em sintonia com a nova realidade, o que é conseguido de forma radical pela via da alucinação. (FREUD, 1924, p.129)

As diferenças da linguagem descritas por Freud em 1915 e as que marcam formas diversas em lidar com a realidade em 1924 serão melhor formuladas por Lacan, ao demarcar os modos de funcionamento pelo recalque e pela forclusão. Com ele, essas diferenças estruturais serão retomadas e avançadas a ponto de se possibilitar o tratamento psicanalítico aos psicóticos.

O ponto de partida lacaniano tomou a psicose como questão clínica para os psicanalistas e não somente como uma ‘patologia’ do âmbito da psiquiatria. Lacan

esclarece que “a psicanálise é uma prática subordinada em sua destinação ao que há de mais particular no sujeito”, seguindo o princípio freudiano que dispõe que a “ciência analítica deve ser recolocada em questão na análise de cada caso” (LACAN, 1998, p.360).

Especialmente no Seminário 3, Lacan retorna a Freud e retoma as bases da psicanálise, afirmando que há inconsciente nas psicoses: “O inconsciente está ali, mas isso não funciona” e destaca ainda que: “A promoção, a valorização na psicose dos fenômenos de linguagem é para nós o mais fecundo dos ensinamentos” (LACAN, 1988, p. 167), recorrendo também ao livro de Schreber para extrair os fragmentos que descrevem esses fenômenos. Nesse momento, define a *Verwerfung* como a rejeição de um significante primordial, que nomeará ‘nome-do-pai’. Lacan advertia aos psicanalistas que não tomassem a psicose no plano imaginário, “pois que o mecanismo imaginário é o que dá a sua forma à alienação psicótica, mas não sua dinâmica” (LACAN, 1988, p. 170).

Assim, faz-se necessário abordar o estatuto do sujeito nas psicoses, já que não se tratar de catalogar fenômenos e enquadrá-la em uma determinada semiologia, como fazem a psiquiatria e a psicologia. Lacan (1964) afirma que “um significante é o que representa um sujeito para outro significante”, ou seja, sendo o sujeito uma função do significante, ele é um ato de resposta ao corpo de significantes introduzidos pelo Outro, que só depois ganharão significação. Lacan (1964) nomeia então duas operações na constituição do sujeito: alienação e separação. A primeira operação, a alienação, seria a operação essencial em que se funda o sujeito: ao se confrontar, se alienar à linguagem, desaparece como ser:

A alienação consiste nesse *vel* que [...] condena o sujeito a só aparecer nessa divisão que venho, me parece, de articular suficientemente ao dizer que se ele aparece de um lado como sentido, produzido pelo significante, de outro ele aparece como afânise (LACAN, 1964, p. 206).

De acordo com Fink, na alienação, a criança escolhe a sujeição à linguagem, ou seja, pode ser tomada “como tendo concordado em expressar suas necessidades através de um meio distorcido ou da camisa-de-força da linguagem e como tendo permitido ser representada por palavras” (FINK, 1998, p.72). Essa submissão à

linguagem, à intimação do Outro, diz respeito à *Bejahung*, afirmação do significante primordial no campo do Outro.

Elia (1992), tomando como base as operações e os termos introduzidos por Freud no texto de Freud sobre *A denegação* (1925), traduzido, na edição que aqui utilizamos, como *A negativa*, termos que, em geral, são reduzidos a três, mesmo por Lacan em sua releitura deste texto a partir das contribuições do hegeliano Jean Hyppolite¹⁸ - a saber, a *Ausstossung*, a *Bejahung* e a *Verneinung*, quando Freud parte de um ponto inicial que ele denomina *Vereinigung*, permitindo assim uma articulação dialética quaternária (entre quatro termos), tomados dois a dois, em dois eixos, e não apenas a relação ternária habitualmente considerada, constrói um gráfico da constituição do sujeito, dividido em quatro partes, portanto, cortado verticalmente pelo eixo de Eros e horizontalmente pelo eixo da pulsão de morte.

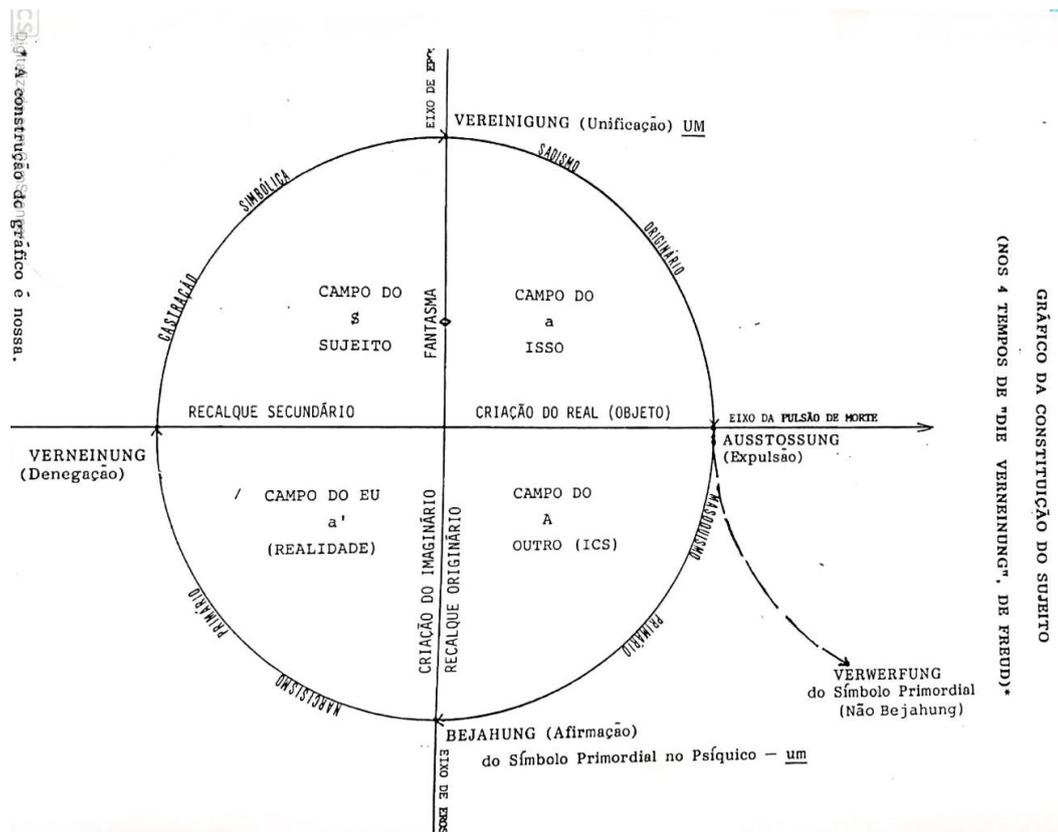


Figura 2

¹⁸ Referência a Hyppolite, nos Escritos.

Como pode se verificar, o gráfico parte da *Vereinigung*, termo em alemão que significa unificação, ou seja, ação de integrar coisas a si, própria do juízo de atribuição abordado por Freud em “A negativa”, de 1925. A unificação representa então o momento inicial do *infans*, sua relação de imersão ao significante do Outro primordial, e, como sua retroação não constitui nenhum campo anterior, trata-se aqui da pré-história do sujeito. A partir desse ponto em direção à *Ausstossung* (expulsão), temos a inauguração do campo do Isso, o movimento desse quadrante se dá pelo sadismo originário, aqui concernindo à exteriorização do masoquismo originário: incorporado o objeto, esse será expulso, criando-se, assim, o campo do Real.

Do ponto de expulsão da *Ausstossung* ao próximo, *Bejahung*, o movimento em jogo é, portanto, o do masoquismo primário, que expulsou o objeto e tornou-o perdido. Cria-se, nesse quadrante, cortado pela pulsão de morte, o campo do Outro e afirma-se no inconsciente o significante primordial, S1, aí, então, se situaria o recalque originário que constitui o inconsciente recalcado. É justamente no ponto da *Ausstossung* que o psicótico ‘derrapou na curva’, não completa o movimento que terminaria o quadrante, se produzindo como resposta, então, não a *Bejahung*, mas a *Verwerfung*, ejeção da representação para fora do campo psíquico. Assim, a perda do objeto não se efetiva, como abordarei mais à frente ao falar da não total extração do objeto *a* na psicose. Este ponto da proposta de Elia encontra fundamento na afirmação de Lacan no Seminário III (*As psicoses*): “ou *Bejahung* ou *Verwerfung*” (1955, p.21).

A afirmação da *Bejahung* será sucedida pela denegação, *Verneinung*, em que se constituirá o campo do Eu “através da subjetivação, pela via do narcisismo primário, das determinações simbólicas do inconsciente [...] Esse movimento tem como ponto de mira a denegação, mecanismo exclusivo pelo qual o eu admite, reconhece e afirma o inconsciente” (ELIA, 1992, p.206). Esta sequência da *Bejahung* para a *Verneinung* no grafo de Elia está em consonância com a proposição de Freud de que a *Verneinung* é uma *Aufhebung*¹⁹ do recalque, mas que o coloca em suspensão única e restritivamente em relação ao plano da *Vorstellung* (impropriamente traduzido por plano *ideativo*), da operação do intelecto, mantendo-se o recalque em vigência em relação à *Affektbetrag*, à quota de afeto. Lacan lê nessa distinção freudiana uma operação lógica do maior rigor: o *não*, muito além de mero mecanismo de defesa do

¹⁹ Termo que significa uma espécie de *suspensão* que, no entanto, conserva algo do que é suspenso, de alto valor no pensamento dialético.

interesse de um “eu” às voltas com seus impulsos, introduziu na experiência humana a condição lógica do pensar.

Seguindo com Elia (1992), o último quadrante a se constituir possui como vetor de movimento a castração simbólica, assunção da castração como destino do Complexo de Édipo, criando-se então o campo do sujeito barrado, dividido, $\$$. Constitui-se como produto dessa operação, o Supereu em sua dimensão simbólica do “*Che Vuoi?*”, bem como a fórmula matemática do fantasma:

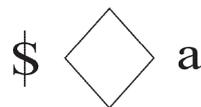


Figura 3

Voltando às operações de alienação e separação, verifica-se que psicose, ao invés da afirmação, do ‘sim’ dado ao significante, há *Verwerfung*, em que o significante primordial é rejeitado do campo psíquico, a resposta do sujeito é um ‘não’ à submissão ao Outro, “a criança *abre mão* de seu advento como sujeito dividido para não se sujeitar ao Outro da linguagem” (FINK, 1998, p. 72).

A alienação institui a ordem simbólica, de acordo com Fink (1998), a partir disso o sujeito existe, uma vez que a palavra o moldou do nada, mas permanece sem-ser, seu lugar é algo que está faltando, está fora de lugar. A alienação ao significante tem “dois lados” simultâneos, o que significa que não são ainda dois tempos. O segundo tempo será o da segunda operação – a separação. Isso tem relação com a estrutura binária da cadeia significativa, tal como teorizada por Lacan neste momento (antes da virada do Seminário XVI, em que são introduzidos os discursos e então a estrutura deixará de ser essencialmente binária), ou seja, tem dois lugares estruturais: S1 e S2, sendo que o primeiro representa o sujeito junto ao segundo.

Se, em S1, algum sentido advém na constituição do sujeito, em S2 este sentido se perde, se produz o não sentido. Todo sentido terá assim uma contrapartida de perda de sentido, *nonsense*. Daí o termo afânise, do grego *ahanisis*, que Ernest Jones havia empregado (*fading*, em inglês, apagamento) em relação ao desejo, e que Lacan retoma em relação ao próprio sujeito como sentido: só há sentido se, em outro lugar, houver afânise. Esse ponto, ainda integrante da primeira operação de

alienação, preparará o caminho para que, na separação, o corte em relação ao outro seja feito exatamente onde se terá delineado o *nonsense*.

O sujeito, afanizado, é efeito da barra, pelo efeito do segundo significante, para o qual o primeiro representa o sujeito. Disso decorre que não há ser no sujeito, uma vez que um significante representa um sujeito para outro significante. O que verificamos na psicose é justamente que ao invés do vazio do ser do sujeito, há crença no ser, por exemplo, em Schreber, ele ‘é’ a mulher de Deus. Mas, para além da questão da relação do psicótico com a condição do ser, há um sentido que persiste não afanizado, obstaculizando a separação em relação ao Outro.

A psicose é uma condição do sujeito em que a perda de sentido falha, e isso aprisiona o sujeito de tal modo no gozo do sentido, no gozo do Outro, que chega a gerar a impressão de que o psicótico não se constitui como sujeito, mas permanece preso numa condição de objeto do Outro. É preciso, contudo – e esta é uma lição que a clínica psicanalítica, quando decidida em relação à psicose não cessa de nos ensinar – não cair na armadilha, em que muitos teóricos, em nosso modo de ler, caem, de não sustentar o estatuto de sujeito no psicótico, o que acaba por se constituir como uma *resistência* do analista na sua prática clínica com esses *sujeitos*.

É o S2, o segundo significante, que é dito significante afanístico, e que, na psicose, estaria holofraseado com S1, ou seja, colabado a ele, sem intervalo entre eles no qual o sujeito pudesse ser representado. Mas, havendo alienação consumada, ou seja, incluindo a afânise (e não a holófrase S1S2), passamos à segunda operação.

A segunda operação da constituição do sujeito, a “separação, envolve o confronto do sujeito alienado com o Outro, dessa vez não com a linguagem, mas como desejo (FINK, 1998, p.72)”. Ocorre, na separação, o encontro com a incompletude, com a falta encontrada nas idas e vindas da mãe: “Uma falta é, pelo sujeito, encontrada no Outro, na intimação mesma que lhe faz o Outro por seu discurso. Nos intervalos do discurso do Outro, surge na experiência da criança, o seguinte, que é radicalmente destacável – ele *me diz isso, mas o que é que ele quer?*” (LACAN, 1964, p.209).

Nos intervalos das idas e vindas, a questão do desejo do Outro se coloca, bem como a impossibilidade de que a criança responda de um modo complementar à

falta, o desejo é metonímico, desliza. Coloca-se para a criança a questão sobre o que o Outro quer dela. Diz Lacan:

Nesse intervalo cortando os significantes, que faz parte da estrutura mesma do significante, está a morada de que, em outros registros de meu desenvolvimento, chamei de metonímia. É de lá que se inclina, é lá que desliza, é lá que foge como furão, o que chamamos desejo. O desejo do Outro é apreendido pelo sujeito naquilo que não cola, nas faltas do discurso do Outro, e todos os *por-quês?* da criança testemunham menos de uma avidez da razão das coisas do que constituem uma colocação em prova do adulto, um *por que será que você me diz isso?* sempre re-suscitado de seu fundo, que é o enigma do desejo do adulto (LACAN, 1964, p.209).

Para o sujeito psicótico, o Outro não se apresenta barrado, não está incompleto nem inconsistente e, portanto, não se destaca o objeto *a*: “Daí o Outro, na psicose, apresentar-se ao sujeito como um Outro que tudo vê e fala, insulta, recrimina. O objeto não é separado do Outro da linguagem que estrutura o campo da realidade do sujeito” (QUINET, 1997, p.66). Nos momentos agudos verificamos no sofrimento dos psicóticos uma tentativa de realizar via ato uma redução desse Outro e extração do objeto *a*, porém, às vezes, disso decorre passagem ao ato como mutilações ou mesmo suicídio, como veremos.

Em termos de estrutura, recordaremos rapidamente aqui a formalização lacaniana do Édipo, na metáfora paterna, resultante da incidência efetiva do nome-do-pai sobre o desejo-da-mãe (ambos tomados na metáfora paterna como significantes, já que a metáfora é a substituição, em seu próprio lugar, de um significante, no caso o DM, por outro, o NP, produzindo como efeito o advento positivo de uma significação nova).

Podemos articular esta formalização metafórica do Édipo freudiano com as operações de alienação e separação. Se houve alienação – com afânise e sem holófrase, como dissemos – é porque houve metáfora paterna, que engendrou a nova significação, dita fálica, que permite responder à pergunta acima mencionada sobre o desejo do Outro: *o que quer ele de mim?* (“*Que me veut-il?*”) transmutada pelo sujeito, com a inserção de uma pequena partícula da língua francesa que faz com que algum mal entre na operação: (“*Que m’en veut-il?*”) em *Que mal quer ele de mim?* com uma

resposta que livra o sujeito do sentido que, de outro modo, ele seria forçado a fornecer a este enigma do desejo do Outro.

A resposta que a significação fálica engendrada por uma metáfora paterna bem sucedida permite dar é: o que quer que ele queira, isso será sempre o falo, ou seja, *outra coisa* que não a mesma, inclusive outra coisa que não eu mesmo, ou o que eu possa dar a ele ou ser para ele. No *Seminário 5*, Lacan diz que a função do pai “é ser um significante que substitui o primeiro significante introduzido na simbolização, o significante materno”, o que faz com que a resposta sobre a incógnita “o que quer a mãe?” seja tomada no nível da significação: o falo. Pela via metafórica, o sujeito se apodera do desejo da mãe, que então se apresenta pela forma do falo (LACAN, 1957/1958, p.181-182). E o falo, engendrado pela metáfora (paterna), inaugura metonímia do desejo, ou seja, a metonímia da falta do ser, que perpassará todo e qualquer objeto do mundo das relações do sujeito.

Na psicose, pela falta de incidência do falo, não se coloca o intervalo entre os significantes, que, como dissemos, estão holofraseados, pois o significante que faria a cadeia operar com a Lei do significante está zerado, ausente. É desse modo que Lacan apresenta no *Seminário 5* a forclusão do nome-do-pai na psicose, ou seja, em termos de déficit no simbólico, na “falta de alguma coisa que funda a própria significação, e que é o significante” (LACAN, 1998, p.152).

O significante nome-do-pai é o que permite que os significantes não estejam colados ao significado, assim, “funda como tal o fato de existir a lei, ou seja, a articulação numa certa ordem do significante – complexo de Édipo, ou lei do Édipo, ou lei da proibição da mãe. Ele é o significante que significa que, no interior do significante desse significante, o significante existe” (LACAN, 1957-1958, p. 152).

Não operando na psicose, não há a substituição do desejo materno pelo significante nome-do-pai, não sendo produzida a significação fálica, ou seja, ‘a mãe quer o falo e não a mim’, como seu único objeto. O sujeito psicótico permanece preso na perplexidade gerada pela incógnita do Desejo da Mãe, a ela respondendo através da crença delirante, ou seja, crendo *ser*, não há mal entendido, há certeza: “Não há equívoco na alucinação, não há a divisão pelo inconsciente” (KAUFMANNER, 1999, p.98)

Assim, o estatuto do sujeito na psicose nos coloca diante de um impasse: se o sujeito é sua própria divisão, como pensar em sujeito na psicose, se, como vimos, não há intervalo dos significantes, mas sim holófrase e a cadeia significante se apresenta em massa? Entretanto, sustentando a dificuldade, os psicóticos, embora não submetidos à lei do significante, estão na linguagem. A lei não é a linguagem, ela até é *da linguagem*, mas não coincide com ela: os psicóticos falam, não relincham, estão na linguagem, embora não se submetam à lei do significante, que é a da castração. Mas é claro que há sempre algum grau ou modo de submissão (mesmo à lei), caso contrário, estaríamos equivalendo o psicótico a um animal selvagem e não seria possível a clínica das psicoses, pois a psicanálise, como já mencionado, opera sobre o sujeito.

A presente pesquisa testemunha a possibilidade dessa clínica, pois não só o estabelecimento da transferência se dá como essa se instaura mais rapidamente quanto mais grave a crise, ou seja, quanto mais ‘desorganizado’ alguém está ‘egoicamente’. Diante disso, dois pontos se colocam: primeiro, o sujeito na psicose é sujeito da linguagem, mas o modo como ele está na linguagem é peculiar, uma vez que cria uma nova linguagem, um novo código, se pensarmos no neologismo, por exemplo. Veremos à frente que há diversas formas de estabilização na psicose que prescindem do analista, mas que o manejo da transferência pode ser um importante recurso, já que pode produzir como efeito algum nível de subjetivação, de divisão onde há inconsciente a céu aberto, um Outro consistente, que o invade desde fora, externo ao sujeito.

O surto psicótico, ou o desencadeamento da psicose é o desencadeamento dos significantes, “reação em cadeia ou em debandada” (LACAN, 1958, p.153) uma vez que não se produziu a metáfora paterna, a substituição do significante do desejo da mãe pelo significante nome-do-pai, que teria como resultado a significação fálica, o ponto de basta e de amarração operado pelo falo, como já abordado. Lacan então define o desencadeamento, em termos de ‘abandono fundamental’ pela foraclusão do significante nome-do-pai, em que, ao invocá-lo, o psicótico se precipita no simples furo, no abismo da falta de significação fálica. Nas palavras de Lacan:

Para que a psicose se desencadeie, é preciso que o Nome-do-Pai, *verworfen*, foracluído, isto é, jamais advindo no lugar do Outro, seja ali

invocado em oposição simbólica ao sujeito. É a falta do Nome-do-Pai nesse lugar que, pelo furo que abre no significado, dá início à cascata de remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizam na metáfora delirante. (LACAN, 1958, p. 584)

Em decorrência disso, o desencadeamento, a cascata de remanejamentos do significante, se apresenta de diversas formas, seja pelo modo próprio com que o psicótico fala – ou é falado? – seja nas alucinações que fazem retornar pelo real o que foi abolido internamente. Para que esse desencadeamento ocorra é preciso que sujeito se depare com Um-pai a partir de certos acontecimentos ou situações que abalem o tripé imaginário onde até então o sujeito se sustentava:

Mas, como pode o Nome-do-Pai ser chamado pelo sujeito no único lugar de onde poderia ter-lhe advindo e nunca esteve? Através de nada mais 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, concernindo ao sujeito no campo de agressão erotizado que ele induz. *Que se procure no início da psicose essa conjuntura dramática. Quer ela se apresente, para a mulher que acaba de dar à luz, na figura de seu marido, para a penitente que confessa seu erro, na pessoa de seu confessor, para a mocinha enamorada, no encontro com o “pai do rapaz”, sempre a encontramos, e a encontraremos com mais facilidade ao nos guiarmos pelas “situações”, no sentido romanesco do termo.* (LACAN, 1958, p.578, grifo nosso)

Durante minha clínica no hospital psiquiátrico, no caso das mulheres, quando era possível localizar o motivo da irrupção da crise pela primeira vez, encontrava na fala das pacientes ou dos familiares situações ligadas ao casamento, separação conjugal, traição, desencadeamento pós parto. Andrea Guerra (2007) destaca três condições clínicas para o desencadeamento, a primeira condição seria a condição estrutural de forclusão do Nome-do-Pai, a segunda e a terceira condições seriam:

[...] o desencadeamento exigirá aqui uma segunda condição que aqui podemos nomear de quebra da identificação. Mas não se trata de uma identificação qualquer. É preciso que seja tocada exatamente aquela através da qual o psicótico assumiu o desejo da mãe. Quando a via que determina essa identificação na constituição subjetiva do sujeito é

abalada, uma das condições do desencadeamento se realiza. A terceira condição implica na convocação do Nome-do-Pai foracluído em oposição simbólica ao sujeito. (GUERRA, 2007, p. 41)

Assim, nesse momento de sua obra, de primazia do simbólico, Lacan situa que para se tomar psicanaliticamente os fenômenos da psicose, é preciso se considerar a relação entre sujeito e significante - o simbólico é a base de toda e qualquer relação do sujeito com a realidade, com suas identificações, com os objetos, com seu próprio Eu. A irrupção do real se apresenta sob a forma da cadeia rompida, cujas alucinações verbais e não auditivas, portanto, visto que Lacan esclarece que “o ato de ouvir não é o mesmo” (LACAN, 1958, p.538) já que o que está em jogo não é a percepção e sim um retorno do que foi posto fora da simbolização geral que estrutura o sujeito.

É comum o relato dos psicóticos sobre as alucinações, que frequentemente trazem conteúdos pejorativos, ameaçadores, invasivos, ou mesmo dando comandos aos atos. Sobre as alucinações, longe de tomá-la como uma mera alteração da senso-percepção, Lacan estabelece seu modo de funcionamento, articulando-a à crença, no que promove uma transformação na realidade, uma invenção da realidade. Segundo ele:

A realidade torna-se suporte de outros fenômenos, aqueles que classicamente são reduzidos à crença. Se o termo alucinação deve ser relacionado a uma transformação da realidade, é somente nesse nível que temos o direito de mantê-lo [...] O que assinala a alucinação é um sentimento particular do sujeito, no limite do sentimento de realidade e do sentimento de irrealidade, sentimento de nascimento próximo, de novidade, e não qualquer uma, de novidade a seu uso que faz irrupção no mundo exterior [...] Trata-se justamente de uma realidade criada, e que se manifesta realmente no interior da realidade como algo de novo. A alucinação enquanto invenção da realidade é aí o que constitui o suporte do que o sujeito experimenta. (LACAN, 1955/1956, p.164)

É nesse sentido em que as vozes são tomadas como algo inequívoco, no caso da paranoia por exemplo, estão sustentadas pela construção delirante, que lhe confere todo o sentido. O psicótico não vê outra saída que não obedecer ao comando.

Quinet cita um diálogo de Hugo Denizart com Arthur Bispo do Rosário em que o mesmo refere não poder desobedecer às vozes:

Hugo: Você conversa com as vozes?

Bispo: Não posso, não dá chance. É severo pra mim.

Hugo: Severo?

Bispo: É sentado no trono, todo azul, diz só: Jesus Filho, tem que executar no seu canto, aí embaixo, faça tudo isso. Eu nem falo nada, tenho que executar isso tudo.

Hugo: Você nunca desobedeceu essa voz?

Bispo: Se eu desobedecer, me pega, me enrola lá em cima, em sonho assim, eu caio no chão, ele me suspende, eu fico descontrolado, eu vou ficando torto, qualquer coisa me pega em sonho e faz de boa, bola, bola... (QUINET, 1997, p.229)

O aspecto mais crítico das vozes de comando é o que pode precipitar o psicótico ao ato, uma das tentativas de estabilização que pode ser muito paradoxal, como veremos no caso Laura. De acordo com Lacan ao se referir a Schreber: “ele é violado, manipulado, transformado, falado de todas as maneiras é, eu diria, tagarelado” (LACAN, 1955/1956, p.54). Uma paciente psicótica relatava que dentro de sua cabeça tinha outra pessoa, que impunha seus pensamentos, que descrevia o que ela fazia e o que deveria fazer. Esse fenômeno exemplifica a invasão sofrida pelo psicótico nos momentos de sofrimento agudo.

Lacan (1958), ao mencionar os fenômenos elementares, os distingue em fenômenos da mensagem e os fenômenos do código. Com relação aos fenômenos da mensagem, esses se referem às mensagens interrompidas, que, no caso Schreber, precisam se retrucadas com “seu suplemento significativo, que não lhe traz dúvidas” (LACAN, 1958, p. 546). No *Seminário 3*, Lacan cita um comentário curioso das vozes que se faziam escutar por Schreber “*Todo não sentido se anula*” (LACAN, 1955/1956, p.133), dando conta da crença delirante. Do vazio da significação, que seria a significação fálica que não se dá devido à forclusão do Nome-do-pai, decorre a certeza delirante, inabalável, de onde o sujeito precisa responder, nem que seja com o próprio corpo, ponto que trabalharei a seguir.

Uma paciente certa vez me disse que seu problema não tinha sido diagnosticado corretamente pelos médicos, que não tinha esquizofrenia, que sua doença se chamava “*anestesi!*”. Pergunto como seria essa doença e responde: “Eu penso muito, daí meu pensamento para de vez, totalmente”. Nessa fala ficam evidentes os dois fenômenos, um em que a mensagem se interrompe, quando param seus pensamentos, e o neologismo, pois cria um nome, uma nova palavra para sua ‘doença’.

Quanto ao neologismo, Lacan o define como um “fenômeno de código”, retomando a *língua fundamental* de Schreber, um alemão um tanto arcaico e rigoroso. Diz ele: “Essa parte dos fenômenos é especificada em locuções neológicas por sua forma (novas palavras compostas, mas numa composição conforme às regras da língua do paciente) e por seu emprego. As alucinações instruem o sujeito sobre as formas e empregos que constituem o neocódigo [...]” (LACAN, 1958, p.544).

Lacan (1958) menciona ainda a definição dada pelos linguistas que chamam essas mensagens de *autônomas* “na medida em que é o próprio significante (e não o que ele significa) que é objeto da comunicação”. Certa vez a nutricionista me conta uma situação que achou curiosa: uma paciente a aborda e pede que ela “descreva” a sua dieta. Ela responde prontamente descrevendo de acordo com a corrente da língua portuguesa, ou seja, lê a dieta, contando-a em detalhes. Nisso, a paciente exclama: “Você não entendeu: eu quero que você *descreva* essa dieta porque *não a quero!*” Ou seja, o verbo “descrever” foi utilizado de modo neológico, o prefixo “des” como modo de negação ou o contrário do que seria “escrever”, ou seja, desfazer a escrita, que não se aplica ao significado comum da palavra.

Por ser a criação de uma nova língua, é inócuo perguntar ao psicótico o que significa um neologismo, trata-se antes de localizar onde isso aparece na fala, qual sua função na frase, qual o lugar desse recurso, como se verifica no fragmento clínico a seguir.

Fernanda²⁰, paciente psicótica que era internada em episódios maníacos graves, certa vez insere em sua cascata de palavras, o neologismo “*Renagilde*”. No meio de suas longas e intermináveis falas, que dirigia a quem quer que fosse, até literalmente às paredes, repete: “Renagilde!”. A internação mais fortemente marcada

²⁰ Nome fictício

a essa paciente ocorreu quando teve uma crise logo após o nascimento de seu único filho. Sua irmã, com a qual é muito parecida fisicamente, cuidou do bebê e posteriormente o adotou.

Embora com seu consentimento, isso sempre retorna nas crises como um rapto, um roubo de seu filho, essa irmã a inveja já que é seca e nunca pode ter filhos, a engana pegando seu dinheiro (é sua curadora e quem o administra), quer sempre interná-la à força ‘sem motivo algum’, diz Fernanda. Esse ódio aparece sempre e das falas ininterruptas as que mais prevalecem são xingamentos a sua pessoa. Pois bem, *Renagilde* aparecia e eu, no início de minha clínica, inadvertidamente pergunto o que significa essa palavra. A resposta de minha paciente lacaniana, com seu cuiabanês de um “R” rigoroso vem rápida como um tapa: “Você por acaso é burra, Veline?? Renagilde é Renagilde!!” Eu psicologicamente queria um significado, mas tratava-se de um neocódigo - *Renagilde* adquirira um “peso proporcional ao vazio enigmático que se apresenta inicialmente no lugar da própria significação” (LACAN, 1959, p.545).

Aprendo com Fernanda que pouco importava o significado da palavra e que se eu quisesse escutá-la como uma analista, antes localizasse onde isso aparecia no discurso, qual sua função na frase, qual era o lugar desse recurso. Escutei que a palavra vinha sempre num contexto em que falava de documentação – para Fernanda ter sido diagnosticada como louca, ter sido aposentada e ter perdido o filho para a irmã ‘de papel passado’ sempre foi algo muito difícil.

Nos intervalos lúcidos sempre conseguia um emprego de ‘empregada doméstica’, quando as ‘patroas’ cujos nomes completos e pomposos sabia de cor lhe assinavam a carteira de trabalho com um valor maior que o do benefício assistencial isso a precipitava em nova crise – ganhar muito mais não sendo louca. Como logo surtava, era demitida e então todo o ódio contra a irmã que teria providenciado as documentações se apresentava de modo muito cru. Sempre rejeitou o diagnóstico, assim como rejeitava o hospital psiquiátrico, chegando a me dizer uma vez: “Veline, já falei pra você sair desse lixo de Aduino Botelho, abrir um consultório no centro da cidade e ganhar dinheiro”.

Nos delírios de grandeza, me fala que sua mãe não morreu coisa nenhuma, que sua tia (irmã da mãe) foi quem morreu e trocaram o nome dela. Sua mãe lhe deu vários sítios que estão em seu nome – então numa fala rápida, sem ponto, vírgula ou

pausa dizendo que: “Nos meus sítios crio tudo quanto é animal: pato, galinha, galo, vaca, porco, boi e até *reboi*”. Ganhou também a Avon, Natura e lojas do Boticário, onde vende: “sabonete, perfume, shampoo, condicionador, batom, maquiagem, flúor e até *semiflúor*”. Diz ainda que seu marido “Marcus com S” inventou de fazer “curso, percurso, *recurso*”. Com as últimas palavras encerrava momentaneamente a frase ininterrupta até então e respirava, pausava.

Assim, o prefixo *re-* acrescentando a alguma palavra que estava sendo dita, colocava enfim um ponto-de-basta à cascata de ininterrupta de palavras. Dito o recurso que utilizava para fazer cessar, mesmo que brevemente, o deslizamento sem fim dos significantes. Se a forclusão é um termo emprestado do vocabulário jurídico, indicando que houve *uma perda do prazo para interpor uma ação*, a palavra *recurso*, nesse mesmo campo, significa *ato de recorrer*. O psicótico recorre de algo que prescreveu, não se inscreveu em tempo hábil.

Em outra internação, num período em que trabalhei em outra unidade, Fernanda demanda alta à fisioterapeuta e diante da negativa diz: “Se Veline estivesse aqui, faria brotar do meio do chão um médico pra me dar alta logo. Ela já fez isso uma vez”. A fisioterapeuta então me liga e a coloca para falar ao telefone. Diz estar bem, não aguentar mais aquele hospício, precisa ir embora cuidar de sua casa. Pondero que embora eu não estivesse mais lá, a equipe com certeza estava cuidando de sua alta, que ocorreria em breve. Então, Fernanda me diz: “Sim, eu sei. Vou esperar a médica chegar, vou falar com a equipe e vou colocar os *pingos nos “as”*”.

Está aí a insuficiência da linguagem, a impossibilidade de se dizer tudo mesmo na mania, além disso, uma boa indicação clínica: não se coloca *pingos nos “is”* ao se escutar os psicóticos (nem ninguém!), tentar compreender o que dizem equivale a deixar de escutá-los, como adverte Lacan no *Seminário 3*: “o importante não é compreender, é atingir o verdadeiro” (1955/1956, p.60).

Sua fala aparentemente sem sentido apenas evidencia a prevalência do significante sobre o significado, que o analista deve intervir junto ao sujeito do inconsciente e não se prender à suposta organização da fala consciente. A questão não está na fala em si - se é organizada ou não, coerente ou não, delirante ou não – suas consequências dependem de quem a escuta e o que se faz dela, como resposta.

Assim como o inconsciente, a psicose não é o caos. Há articulação, trata-se de um sujeito na linguagem, “de uma fala para-além do sujeito”, como bem diz Lacan (1958, p.581).

3.2 CORPO E GOZO A EXPERIÊNCIA PSICÓTICA

Os corpos das psicoses desencadeadas estão invadidos pelo Outro avassalador: espedaçados na esquizofrenia, duplicados na paranoia e totalizados nas psicoses maníaco-depressivas. No hospital psiquiátrico, muitas vezes esses corpos chegam com marcas: já vi corpos com incontáveis hematomas, inúmeras cicatrizes de tentativas graves de suicídio, corpos emagrecidos, queimados pelo sol forte do Centro Oeste.

A relação do sujeito psicótico com seu corpo sempre me inquietou, fosse nos casos de ausência de dor, inapetência, insônia, manifestações hipocondríacas, ou seja, diversas situações em que, caso houvesse ali um organismo, a resposta estaria direcionada para o atendimento das necessidades biológicas. Para a psicanálise, não se trata de um organismo que se desenvolve na interação com o meio, mas sim de um corpo pulsional, efeito da pulsão. De acordo com Elia:

A pulsão seria, assim, responsável pela ruptura do espaço psicofísico entendido como uma unidade, por sua explosão irreversível, na medida em que introduz uma disjunção que o torna inconsútil, insuturável [...] o corpo, em psicanálise, o corpo para o sujeito, não é o organismo. (ELIA, 1995, p. 51)

O corpo nas psicoses desencadeadas revela de modo radical o quanto o corpo é efeito da pulsão, rasgado por ela pela entrada do sujeito na linguagem. Assim, a imagem do corpo próprio se constitui como efeito da linguagem no corpo, no qual incidem os significantes que fornecerão a possibilidade de que essa imagem se constitua de determinadas maneiras, das totais às fragmentadas.

Assim, em Psicanálise, falar do corpo é também falar da constituição do eu, já que para Freud (1923), o eu é sobretudo, um eu corporal. Lacan, em suas

formulações iniciais sobre a formação do eu, menciona que mesmo num tempo em que o bebê humano ainda se encontra nessa impotência motora, algo da imagem - não pura imagem, já que Lacan insere aí a matriz simbólica do eu - se antecipa ao sujeito diante do Outro materno. Isso que posteriormente lhe dará referências de quem é, ou seja, sua imagem de corpo e suas relações com os outros, foi antes precedida por essa incidência. Cito Lacan:

[...] Basta compreender o estágio do espelho *como uma identificação*, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem - cuja predestinação para esse efeito de fase é suficientemente indicada pelo uso, na teoria, do antigo termo *imago*. A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de *infans* parecer-nos-á pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito. (LACAN, 1936, p.97)

Essa matriz simbólica, ao ser a base da constituição da instância do eu, será também a origem das identificações secundárias, ou seja, constituído e delimitado o eu numa *Gestalt*, haverá outros semelhantes e outros objetos a serem vistos e investidos, como diz Lacan “a imagem especular parece ser o limiar do mundo visível” (LACAN, 1936, p. 98). Seguindo nessa direção, Elia menciona que:

Se são os significantes (elementos da ordem do simbólico) que medeiam a relação do sujeito com o corpo, já esvaziado de órgãos, são também eles que organizam, para o sujeito, a sua relação com a imagem de seu corpo, e, a partir desse patamar, as imagens de seus semelhantes, dos objetos da realidade com os quais o sujeito irá estabelecer suas relações. (ELIA, 1995, p.104)

Assim, não há obviedade alguma em se tratando de como essa imagem se constituirá porque ela não nos é primária, mas passa pela trilha significativa: “a imagem primordial da experiência subjetiva é a *imagem de corpo próprio* (Elia, 1995, p.104). Nas psicoses graves, a falta de um suporte que essa imagem primordial daria promove fenômenos que escancaram um corpo despedaçado, que remetem às “imagens de

castração, emasculação, mutilação, desmembramento, desagregação, eventração, devoração, explosão do corpo”, como cita Lacan (1948, p. 107)

A imagem de corpo próprio que não foi reconstituída como forma de totalidade ‘ortopédica’ é o que intriga no corpo esquizofrênico, que demonstra o quanto a armadura da identidade não se constituiu nessa estrutura. Para Lacan no primeiro tempo de sua obra, toda constituição imaginária é tributária ao campo simbólico, então o Eu e suas funções estão aí implicadas. Dizer-se ‘Fulano’ ou ‘Cicrano’, definir-se ou localizar-se perante os outros e o mundo, bem como criar uma territorialidade corporal que demarca e situa aquele que fala dizem respeito tanto ao simbólico quanto aos seus efeitos imaginários. Na esquizofrenia o nome próprio, data de nascimento, filiação, localização espaço temporal, dão mostras de que o que concerne ao Imaginário não se apresenta somente dilacerado, mas externo, fora de si.

O corpo do sujeito esquizofrênico nos mostra que uma parte do corpo pode não estar ali, seu corpo pode ter sido trocado (Xuxa), seu corpo pode ser impedido de se alimentar (“Tá falando que não é pra eu comer”), seu corpo pode estar transitando por aí, aos pedaços, à sua revelia – uma paciente dizia que cada profissional da equipe roubou uma parte de seu corpo: eu havia roubado sua boca, a psicóloga suas pernas, uma enfermeira seus cabelos... Outra se indignava porque sua irmã, por feitiçaria, a fez acordar “velha e feia”, roubou sua beleza e colocou uma verruga de bruxa no seu rosto. Quando relatavam essas experiências, o faziam dando testemunho de uma certeza delirante.

Lacan (1958), em “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”, ao fazer referência ao esquema L, figura abaixo, nos diz que o estado do sujeito S (neurose ou psicose) depende do que se desenrola no Outro.

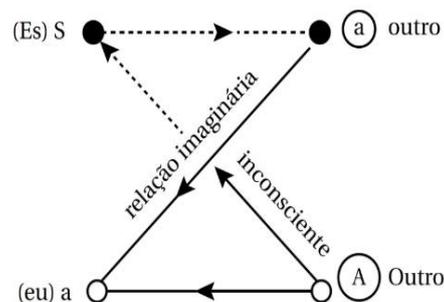


Figura 4

Os termos A e S se referem ao campo do simbólico: A o campo da linguagem, tesouro do significante, e S, o sujeito em relação ao Outro, ao qual se aliena. Lacan (1958) diz que o sujeito está aí implicado, como parte integrante: “Ele o é, com efeito, enquanto repuxado para os quatro cantos do esquema, ou seja, S, sua inefável e estúpida existência, *a*, seus objetos, *a'*, seu eu, isto é, o que se reflete de sua forma em seus objetos, e A, lugar de onde lhe pode ser formulada a questão de sua existência (LACAN, 1958, p.555).

Assim, a posição do sujeito diante do Outro interferirá no eixo imaginário *a-a'*, que concerne à relação do eu com seus objetos, uma vez que é o eixo simbólico S-A que o sustenta. É preciso que o sujeito mire, antecipe, eleja uma imagem de corpo próprio para ‘ser eu’, constituindo uma imagem virtual, que será avalizada pelo Outro operando como sustentação simbólica. Porém, isso só é possível na medida em que esse Outro é barrado, operação que não ocorre nas psicoses, havendo como que um achatamento do esquema L, como diz Guerra:

Essa condição fundante, estando ausente, achata o esquema L, fazendo coincidir o sujeito à imagem de si (*S-a'*), e o Outro aos objetos (*A-a*) com os quais se relaciona. O nível imaginário não se remete ao campo simbólico que desenharia seus contornos, assim como o real não estaria aí costurado, ficando o inconsciente a céu aberto. A ausência estrutural do Nome-do-Pai, sua não operatividade no Édipo, provoca, como efeito, uma coincidência entre os campos do imaginário e do simbólico, como se o ser se resumisse ao seu organismo ou à sua própria imagem. Há uma alteração no nível mesmo da estruturação do sujeito na linguagem (GUERRA, 2010, p.35).

No esquema R, Lacan apresenta o triângulo do simbólico constituído pelo I (Ideal do eu), M (significante do objeto primordial) e P (como a posição em A do Nome-do-Pai), em que o S, sujeito, encontra-se em posição homóloga ao falo, sustentando o trapézio da realidade (MimI), assim, organiza o campo da realidade. Como desdobramento, os vértices *i* e *m*, representam os dois termos imaginários da relação narcísica – o eu e a imagem especular:

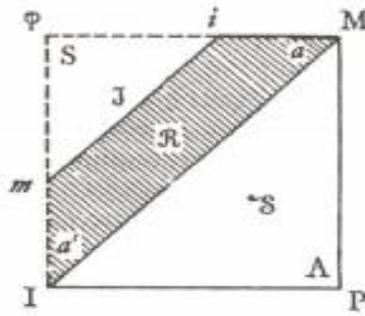


Figura 5

Na psicose, veremos mais à frente na apresentação do esquema I, que o nome-do-pai e o falo estão zerados, ou seja, o Outro não sofre a incidência do significante nome-do-pai e a significação fálica não se produz, conforme abordado anteriormente, então, o Outro fala em voz alta, o psicótico se mantém numa posição objetal diante dele.

Na esquizofrenia, em particular, esse Outro fala no corpo, corpo sem imagem virtual, preso na anterioridade lógica da imagem real, fora de si, deixando no vazio as significações que poderiam ser dadas a ele, como frio, calor, fome, sono, dor, além das referências de identidade, localização, etc. Quinet (2002) situa que na esquizofrenia e na paranoia as experiências do corpo se apresentam de diferentes formas, assim como o gozo, estilhaçado na esquizofrenia (gozo no corpo), e fixado na paranoia (gozo do sentido):

De acordo com Freud, há na primeira [esquizofrenia] regressão ao auto-erotismo e na segunda [paranoia] regressão ao narcisismo, o que confere à esquizofrenia a preponderância das imagens de corpo despedaçado e do estilhaçamento do sentido, e à paranóia a fixação na imagem do outro, o congelamento do sentido e a ênfase do eu que chega à megalomania. Da mesma forma, o estilhaçamento do gozo no esquizofrênico (gozo no corpo, na injúria alucinatória, na fala) se opõe à concentração, no paranóico, do gozo no Outro (o perseguidor, a amada). A dificuldade daquele de se deixar representar um significante se opõe à fixação deste ao significante ideal. (QUINET, 2002, p.11)

Nos corpos que deram à luz recentemente, vi os casos mais graves, quase que de um dilaceramento subjetivo. As psicoses pós-parto - próprias das mulheres

portanto - parecem revelar que o que não se pode registrar simbolicamente no ato de parir, de se destacar o objeto do corpo, e revesti-lo falicamente, retorna pela via do real algumas vezes trazendo risco de morte ao filho e ou à mãe.

Nas psicoses desencadeadas, sobretudo nos quadros maníacos, há os corpos que não dormem, mesmo muito medicados. Na lição do *Seminário 19* “O desejo de dormir”, Lacan (1971/1972, p.209) questiona “em que consiste dormir?” mencionando que “Dormir é não ser perturbado. O gozo, no entanto, é perturbador”, assim, dormir seria suspender essa perturbação que o gozo causa.

A falta de sono é recorrente, como bastante relatado pela equipe da enfermagem noturna e pelas famílias: “passou a noite inteira falando sozinha”, “ficou lavando todas as roupas da casa durante a noite”, “saiu andando pelas ruas”, “não deixa ninguém dormir”, “ficou acordando e *perturbando* as outras pacientes”.

Talvez o que o gozo na psicose revele em sua radicalidade por seu modo próprio de estruturação seja justamente essa fenda entre o organismo biológico e o corpo erógeno. O fora-do-sexual na psicose, que abordarei adiante, nos dá notícias sobre o sexual, tal como Lacan refere em seu aforisma no *Seminário 19* “não há relação sexual”, já que “o sexo não define relação alguma no ser falante” (LACAN, 1971/1972, p. 13), continuando com suas palavras: “é justamente como significantes que vocês se tornam sexuados” (LACAN, 1971/1972, p.31).

O ser falante, sob o qual incide a castração, sofre os efeitos de sua dependência à linguagem, que o desviou do mundo natural e orgânico: não há dois sexos que se unem na cópula. A anatomia dos sexos nada inscreve por si só, é preciso a incidência do significante, como diz Lacan:

[...] para ter acesso ao outro sexo, realmente é preciso pagar o preço, o da pequena diferença, que passa enganosamente para o real por intermédio do órgão, justamente no que ele deixa de ser tomado como tal e, ao mesmo tempo, revela o que significa ter órgão. Um órgão só é instrumento por meio disto em que todo instrumento se baseia: é que ele é um significante. (LACAN, 1971/1972, p.17)

No *Seminário 17* Lacan (1969/1970) define os quatro discursos, em que o objeto *a* é incluído e opera em diferentes lugares. Os discursos seriam, assim,

instrumentos, aparatos para lidar com o gozo. Como vimos, no discurso do analista o *a* é o agenciador, se dirigindo ao sujeito barrado e produzindo S1, significantes que particularizam seu gozo, em posição de mais-de-gozar e não de significante mestre. No lugar da verdade, como suporte, o S2, o saber, fica então submetido às suas condições: não-todo, semi-dito, conforme consta no Seminário 19: “Se a verdade nunca pode ser senão meio-dita, se é esse o núcleo, a essência do saber do analista, é porque no lugar da verdade se coloca S2, o saber. Trata-se, portanto, de um saber que deve sempre, ele mesmo, ser questionado” (LACAN, 1971/1972, p.77).

No *Seminário 19*, Lacan fala sobre uma nova lógica que inclui o real na determinação da linguagem: indo mais além do dito do enunciado e enunciação do registro simbólico, traz à tona o dizer que ex-siste ao dito. Nas palavras de Lacan (1971/1972, p. 221): “Tudo o que é dito é semblante. Tudo o que é dito é verdade. Ainda por cima, tudo que se diz faz gozar. E, como escrevi hoje no quadro, *que se diga, como fato, fica esquecido por trás do que é dito*. O que é dito não está noutra lugar senão no que se ouve. É isso a fala. O dizer é outra coisa, é outro plano, é o discurso”. Para além do dito, a análise visa o dizer, operação só possibilitada pela instauração do discurso analítico porque inclui o real, bem como o saber e o gozo daí extraídos. Da análise, diz Lacan:

[...] há uma coisa que deve prevalecer: é que há um saber que se extrai do próprio sujeito. No lugar do polo do gozo, o discurso analítico põe o S barrado. É do tropeço, do ato falho, do sonho, do trabalho do analisando que resulta esse saber. Esse saber, este não é suposto: ele é saber, saber caduco, migalha de saber, *submigalha* de saber. Assim é o inconsciente. Esse saber – é o que assumo -, eu o defino, traço novo da emergência, por só poder postular-se a partir do gozo do sujeito. (LACAN, 1971/1972, p.77)

Fazer a clínica operar sobre o gozo, articular o real ao simbólico, não supervalorizar a verdade, dizendo-a meia, não-toda e tratando o saber como migalha: eis o que singulariza a clínica psicanalítica. O gozo perturba a relação do ser falante com o próprio corpo: “Trata-se, com efeito, do corpo, com seus sentidos radicais, sobre os quais não há influência alguma” (LACAN, 1971/1972, p.219). Não se pode dizer que na psicose o gozo é ilimitado, pois isso não é possível a quem esteja na

linguagem, e é o corpo do psicótico, objetalizado, que o hospital psiquiátrico aprisiona: um corpo agitado, insone, inapetente, inquieto, desconjuntado.

O que faz a instituição total no corpo do psicótico? Há um controle ininterrupto, seja via contenções física e química e de novo hoje, a se considerarem os retrocessos inacreditáveis por que passamos no cenário político brasileiro, não sem afetar em cheio as políticas públicas de saúde mental, as práticas de ECT ultra amenizadas por recursos anestésicos e até a antiga lobotomia, repaginada por modos ultra precisos de incisão neurológica... Seja como for, a instituição *contém* o corpo do internado, literalmente. Pelo modo próprio de estruturação do psicótico, o gozo não se parcializa. A significação fálica é, “na economia subjetiva, tal como a vemos comandada pelo inconsciente, uma significação que só é evocada pelo que chamamos de metáfora, precisamente a metáfora paterna (LACAN, 1958, p.561)”.

Sem a operação da metáfora paterna e a produção da significação fálica, o gozo irrompe em excesso no corpo do psicótico, de acordo com Kaufmanner:

Na psicose, a incorporação do simbólico se faz sem a castração. O corpo que advém como Outro não é deserto de gozo. O gozo permanece no Outro e no corpo, não é localizável pelo significante fálico, bem como os objetos não estão separados do Outro, não foram extraídos. Portanto, se o Nome-do-Pai seria o que separaria desejo e gozo, ficando o desejo no campo do Outro e o gozo com a Coisa, com a forclusão, o Outro goza. (KAUFMANNER, 1999, p. 97)

Em decorrência disso, não se coloca ao psicótico o gozo fálico, o psicótico é um sujeito fora-do-sexual: “Se, ao apelo do nome-do-pai, responde um puro buraco no simbólico, o sujeito não pode responder senão com seu próprio corpo, que oferece ao gozo do Outro. Por isso o gozo do Outro é o gozo do corpo, gozo não fálico, não mediatizado pela significação faltosa do falo, não sexual” (ELIA,1992, p.291-292).

Esse gozo incide de um modo extremamente invasivo nas psicoses desencadeadas, muitas vezes causando agressividade e agitação na mesma intensidade dessa invasão, um gozo sem ciframento devido à forclusão (KAUFMANNER, 2000). Será preciso ao psicótico dar um tratamento a esse gozo, circunscrevê-lo, margeá-lo, de modo a conseguir parcializá-lo ao invés de ser invadido por ele, veremos qual é o lugar da análise nesse ponto.

Para Barreto “é exatamente a ruptura do tecido simbólico que propicia a invasão desenfreada do gozo, que com frequência resulta na passagem ao ato” (BARRETO, 2004, p.50). A escuta promovida pelo analista pode, assim, produzir efeitos mais eficazes do que a surda contenção física e/ou química, que na verdade somente recoloca o sujeito psicótico na mesma condição de objeto de gozo do Outro. Mesmo nos casos em que esse procedimento for clinicamente indicado (como recurso último), sem a mediação da palavra ele só servirá aos objetivos da violência institucional.

Uma jovem de aproximadamente 24 anos que chamarei de Letícia, esquizofrênica, tinha frequentemente acessos de gritos e agitação intensa. Respondia à voz que a xingava incessantemente, seu corpo emagrecido e pálido chegou a virar a cama de ferro do hospital em um momento de fúria. Essas crises se intercalavam com momentos de total reclusão, ficando quase o dia todo deitada, coberta dos pés à cabeça no leito, inacessível a qualquer contato com o mundo externo. Em um determinado dia, ouço seus gritos na enfermaria. Me deparo com Letícia agredindo com socos, mordidas e arranhões os dois técnicos de enfermagem que tentavam segurá-la pelos braços, cada um de um lado. Coloco-me em sua frente, olho e falo com ela, perguntando o que se passava - até então, Letícia não olhava para ninguém, seus olhos se reviravam furiosos.

A partir dessa intervenção, a paciente me viu e então, fixando os olhos em mim, perguntou enfurecida: “Quando eu vou embora daqui? Liga agora pra polícia, pro meu irmão, esses burros querem me deixar aqui pra sempre, querem me amarrar!” Ao falar a mim, para de agredir e então peço para os técnicos se afastarem e saírem de perto levando as faixas de contenção. Digo-lhe que ela irá embora dali, porque ali não era um lugar de morar e sim de passar um tempo em tratamento, que realmente fazia tempo que não falava com seu irmão e com ninguém, mas que agora podíamos escutar seu pedido.

Acalma-se, volta para o leito após combinarmos que eu solicitaria a visita de seu irmão o quanto antes e que poderia me chamar para conversar sempre que assim o desejasse. Ao retornar para a sala de equipe, alguns minutos depois, a enfermeira me diz que Letícia queria falar comigo novamente e me adverte que antes dessa crise a mesma havia pedido para falar com ela calmamente, porém, ao questionar quando iria embora e ter recebido a resposta da enfermeira que ainda não estava de alta,

alterou-se, começou a xingá-la de burra e quase a agrediu, sendo segurada pelos técnicos e então chegou-se à cena que presenciei.

Vou ao encontro de Letícia, a retiro da enfermaria e a levo à sala de arteterapia, já que me pediu para falar a sós. Sento em sua frente, e ela me pergunta: “Você sente a mesma coisa que eu sinto?” Respondo que não, mas que poderia entender, se ela me explicasse. Pergunto: “O que você sente?” e então passa a me contar o que as vozes faziam com ela, que “os espíritos” não só falavam coisas horríveis, mas que lhe possuíam o corpo, que a perturbavam, achava que isso nunca teria fim e ficaria pra sempre no hospital.

Foi a primeira vez que pôde dizer essas coisas, e só pôde fazê-lo por não ter sido contida mecanicamente, ali onde o olhar, a voz e a escuta do analista se fizeram presentes. Como diz Lacan: “a presença do analista é ela própria uma manifestação do inconsciente” (LACAN, 1964, p.125). Penso que a presença do analista, no caso de Letícia, operou como corte ao excesso do gozo do Outro, em que falar e ser escutada delimitou a invasão sofrida pelas alucinações. A única resposta para isso era a agitação e os gritos, mas ao que a palavra incidiu e foi recolhida pela analista, foi possível enfim constituir-se um limite e um lugar menos objetificado na relação com o Outro. Ao abordar sobre a transferência nas psicoses desencadeadas, discorrerei mais a respeito da intervenção do analista.

3.3 TENTATIVAS DE ESTABILIZAÇÃO: AS INVENÇÕES DO SUJEITO PSICÓTICO

Como trabalhado anteriormente, nos estudos iniciais, Lacan entendia que na psicose, ali onde a metáfora paterna não substituiu o desejo da mãe, o deslizamento significante procuraria uma tentativa de articulação, tentando suprir a falta do significante nome-do-pai. Os fenômenos elementares seriam, portanto, efeitos de algo que não operou no simbólico, e, diante falta da metáfora paterna, a metáfora delirante seria uma possível saída para a estabilização das psicoses.

Para abordar a metáfora delirante, retomarei o texto freudiano “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia”, de 1911, que tratou do caso de Daniel Paul Schreber, juiz que, quando convocado a assumir uma posição de Presidente do Tribunal de Apelação, desencadeia um quadro psicótico. Antes dessa crise, aproximadamente oito anos antes, Schreber havia apresentando tão somente um quadro hipocondríaco que durara seis meses, foi tratado por seu médico, Flechsig. Tanto ele quanto sua esposa tinham o médico em alta conta, a ponto de manter seu retrato sobre a escrivaninha.

Schreber relata em sua autobiografia, tomada por Freud, que no intervalo entre a ‘primeira doença’ e a segunda teve uma vida feliz ao lado de sua esposa, conservando apenas a frustração de não terem tido filhos. No intervalo entre junho de 1893, quando foi informado de sua possível indicação para Presidente e outubro do mesmo ano, quando assumiu o cargo, tivera por duas ou três vezes sonhos que sua antiga doença retornara. Em uma manhã, num momento entre o sonho e a vigília, ocorreria-lhe a ideia de que, afinal de contas, deve ser realmente muito bom ser mulher e submeter-se ao ato da cópula” (FREUD, 1911, p.24), rejeita-a com veemência.

A ideia rejeitada internamente retorna desde fora, então, a partir daí irrompe um quadro delirante persecutório que incluía seu médico Flechsig, e depois se estenderia a Deus, apresentando alucinações, insônia, ideias hipocondríacas, distúrbios cenestésicos extremamente dilacerantes. Todo trabalho delirante que se seguirá tentará dar conta de sua transformação em mulher. Inicialmente, enquanto mantinha-se indignado e perplexo, isso seria experienciado de um modo bastante invasivo. Sua tentativa de cura se desenvolveria na constituição de um delírio de grandeza, e, em consonância com a ‘Ordem das Coisas’, aceitaria a condição de se transformar na mulher, não em qualquer uma, mas em se tornar ‘a mulher de Deus’. Restauraria o estado perdido de beatitude, redimindo e povoando o mundo com uma nova raça de homens nascidos de seu espírito.

Essa solução via reconstrução delirante se mostraria eficaz, tanto que se estabiliza, impetra uma ação judicial para ter alta em 1900 e, dois anos depois, consegue sua liberação. Os relatórios médicos, inicialmente contra sua saída, tornam-se favoráveis, destacando que era um homem culto, cortês, mantinha sua inteligência e memória preservadas, conseguia debater sobre diversos assuntos, somente ocupando-se de suas ideias delirantes se questionado sobre.

Lacan, ao retomar as Memórias de Schreber e o trabalho de Freud, propõe o Esquema I, baseando-se na metáfora delirante construída por Schreber:

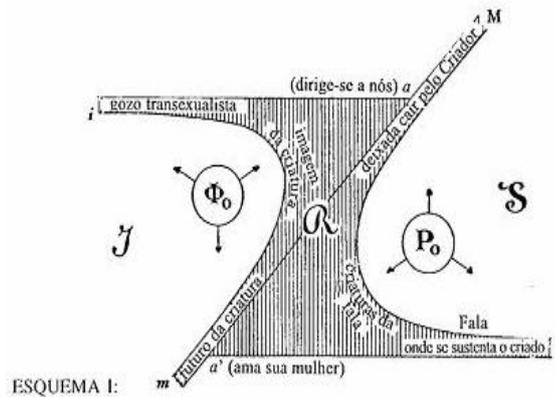


Figura 6

Nesse esquema, verifica-se que Lacan conserva os mesmos elementos do esquema R, apresentado anteriormente, porém, dispostos de modo diferente. O Nome-do-Pai parece zerado, e, na falta da sustentação desse significante no campo do Outro, a realidade é esgarçada: não há mais um triângulo simbólico que sustente o quadrilátero imaginário (o trapézio milM), que abarca o eixo do narcisismo e das relações objetais. O falo, também zerado por consequência, não mais organiza a realidade, não se coloca como um para além do Desejo Materno.

O escrito “deixada cair pelo Criador” remete à condição da criatura pelo abandono fundamental pela forclusão do Nome-do-Pai e a não simbolização da Mãe. Na sequência, “criaturas da fala”, para Lacan (1958, p.570) “ocupa o lugar do filho recusado às esperanças do sujeito”. A seguir, “onde se sustenta o criado”, se situa no I, Ideal do eu, que assume o lugar do P deixado vago pela Lei, balizando o psicótico estabilizado, sustentando-o pela fala criada, mostrando a importância do “papel da linguagem na reconstrução delirante” (ELIA, 1922, p. 298).

Antes desse recurso, Schreber encontrava-se diante do vazio indizível, no campo do imaginário seria aberta uma hiância, só resolvida pela emasculação. A emasculação, ser a mulher de Deus, fixa-o num gozo transexualista e numa imagem

da criatura, dando conta do vetor m-i, do eixo do narcisismo dilacerado pelo desencadeamento e pelo falo não operante, satisfazendo “o mais exigente amor próprio” (LACAN, 1958, p. 573). O “futuro da criatura”, a transformação total na mulher, seria relegada a um devir distante, compelindo Schreber a “adiar a solução do presente a um futuro remoto, e a contentar-se com o que poderia ser descrito como realização de desejo assintótica” (FREUD, 1911, p.57)

Diante do sacrifício que teve que fazer em nome da ordem das Coisas, Schreber aceita seu destino: “objeto de horror para o sujeito, inicialmente, depois aceita como um compromisso razoável” (LACAN, 1958, p.570). Schreber encontra uma “solução elegante”, a metáfora delirante, para o desastre sofrido no campo do imaginário, pela falta da operação da metáfora paterna. O próprio delírio busca uma forma de significação ao que é incógnito ao sujeito e lhe cai como um tijolo sobre sua cabeça. No caso de Schreber, ser a mulher de Deus, uma produção delirante, um compromisso assumido com a Ordem das Coisas, fez anteparo à frase simbólica “como seria bom ser uma mulher e submeter-se ao ato da cópula”, que lhe jogava ao precipício, ao vazio de significação.

Sobre essa tentativa de estabilização, faço os seguintes questionamentos: o uso desenfreado e excessivo de antipsicóticos e demais psicotrópicos estaria interferindo nesse modo de resposta, cada vez menos frequente? Cada vez mais tratado como algo patológico a ser extirpado, a medicalização suprimiria o uso desse recurso? A medicalização, ou seja, o uso excessivo dos psicotrópicos, pode produzir efeitos que seriam equivocadamente tomados como estabilização por realizarem uma ‘camisa de força’ interna.

A medicação em excesso pode, na tentativa de estancar o delírio, impedir o pensamento, como me disse uma paciente: “Eu não tomo esse azul [haloperidol] de jeito nenhum, ele *bloqueia o meu pensamento!*” Não é incomum ouvir dos profissionais da saúde mental que os pacientes podem ‘surtar de novo por falta do remédio’, como se esse fosse o único recurso disponível ao psicótico, tomado como ‘doente que não pode ficar sem remédio’. O uso da contenção química pode ser utilizado de forma frequente e mecânica no hospital diante dos quadros de ‘agitação’, muitas vezes transformada em entorpecimento, como adverte Oury (2009).

Se a psicose produz um rompimento com o mundo externo, a medicalização pode facilmente *desligá-lo* ainda mais dos objetos externos e das pessoas, não funcionando, portanto, como um remédio, algo que pudesse *re-medi*ar sua relação com o mundo e religá-lo aos seus afetos. Os tratamentos atuais (ou podemos dizer *medicamentos atuais?*) podem continuar reproduzindo (des)tratamento e impedindo a tentativa de cura do psicótico, quando se recorre ao uso da medicação de um modo surdo, para calar. Hoje as mordanças são mais sutis, nem por isso menos mortíferas... De todo modo, não é essa a direção da psicanálise.

Voltando às estabilizações, a metáfora delirante como construção simbólica não é a única via, do modo como vimos em Schreber. É preciso entender as psicoses mesmo no plural: as psicoses se diferem quanto ao modo de desencadeamento e também quanto ao modo de estabilização, que nem sempre será via metáfora delirante. Amaral (2014) destaca que a estabilização na psicose maníaco-depressiva, nos intervalos lúcidos, não há presença de nenhum resquício delirante:

[...] ao contrário da paranoia, a estabilização **não será obtida** pela inclusão dos significantes do delírio no novo mundo reconstruído pelo sujeito. Nada disso. Ele, antes, voltará a habitar sua boa e velha realidade anterior ao surto, não raro coberto de vergonha ao se deparar, seja com os estragos, seja com as pessoas que testemunharam sua crise. (AMARAL, 2014, p. 114, grifo da autora)

Ao abordar a melancolia e a mania, esta autora menciona que, se na melancolia há o desencadeamento psicótico pelo encontro com uma perda, na mania trata-se da não função do objeto *a*. Auxiliando-nos no entendimento do estatuto do objeto *a* nessas psicoses, a autora menciona que “o maníaco é aquele que mostra como o objeto de desejo não exerceu seu papel de limitação” (AMARAL, 2014, p.108). Se na melancolia o sujeito se encontraria com o objeto *a* através do ato suicida, na mania o objeto “está aí em *não função*: corre solto e sem freios, de suporte em suporte da realidade, na velocidade da vertigem metonímica do sujeito” (AMARAL, 2014, p. 112, grifo da autora).

Assim, a psicanálise lacaniana precisou também fazer um giro na clínica das psicoses, pois embora tenha retomado um tratamento possível à psicose (o que não foi pouco), por um período a tomou como deficitária comparada à neurose. Amaral

(2014) menciona a posição *neuroticocêntrica* de Lacan, antes de fazer equivaler os registros Real, Imaginário e Simbólico e pluralizar o nome-do-pai: a psicose não é uma falha comparada à neurose, “a todo sujeito é necessariamente dada a tarefa de articular os três registros de modo peculiar à sua “sustentação” (AMARAL, 2014, p.133).

Alvarenga (2000) menciona sobre as estabilizações em seu sentido plural, que não se restringem à metáfora delirante de Schreber ou mesmo à suplência de Joyce:

[...] devemos ressaltar que o termo estabilizações, ao ser usado, aqui, no plural, não diz respeito a uma estabilidade garantida. Não corresponde exclusivamente ao modelo de estabilização proposto por Lacan a partir do caso Schreber, onde temos a metáfora delirante, o empuxo-à-mulher e o escrito das *Memórias*, que lhe permitem argumentar com o Outro e obter uma saída num determinado momento, nem ao modelo de suplência proposto com Joyce. As estabilizações são multiformes, precárias, instáveis e nos fazem pensar que são tanto mais promissoras, no sentido de soluções para o sujeito, quanto mais permitirem a sua inscrição em algum tipo de discurso. (ALVARENGA, 2000, p.22)

Então, quais seriam as possibilidades de amarração/suplência aos psicóticos? Andrea Guerra (2007) cita quatro formas de estabilização: a identificação, o ato, a metáfora delirante e a escrita enquanto obra. A primeira delas, a identificação imaginária, em que se forja um eu para o psicótico, seria a mais precária. O ato seria uma tentativa do sujeito de se desvencilhar do objeto a, pois pela não incidência da castração e da significação fálica sua extração não operou de modo eficaz na psicose, o que produz algumas consequências. De acordo com Guerra (2007, p.48), “o gozo, não significantizado e contido, retorna como real em excesso. Assim, o psicótico permanece identificado à posição de gozo do Outro, oferecendo-se ele próprio como objeto no lugar da falta que não se inscreveu pela castração”. No caso clínico de Laura retomarei essa tentativa de estabilização via ato em um caso de paranoia.

A escrita enquanto obra é trazida ao final da obra de Lacan, após a formalização teórica que equivale os registros Real, Imaginário e Simbólico, pluralizando o nome-do-pai. Assim, não haveria mais a primazia do simbólico na estruturação da subjetividade, conforme diz Elia:

É a forma de nodulação dos registros que decide sobre a configuração estrutural do sujeito. O nó não é nem real, nem simbólico, nem imaginário, mas uma forma de articulação, de amarração desses registros. A nodulação pode ser feita a partir de um dos registros que, então, apesar de manter sua equivalência para com os outros, tem, na nodulação, um lugar diferenciado. (ELIA, 1992, p. 305)

Se os registros se equivalem, nenhum sujeito possui garantias: a todo sujeito, precário que sempre é em sua constituição, cabe inventar um modo de amarração, “um laço do *sinthoma* com alguma coisa de particular” (LACAN, 1975/1976, p.53) como dizia Lacan. É, portanto, quando Lacan passa a trabalhar com essa equivalência, que a psicose poderá ser pensada fora da referência do nome-do-pai, é o que ele nos apresenta ao falar da escrita do romancista e poeta irlandês James Joyce, psicótico que nunca desencadeou sua psicose.

Andrea Guerra menciona que o termo *solução* ou *estabilização* das psicoses é lacaniano, uma vez que Freud jamais se referiu a isso. Nos esclarece ainda que é preciso tomar a estabilização como “o gênero do processo psíquico que agregaria sob seu teto diferentes modalizações” (GUERRA, 2007, p.179). Assim, das várias possibilidades de estabilização, nem todas fazem suplência, uma vez que a suplência seria a criação de uma forma de amarração dos três registros, “invenção de uma nova forma de articulação entre eles [...] uma estratégia a partir de uma nova forma de gozo e de articulação entre real, Simbólico e Imaginário” (GUERRA, 2007, p.179).

Seguindo com Andrea Guerra, nem toda suplência seria *sinthomática*: o que caracteriza “a invenção *sinthomática* seria a suplência em um ponto específico, seria a invenção de uma ferramenta singular que operasse como nó borromeano, evitando o desencadeamento psicótico” (GUERRA, 2007, p.179). De acordo com a autora, para Joyce, a escrita restituíra o nó borromeu, fazendo cifra que opera sobre o gozo, uma invenção que produz efeitos sobre a posição do psicótico, até então presa de um Outro absoluto.

Joyce, ali onde o nome-do-pai não operou em sua função de nomeação, produziu uma operação outra, uma suplência que o fez pai do nome, como diz Andrea Guerra: “a demissão paterna provocou um trabalho de nomeação operado pelo próprio escritor” (2007, p.175). Assim, para Lacan no final de sua obra, o nome-do-pai

não só deixa de ser a única referência e torna-se pluralizado, mas o próprio sujeito em sua singularidade pode inventar um modo próprio de se amarrar, se nomear sem sua operação, como é o caso da psicose. Diz ele sobre o quarto nó, o *sinthoma* que Joyce produziu:

O pai, como nome e como aquele que nomeia, não é o mesmo. O pai é um quarto elemento – evoco aí alguma coisa que somente uma parte de meus ouvintes poderá considerar – esse quarto nó do simbólico, do imaginário e do real. Mas há um outro modo de chamá-lo. É nisso que o que diz respeito ao Nome-do-Pai, no grau que Joyce testemunha isso, eu o reviso hoje com o que é conveniente chamar de *sinthoma*. Na medida em que o inconsciente se enoda ao *sinthoma*, que é o que há de mais singular em cada indivíduo, podemos dizer que Joyce, como ele escreveu em algum lugar, identifica-se como o *individual* (LACAN, 1975/1976, p.163).

Amaral (2014) destaca que esse avanço de Lacan não chega a revogar a noção das estruturas clínicas ‘neurose, psicose e perversão’, mas sim retira qualquer entendimento de normatividade entre elas:

[...] o estabelecimento de três estruturas clínicas radicalmente distintas, tendo como ponto de demarcação de cada uma delas um mecanismo específico de constituição de sujeito (recalque, forclusão e desmentido) vai, sem refutá-las, sendo sucedido pelo pensamento inspirado em formas distintas de amarração, borromeana ou não, dos registros do Real, do Simbólico e do Imaginário, sem que possamos mais atribuir apenas à existência destes mecanismos a exclusividade dos modos de estruturação subjetiva. Este passo retira qualquer uma das estruturas clínicas de um eventual lugar normativo que pudéssemos supor, patamarizando-as, sem qualquer hierarquia imaginária entre elas (AMARAL, 2014, p.128)

Com relação à psicose especificamente, essa concepção lacaniana a retira de um déficit e dá a ela inúmeras possibilidades de enodamento, ponto fundamental para o campo da saúde mental, uma vez que a retira completamente de um lugar de ‘doença’ que teria seu correlato imediato de tratamento a via medicamentosa. Há que se considerar o trabalho do sujeito e, muitas vezes, aos profissionais da saúde, cabe mais não atrapalhar ao invés de tentar ajudar suprimindo seus recursos.

Nas unidades de saúde mental, considerando-se que atendemos as psicoses desencadeadas, como pode a clínica psicanalítica operar de modo a favorecer os recursos do sujeito para sua estabilização? Eis uma das perguntas em que busquei lançar luz, situando a clínica no hospital psiquiátrico, onde o psicanalista não está só, está entre outros, profissionais e pacientes. Porém, isso também não garante que sua práxis não seja muitas vezes solitária, uma vez que sua escuta parte do singular, posição nada fácil de se sustentar em uma instituição total.

CAPÍTULO IV: DO CÁRCERE INSTITUCIONAL AO TRATAMENTO POSSÍVEL DAS PSICOSES DESENCADEADAS

Eu vim de lá, eu vim de lá pequeninho

Mas eu vim de lá pequeninho

Alguém me avisou

Pra pisar nesse chão devagarinho

(Dona Ivone Lara)

4.1 UMA EXPERIÊNCIA PRELIMINAR: A PRIMEIRA PEQUENA FISSURA NO MURO DURO DA INSTITUIÇÃO TOTAL

Quando cheguei ao hospital em 2005, não havia nem mesmo horário para circulação fora das enfermarias trancadas, as pacientes permaneciam praticamente vinte e quatro horas confinadas, saindo apenas para o refeitório ou caso recebessem visitas. Houve duas situações ocorridas na instituição que marcaram aberturas importantes: a primeira delas, decidida pela Diretoria Geral da época²¹, instituiu que o então estacionamento dos servidores fosse utilizado como espaço terapêutico para os pacientes, que passaram a ficar no pátio por duas horas pela manhã e mais duas horas no período vespertino²². A segunda abertura importante ocorreu com a arteterapia²³, que incluiu atividades coletivas dentro e fora do hospital, ampliando assim a possibilidade de outras intervenções não mais limitadas ao confinamento e às contenções física e química.

Houve ainda uma terceira abertura, essa não a partir da instituição, mas de uma experiência vivida por mim no início da minha clínica, no período em que trabalhei por um ano no antigo Pronto Atendimento (PA) do hospital, em 2007. O Pronto

²¹ Luciana Gomes, psicóloga efetiva da Secretaria de Estado de Saúde, ocupou o cargo de diretoria geral do CIAPS Adauto Botelho no ano de 2006.

²² Atualmente esse período se estendeu e no setor feminino, onde trabalho, não há rigidez de horários.

²³ Nomeando as atterapeutas da unidade I que iniciaram esse trabalho: Ana Lúcia Leandro Goveia Taveira na internação feminina e Glauci Maria Ferreira na internação masculina.

Atendimento era uma unidade do CIAPS que funcionava vinte e quatro horas, atendendo urgências e emergências psiquiátricas. As pessoas que chegavam ou eram trazidas à unidade poderiam ser: somente acolhidas e referenciadas a outros serviços de saúde mental, acolhidas e atendidas pela equipe e então encaminhadas, atendidas e ficar em observação por 72 horas e, em último caso, em que o quadro não apresentasse melhora nesse período, era transferidas para as internações feminina ou masculina.

Pois bem, ocorre que recorrentemente uma jovem de vinte e poucos anos que chamarei de Luana era trazida por sua mãe ao PA, geralmente por relatos de agressividade, permanecia em observação e algumas vezes era internada. Porém, começou a chamar atenção da equipe o fato de que Luana se comportava de maneira tranquila no hospital, tratava os profissionais com respeito, conversava bastante com outros pacientes, não era agressiva, o que contrastava com o que dizia a mãe, a quem darei o nome de Branca. As queixas de agitação e agressividade eram as mais frequentes, o que tinha como resposta institucional prescrições medicamentosas com altas dosagens, uns dias internada e alta. Os profissionais começaram a se interrogar sobre o porquê de tantas recorrências na instituição.

Em uma das vindas das duas ao PA, observei a mãe. Parecia angustiada, olhos marejados, voz embargada enquanto fornecia dos dados para preenchimento da ficha de atendimento. Dessa vez, resolvi chamá-la e escutá-la separadamente, o que até então nunca tinha feito. Chamei-a para a única sala que havia para atendimento, disse-lhe que dessa vez resolvi atendê-la primeiro e então pergunto: “Como você está?” Isso ocasionou uma explosão de choro e, em meio aos soluços, me disse: “Há anos ando com essa *menina* pra lá e pra cá, levo em tudo quando é médico, em muitos serviços. Mas nunca, nunca alguém havia perguntado como *eu* estou”. Então pela primeira vez, fala de sua angústia, seu sentimento de impotência em não saber o que fazer, que ela era sua filha mais velha, mas que desde pequena era diferente, que tinha tentado de tudo para que melhorasse, até mesmo que se sentia envergonhada em trazê-la ao hospital tantas vezes, mas que Luana a agredia *pedindo* para ir ao Aauto.

Após essa primeira escuta, em que enfim pode endereçar *seu* sofrimento a alguém, sugeri que ela tivesse um acompanhamento psicológico, dizendo que seria importante ter um lugar onde pudesse falar de si, como havia feito comigo. Ela

concorda, faço um encaminhamento à psicologia do ambulatório público mais próximo de seu endereço. Depois de umas semanas retorna e me procura, dizendo que o psiquiatra do ambulatório público que atendia Luana tinha lhe dito que sua filha não tinha cura, que só iria piorar com o tempo e que a única coisa a se fazer seria uma “neurocirurgia”, deu cartão de um médico que seria seu “amigo”. O psiquiatra teria dito ainda que ela só conseguiria essa cirurgia entrando na justiça, recomendando que ela fosse ao Juizado Especial formalizar o pedido.

Branca estava muito preocupada com o que ouviu, questionando-se se isso de fato era algo correto a se fazer, queria a melhora da filha, mas a que custo? Digo com todas as letras que esse psiquiatra a estava induzindo a fazer um procedimento perigoso, caro, desnecessário, que sim, isso poderia custar a vida de sua filha, que haveria outras maneiras de tratar sua filha já propostas pela atenção psicossocial e muito mais eficazes. Diz ter ficado aliviada com minha posição, que achou estranho a proposta do médico, mas que ele era psiquiatra, ‘doutor’, como não achar que isso poderia ser realmente a única saída? Tomei o endereço que ela felizmente me fez antes de ‘obedecer’ a essa ‘ordem’ médica, pergunto se havia procurado pelo atendimento psicológico que eu havia recomendado. Disse que ainda não, e na terceira vez que reaparece com a filha no PA, mais uma vez, bastante angustiada, se dirigindo a mim, verifico que ao invés de somente encaminhá-la, seria preciso escutá-la mais vezes.

Reúno-me com a enfermeira e a assistente social da equipe e pondero que vínhamos observando a recorrência das internações de Luana, que eu havia escutado sua mãe, Branca, que estava em intenso sofrimento, que o objetivo daquela unidade era atender urgência e emergência e que eu tomava seu caso como urgente. Relatei que havia encaminhado para o ambulatório, mas que ela estava se dirigindo a mim naquele momento e que eu entendia que deveria atendê-la independente da filha ficar ou não internada. As colegas concordam, então, marco com Branca atendimento semanal, a atendia debaixo das mangueiras em frente ao hospital, já que nem sempre a única sala de atendimento estava disponível.

Nos atendimentos, que ocorreram por aproximadamente um ano, Branca desdobrou duas coisas que foram ditas na primeira vez que a escutei, ao chamar sua filha, já adulta, de ‘menina’ e ao falar sobre as agressões quando Luana queria que a levasse ao Adauto Botelho. Relata que seu sofrimento começou na gravidez de

Luana, quando, seu pai a amaldiçoou por ser contra seu casamento. Teve mais duas filhas de um relacionamento difícil que resultou em divórcio, há alguns anos estava só, o ex-marido era pouco presente e já tinha outra família.

Luana desde a infância apresentou dificuldades na fala, coordenação motora, aprendizagem, mas nos últimos anos, além disso, vieram também as internações psiquiátricas, mesmo sem terem claro qual era seu diagnóstico. Diz que Luana dormia com ela na cama, corto sua fala e interrogo apontando para uma estranheza: “Por que você dorme na cama com ela?” Diz que algumas vezes tinha que trocá-la no meio da noite após apresentar enurese, daí digo: “Ah, como se ela fosse uma menina?” Fica surpresa, se dá conta de quanto a trata como menina, às vezes até como um bebê, relata outras situações em que isso ocorre, como por exemplo quando precisa sair deixa a filha do meio cuidando de Luana, já que *não pode* deixá-la sozinha. Luana também não deixava que ela namorasse, certa vez chegou a derrubar um balde de água na cabeça de um pretendente, encerrando qualquer possibilidade de relacionamento. Achava que nenhum homem conseguiria lidar com a situação, estava resignada a ficar sozinha cuidando de Luana para sempre.

Conta que nos momentos de agitação, Luana sempre a agredia, chegava a quebrar coisas em casa, lidava sozinha com ela até conseguir levar ao hospital. Interrogo se nunca havia pedido ajuda a algum vizinho, diz que era muito discreta, na verdade tinha *vergonha* da situação. Aponto que realmente estava muito sozinha com a filha e interrogo por que um outro não poderia ser chamado para mediar essas situações difíceis. Mostro-lhe a possibilidade de que a que agressão poderia ser uma resposta a essa relação tão colada entre elas.

Um tempo depois dessa intervenção, Branca segue falando das agressões que sofria da filha, mas começa a responder a elas, não apenas se deixar agredir. Certa vez, se defende com uma colher de pau, não chegando a bater nela, apenas utilizando como um elemento *entre* as duas. Enfim, após um tempo chega ao atendimento dizendo que havia tomado uma decisão: não deixaria mais Luana agredida. Então, começa a pedir ajuda de alguns vizinhos ou consegue sair de casa antes de ser agredida.

Até que numa noite, Luana começa a pedir que a levasse para ser internada no Aduato. Branca se recusa, até então não havia motivos para tal, estava ocupada

com outros afazeres. Então Luana ameaça agressão, Branca consegue sair da cozinha onde estavam e a filha começa a quebrar coisas, gritando. Branca resolve chamar a polícia, que chega e as levam à delegacia, onde as duas são dirigidas para falar com o delegado. Branca explica que a filha estava agressiva e quebrando coisas em casa porque queria ser levada ao Aduito Botelho. Até então, Luana estava calma, as duas sentadas em frente ao delegado com uma mesa entre elas. Porém, quando Branca termina de falar, o delegado diz: “Olha só, a senhora falou que ela queria ir pro Aduito, ela tem problema mental, então, não posso fazer nada, ela não pode ser presa”.

Branca relatou que nesse exato momento, ao concluir a frase, Luana levantou-se abruptamente, que não sabia como conseguiu fazer isso, mas que havia ela pulado em cima do delegado, derrubando-o no chão e agredindo-o ferozmente. Ou seja: bateu no delegado quando ele a eximiu da culpa! Agora sim, poderia ser presa... E foi. Ficou uns dias na delegacia, depois foi transferida para o presídio.

Após um período na prisão, o defensor público pediu a reversão da pena para internação, alegando o transtorno mental e inimputabilidade. Foi transferida para o Aduito Botelho, onde permaneceu por volta de seis meses. Luana chega a ser agredida por outras pacientes na enfermaria, passa a solicitar alta à equipe da internação, demanda voltar para casa. Durante todo o período de prisão e internação, Branca ia visitar a filha e comparecia às sessões debaixo da mangueira comigo. Disse que achava estranhado o fato de que sempre foi muito difícil o convívio com Luana, mas que agora que não estavam juntas, às vezes à noite sentia o peito apertar, sentia sua *falta*. Pôde, nesse período, inscrever essa falta, que não era só da filha, mas que por muito tempo a colocou no lugar para remediá-la.

Após a liberação de Luana, ainda a atendi algumas vezes. A prisão e a internação tiveram um efeito organizador para ambas. Uma separação havia ocorrido, com a intervenção da *lei*. Lembro-me a última coisa que Branca me disse: “Agora preciso ir, vim aqui pra falar com você, a Luana ficou lá *cuidando* da minha caçula”. Marquei: “Ah, sim! Claro, ela está cuidando da irmã caçula, afinal, ela é sua filha *mais velha*.” Branca sorri, algo surpresa, e reafirma: “Sim, ela é minha filha mais velha”. A

menina havia crescido... Luana, até o presente momento não foi mais internada no Aduino Botelho²⁴.

Essa experiência inaugural foi marcante para que verificasse o quanto a clínica não deveria estar presa aos protocolos institucionais de atendimento. Embora não tivesse se produzido uma análise propriamente dita, efeitos analíticos se produziram, abrindo meus ouvidos dentro da instituição fechada. Uma pequena fissura na instituição total se abria para mim e aqueles muros já não seriam tão altos e sólidos a ponto de impedir minha escuta.

4.2 INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA: CÁRCERE OU TRATAMENTO?

Quando retornei à internação feminina após essa experiência no Pronto Atendimento, comecei a sair da sala individual de atendimento, na qual me sentia mais segura, nada psicanalista e onde ouvia sempre apenas as mesmas coisas: “Estou comendo bem, dormindo bem, tomando remédio, quero ir embora”. Passo a circular no pátio, agora aberto aos pacientes, e começo a participar das oficinas coletivas²⁵. Entre pacientes e outros técnicos, pude começar de fato a escutar e localizar minhas limitações. Meu encontro trágico com a loucura, misto de medo e pena, para o que não encontrei sustentação em minha formação acadêmica como psicóloga, me lançou para minha formação como analista no Laço Analítico/Escola de Psicanálise, sem a qual não conseguiria tirar as consequências de um trabalho fora do *setting* tradicional: sala individual, poltrona e divã.

Ela retoma que o então chamado *setting analítico* se redefine em Lacan como dispositivo analítico, introduzindo “um outro modo de se conceber um outro lugar em que se pratica uma psicanálise, situando-o como lugar estrutural” (ELIA, 2000, p. 29).

²⁴ Anos depois, a vejo no supermercado com as irmãs e o pai. Me reconhece, cumprimenta, pergunto como está Branca. Responde que a mãe estava ótima, e me pergunta: “Como está lá o Aduino Botelho?”. Minha resposta foi na direção do que é a proposta da Reforma Psiquiátrica: “Está lá ainda, mas *quase* fechando”. Ela sorriu, se despediu e seguiu na companhia da família.

²⁵ Minha participação nas atividades coletivas iniciou-se após convites fervorosos da amiga e arteterapeuta Ana Lúcia Goveia Taveira: “Veline, nas atividades elas falam muitas coisas, você precisa escutar!”

O lugar onde se pratica uma psicanálise prescinde do plano imaginário, de configurações com certas características espaciais ou temporais e o rigor da clínica se sustenta em eixos simbólicos. De acordo com Elia e Santos:

[...] seja qual for a ambiência física em que a experiência se dê (consultório, sala de ambulatório, em instituição pública ou privada, enfermaria, espaços de uma unidade de atendimento diário e intensivo), é absolutamente exigível que um determinado espaço discursivo se estabeleça e, para que ele possa ser dito psicanalítico, é exigível que um dos partícipes ocupe o lugar e a função de analista [...] e que algum outro dos participantes seja tomado nesse enlace como sujeito da palavra e do inconsciente. (ELIA; SANTOS, 2005, p. 113)

Mesmo em uma instituição total, como é um hospital psiquiátrico, o psicanalista jamais pode abandonar o fundamento da fala (LACAN, 1953). A psicanálise dispõe de apenas um meio, diz Lacan, a fala do paciente, seja ela uma fala louca, alucinada, fora da realidade, desconexa, descarrilhada, esquisita, é esse o barro com o qual o analista trabalha, onde quer que sustente sua escuta – no leito, no pátio, nos corredores, na sala de atividades coletivas ou na sala de atendimento individual, fora da instituição, debaixo da árvore e até no banheiro!

Qual afinal, a diferença entre cárcere e tratamento? Sabe-se que a diferença é grande, porém, no hospital psiquiátrico, a linha que as separa é tênue e ‘isso não é óbvio’, ou ‘isso não é auto evidente’ como diria Jean Oury²⁶. Há sim, uma linha que separa a internação efetivada como pura e simples segregação e controle (cárcere) de uma intervenção clínica necessária, em alguns casos, como último recurso de tratamento.

Há casos em que o desencadeamento se dá de forma extremamente invasiva, sem mediação alguma, incidindo gravemente sobre as relações sociais ou sobre o próprio corpo do psicótico. Por exemplo, ideias persecutórias que incluem os familiares que convivem diretamente com o psicótico e que possam redundar em agressão grave, casos em que haja possibilidade iminente de passagem ao ato que seja prejudicial ao sujeito e possa inclusive causar suicídio ou mesmo homicídio, exposições extremas de si que possam causar danos irreparáveis de diversas ordens,

²⁶ *Ça-ne-va-pas-de-soi*

quadros maníacos intensos em que o corpo pode chegar à inanição ou insônia extrema, enfim, essas e outras tantas situações que exijam um corte ou um 'continente no mar aberto' da dissolução imaginária ocasionada pelo desencadeamento.

A proposta da Reforma Psiquiátrica não descarta a internação enquanto recurso terapêutico, mas sim, ressalta que essa não deve ser a primeira ou a única opção e que ela não precisa ser feita em um hospital psiquiátrico. Os CAPS III foram pensados nessa perspectiva, pois incluem a possibilidade de acolhimento noturno, funcionando 24h. Durante a pesquisa, tive a oportunidade de frequentar por alguns dias o CAPS João Ferreira Filho, no Complexo do Alemão, no Rio de Janeiro (RJ). Por ser um CAPS III, atendia diariamente pacientes e familiares, alguns frequentavam os atendimentos individuais, outros participavam das atividades coletivas e alguns estavam em "acolhimento noturno", o que seria a condição da internação no hospital.

Os profissionais trabalhavam na perspectiva territorial, conheciam bem a população de seu território, atendiam não somente durante a crise, mas seguiam o acompanhamento pós crise, os casos graves que não se dirigiam ao CAPS eram atendidos em casa pelos técnicos de referência, havia ações de matriciamento e suporte às residências terapêuticas. A supervisão clínico-institucional incluía a todos, não havia divisão entre 'equipe técnica' e 'equipe de apoio', todos participavam das discussões e seus relatos importavam para se pensar a direção do tratamento.

Nos dias que passei neste serviço, durante o mês de agosto de 2018, vi um CAPS que funcionava como CAPS, assumindo a responsabilidade dos casos e completamente inserido em seu território. Espantei-me com o fato de que os hospitais psiquiátricos entravam em contato com a equipe e essa tinha total autonomia em retirar o paciente da instituição e reinseri-lo ou inseri-lo em tratamento no CAPS, mesmo sem ter recebido alta hospitalar. Questionei como isso funcionava, uma técnica me disse: "Quando alguém é internado em um hospital psiquiátrico e é do nosso território, a equipe do hospital entre em contato conosco e nós vamos até lá, a decisão de trazê-lo é nossa e não do hospital".

Em Cuiabá, como mencionei, não há CAPS III, mas nenhum outro CAPS jamais retirou um paciente da internação. Parece haver uma certa submissão ao poder do hospital psiquiátrico. Inclusive, há dificuldades dos CAPS seguirem acompanhando pacientes durante o período de internação e também de receberem e incluírem

efetivamente novos casos, sobretudo os mais graves. Esses, muitas vezes, permanecem presos a um ciclo sem fim de reinternações.

Outro ponto que chamou minha atenção foi o fato de que há dois anos esse CAPS não precisava utilizar leitos de retaguarda em hospitais psiquiátricos, sendo eficazes no atendimento às crises sem precisar internar, portanto. Uma paciente que chamarei de Suzi estava em acolhimento noturno, uma jovem de vinte e poucos anos, tratava-se de um caso grave tanto pelo sofrimento que em vários momentos se transformava em agressividade extrema ao outro, quanto pelas condições familiares e sociais muito frágeis.

Uma experiência curiosa que presenciei com ela foi que ao me ver se apresentou e elogiou meus cabelos, me apresentei de forma cordial e afetiva, como ela havia me abordado. Como Suzi não estava presa, entrava e saía do serviço quando quisesse. Algumas horas depois ela aparece com os cabelos cortados, me mostra satisfeita e diz: “Também arrumei meu cabelo”. Pergunto onde e como, me respondeu de modo espontâneo: “Ué, bem ali tem um salão, o cara de lá já me conhece bem. Sentei e falei: arruma meu cabelo aí! Daí ele deu uma aparada, estava precisando. Cortou de graça mesmo”. Num hospital psiquiátrico, a possibilidade de ir e vir, nem que seja ir até a esquina e voltar sozinha, é seriamente proibida: não à toa, as fugas ocorrem. Suzi não precisava fugir, foi e voltou após resolver o que precisava, a comunidade a acolhe, tanto que ganhou um corte de graça de um cabelereiro que a conhecia.

Essa breve experiência em um CAPS III exemplifica o quanto um dispositivo pode não só substituir, mas também superar os moldes manicomiais mesmo nos casos mais graves. É eficaz, é reconhecido pela comunidade, estende seus braços para todo o território de abrangência, faz rede. Demonstra também que a internação pode ser uma indicação, mas esse recurso pode ocorrer no próprio CAPS, com os cuidados da equipe que já acompanha ou irá acompanhar, em casos de primeira crise. O vínculo com a equipe, a transferência com os profissionais de referência e os laços afetivos não são rompidos como ocorre em uma internação psiquiátrica, possibilitando que os elementos que surgiram durante o desencadeamento sejam incluídos no tratamento pós crise.

No caso do hospital psiquiátrico, a não se coloca previamente como cárcere, mas pode facilmente se tornar um, eis uma internação questão que deve sempre ser recolocada para a equipe. Como psicanalista, essa distinção entre cárcere e tratamento jamais pode deixar de ser feita, principalmente quando se trata de casos muito graves em que radicalmente não se sabe o que fazer e o deslize para a violência institucional ou para o que Freud (1913) chamou de *furor sanandi*, a “ambição terapêutica”, é sempre possível – até por que parece haver uma continuidade entre as ambas.

Muitas vezes o impasse de encaminhar as altas vinha dos profissionais pelo atravessamento do *furor sanandi*, uma demanda de cura às pacientes tendo em vista a fragilidade da rede, ou seja, tomando a dificuldade de alguns CAPS em de fato acolher os casos graves, como se ficassem à deriva após a internação (o que infelizmente, de fato, ocorre algumas vezes). Nisso, o tempo de internação pode se estender demasiadamente, trazendo mais sofrimento pelo efeito do que já virou cárcere, o que acaba sendo integrado pelos profissionais como ‘sofrimento da doença’ – eis aí o perigo da institucionalização.

Querer que o paciente se ‘cure’ da loucura vista como doença a ser extirpada, querer contê-lo física ou quimicamente, ou mesmo querer o bem do paciente, querer dirigir sua vida tão desorganizada, são todas formas de condução não de tratamento, mas de cárcere: encarcera-se o indivíduo, suprime-se qualquer possibilidade de advir o sujeito. No hospital psiquiátrico facilmente se estabelecem critérios de normalidade e adaptação, entendendo-se como cura a normalização da loucura: estar calmo, dormindo bem e se alimentando bem (justamente o texto que escutava das pacientes na sala individual!).

Porém, ao tentar normatizar o psicótico, desmorona-se toda a luta em que o sujeito se reconstrói (Lacan, 1958). O critério para alta pode excluir o trabalho subjetivo, ou tentativa de cura, como vimos em Freud. A psicanálise não é uma terapêutica, não é um tratamento conduzido pela sugestão e operado pela ambição terapêutica e pedagógica. Inclusive, intervenções pedagógicas são rapidamente rejeitadas pelos psicóticos graves, às vezes até mesmo em atos agressivos, por presentificar um Outro não barrado que tudo pode, como veremos adiante.

Os profissionais no hospital e na saúde mental facilmente se colocam como possuindo algum poder diante do psicótico. Aliás, a lógica manicomial não opera somente nos hospitais psiquiátricos, mas também nos CAPS, ambulatorios, entre outros, o que parece indicar que os profissionais são mais facilmente *institucionalizáveis* que os pacientes, estejam eles nos serviços abertos ou fechados. Dizem com frequência que há pacientes que “cristalizam” seus “sintomas psicóticos”, mas Manonni (1971) já alertava que na verdade quem cristaliza é a instituição, fixando o louco numa determinada ‘doença mental’ objetivada que justifica condutas de rotulação e segregação:

A relação estabelecida com a doença mental é uma relação que conduz à objetivação do louco, objetivação em que se o abandona [...] Tornando objeto de ciência, o louco perdeu um dizer de verdade [...] O “doente mental”, no quadro que se lhe criou, acaba por compartilhar seus pontos de vista de um certo “racismo psiquiátrico”: a “segregação” estando, com efeito, longe de ser o apanágio exclusivo da psiquiatria. (MANNONI, 1971, p. 61)

Como então é possível uma equipe de um hospital ou de qualquer serviço de saúde mental não resvalar nessa antiga forma, mas infelizmente, sempre presente de lidar com a loucura? A supervisão clínico-institucional é fundamental e opera como um divisor de águas que separa o a lógica manicomial da atenção psicossocial. Esse dispositivo possibilita que as equipes de fato se constituam, ao invés de um grupo de profissionais institucionalizados e fechados em seus próprios manicômios imaginários.

Elia (2015) menciona que só há equipe se houver supervisão, a partir de uma decisão que parte de princípios antimanicomiais e psicanalíticos. Para que essa decisão não seja atropelada pelas demandas ou pelos ímpetos pessoais, para que essa direção não se perca, é fundamental que a supervisão funcione como dispositivo psicanalítico de transmissão e formação, em que o supervisor não é analista dos profissionais, mas se ancora na função analista, implicando-os em suas falas e posições na condução dos casos. De acordo com Barleta, a supervisão:

refere-se a uma estrutura discursiva, na qual o supervisor opera *ancorado na função de analista* e se volta a outros, os profissionais

[...] que nesse dispositivo são tomados como sujeitos no espaço dos Centros de Atenção Psicossocial e em quaisquer outros pontos da rede de atenção. Ademais, as suas falas e seus atos são considerados como registros significantes, ou seja, manifestações da linguagem. Entendemos assim, que é da estrutura do inconsciente na lógica coletiva fazer com que os efeitos analíticos se transmutem em efeitos de formação (BARLETA, 2016, p. 181-182)

E esses efeitos na formação produzem efeitos na condução dos casos, atingindo pontos que jamais seriam considerados se apenas mecanizados, reproduzidos por um agrupamento de profissionais. Para que se tome a singularidade de cada caso como é a recomendação da Psicanálise, é preciso que os profissionais tomem também a sua própria, sobretudo onde sua escuta é impedida pelos seus ideais, preconceitos, furores de cura ou de educar, que são facilmente convocados em situações de extrema precariedade e de pessoas também nessa condição.

Abrir um lugar para a clínica no hospital psiquiátrico nos faz estar diante de casos muito complexos, difíceis, casos que colocam a equipe diante de situações-limite, situações que convocam o que há de 'mais humano' em nós. Pois bem, a supervisão possibilita que se recoloca a posição a direção do tratamento, quando ela deixa de operar e quando, nos escorregões comuns diante desses casos graves, se quer dirigir a vida do paciente ou mesmo se resvale na violência institucional.

Assim, como não há supervisão e nem perspectiva para tal na instituição, não foi possível instaurar o dispositivo psicanalítico como era o intuito inicial da pesquisa. Cada profissional lida com as pacientes usando seu repertório técnico e pessoal, o que frequentemente produz esgotamento e até adoecimento. Apesar disso, os profissionais da internação feminina possuem porosidade e disponibilidade pessoal diante do sofrimento muito grave, o que possibilita aberturas para que a escuta clínica e seus efeitos ocorram.

A manutenção de instituições fechadas aliada ao sucateamento do SUS, afeta não somente os pacientes, mas também e sobretudo os profissionais, institucionalizando e deixando todos em uma condição de inércia caso isso não seja tratado, como de fato não é pela falta de supervisão. Não se dirige a vida do paciente, mas se dirige o tratamento, como assinala Lacan (1958), e então antes cabe apostar na incidência do sujeito do inconsciente. Esta foi a minha decisão psicanalítica desde

o início no hospital, o que abriu um terreno fértil para o campo da transferência dentro do espaço inóspito da instituição total.

No campo da saúde mental pública, desmontada, atendendo casos extremamente graves em todos os sentidos, manter a direção analítica é sempre difícil. Se não há um funcionamento de equipe na direção antimanicomial, a recusa dos pacientes em serem tutelados ou controlados é entendida como rebeldia ou agressividade. Talvez ainda mais aí, no caos e na rigidez da instituição total que a instauração da escuta clínica seja mais importante, embora só ocorra 'contingencialmente'. Porém, do mesmo modo, vale ressaltar que ter uma posição manicomial dentro do hospital também não é 'necessário'.

Essa foi aposta decidida e sustentada por Jean Oury, como veremos a seguir.

4.2 O Coletivo e a abertura de espaços do dizer: uma proposta da Psicanálise posta em ato

Jean Oury, psicanalista francês de formação lacaniana, conseguiu em La Borde²⁷, em sua experiência que durou 60 anos (1954-2014, ano de sua morte), fazer funcionar uma instituição não manicomial, não totalitária, por mais que possa haver aí um paradoxo. Representante da Psicoterapia Institucional após Tosquelles, propôs um tratamento às psicoses graves na instituição:

Nosso objetivo é que uma organização geral possa levar em conta um vetor de singularidade: cada usuário deve ser considerado, em sua personalidade, da maneira mais singular. Daí um tipo de paradoxo: colocar em prática sistemas coletivos e, ao mesmo tempo, preservar a dimensão da singularidade de cada um (OURY, 2009, p. 19)

O autor nomeou esse modo de tratamento que possibilita resguardar o singular na instituição como "Coletivo", definindo-o como:

²⁷ Clínica psiquiátrica fundada por Jean Oury em 1953, localizada perto da cidade de Cour-Cheverny, no Vale do Loire – França.

[...] uma *máquina a tratar a alienação*, todas as formas de alienação, tanto a alienação social, coisificante, produto da produção, como a alienação psicótica [...] é preciso que haja em algum lugar – se quisermos verdadeiramente por em prática algo de eficaz no plano da psicoterapia das psicoses – uma máquina que possa tratar a alienação. (OURY, 2009, p. 39)

O autor diz ainda que a maior parte das instituições “passa ao lança-chamas toda possibilidade de emergência do dizer”, mas, se o discurso do analista opera, se há analista, a transferência permitirá ao sujeito “manifestar-se através da emergência de um “dizer” (OURY, 2009, p.31). Porém, isso só seria possível pela sustentação da heterogeneidade, eu diria também da parcialidade, que pode ‘*destotalizar*’ o hospital psiquiátrico. Segundo Oury (2009) é preciso que haja “espaços do dizer”, para que o psicótico, sujeito que descarrilhou no simbólico, possa se delimitar, encontrar um trilho significativo e, assim, o sujeito encontrar um lugar:

O espaço do dizer é uma delimitação que exige um trabalho enorme, um trabalho coletivo, polifônico, em diferentes níveis [...] Emergência do dizer, que, no fim das contas, é a definição da transferência. Não um dito, nem uma fala, mas algo que faz com que, aí, o sujeito que estava em parte nenhuma encontre enfim um sítio (OURY, 2009, p.220).

A partir do espaço do dizer, é possível emergir o objeto *a*, pela fabricação de um lugar-tenente de objeto *a*, ou seja, fabricação de algo que funcione como objeto *a* em sua inoperância na psicose. Institui-se, assim, algo do discurso, constituindo-se o campo da transferência:

É essencial recuperar o nível de existência do psicótico, o qual não consegue justamente delimitar-se. Se não, nos casos mais graves, eles não estão em “parte nenhuma”. Para lutar contra a parte nenhuma, é preciso um espaço do dizer, um espaço de emergência. Emergência do quê? Do que toma lugar de objeto “*a*”. Não se pode falar de transferência sem falar de objeto “*a*” [...] É neste sentido – fabricação do lugar-tenente de objeto “*a*” – que se pode dizer que se trata tanto da fabricação do espaço quanto da fabricação do corpo [...] O psicótico não é bem-delimitado, ele tem dificuldades com os limites de seu corpo, de seu espaço. Trata-se, então, de delimitar bem um espaço, mas no campo transferencial, por “*enxertos de transferência*”; a fim de que num dado momento algo do discurso possa manifestar-se (OURY, 2009, p.115-116).

Para dizer a respeito da fabricação, via transferência, do lugar tenente de objeto *a*, voltemos ao caso de Noêmia. Já há alguns anos, ainda no hospital, ela

guardava seus objetos mais importantes, seus livros, em ‘seu’ quarto²⁸, debaixo do colchão. Mesmo não sabendo ler, seus livros e revistas lhe eram tão caros que às vezes dormia com eles, carregava-os aos montes pelo hospital, muitos deles tinha ganhado de funcionários, outros pegava da sala de equipe ou da sala de arteterapia. Na verdade, nunca foram simplesmente livros ou revistas, são objetos especiais, “documentos”, tanto que não deixa que qualquer pessoa os pegue, o que às vezes gerava briga com outras pacientes desavisadas.

Quando iniciou seu processo de desinstitucionalização, garanti as condições para que pudesse levar e trazer esses livros do hospital para a residência e vice versa. Definitivamente na residência, inicialmente pedia que eu levasse alguns livros e os guardasse para que ninguém roubasse seus “documentos”, pedido que sempre atendi, os levava e trazia. O fato de me dar alguns, que eu pedia que ela escolhesse, me fez verificar que estava conseguindo deixar cair, deixar separar-se desses objetos, tornando-os mais parciais, recortados de si e transferencialmente, também era um modo de me deixar ir embora, na condição de que eu voltasse e os trouxesse. Os livros, “documentos”, de algum modo a representavam, mas não estavam mais colados a si, e mais, deslizaram de *documentos* para *dinheiro*. Em um dos atendimentos, ao me ver com calça jeans *destroyed*, fala: “Veline, você está mal vestida com essa calça rasgada, toma essa bolsa de dinheiro e compra roupa pra você, pode gastar tudo!” e me entrega um bolsa cheia de livros-dinheiro, ou seja, *pagando* sua sessão.

Na direção do que Oury diz sobre a “fabricação do objeto *a*”, Alvarenga (2000) situa que uma via de estabilização da esquizofrenia pode se dar a partir da construção de um objeto, fora do corpo, exteriorizado, que permitiria ao psicótico não ser ele mesmo esse objeto de gozo do Outro. Oury (2002) diz que o objeto *a* é “enforme” do Outro, no sentido de lhe “pôr em forma”, ou seja, o delimita. Como já abordado, o sujeito psicótico não faz essa operação de redução do Outro, o destacamento do objeto *a* fica, portanto, inconcluso ou mesmo não se extrai.

Nesse breve retorno ao caso de Noêmia, verifica-se que esse destacamento do objeto *a* tem incidido pela via transferencial: seus objetos fabricados são seus documentos, a nomeiam, e também medeiam sua relação com o Outro, faz troca,

²⁸ Nos últimos anos de internação, escolheu um quarto da enfermaria para ser somente seu.

paga, com esse dinheiro, sua sessão. Ao falar sobre a fabricação de um lugar tenente de objeto *a*, Oury sustenta a possibilidade de que, na clínica com os sujeitos psicóticos, o objeto *a* possa vir a operar, assim como Noêmia e seus livros-documentos-dinheiro nos ensina.

Seguindo com o coletivo de Oury, a delimitação de um ‘espaço de dizer’ é o próprio campo transferencial, ou seja, nada tem a ver com a limitação do espaço físico, esse característico do manicômio. A liberdade de circulação está em contradição com os isolamentos do espaço hospitalar, com o enclausuramento. É preciso haver, na instituição, liberdade de circulação, abrindo esses espaços do dizer, o que permite a transferência e a possibilidade de passagem de um sistema a outro, de um lugar para outro, de uma pessoa para outra, de um discurso a outro, podendo então emergir o discurso psicanalítico. Para esse sujeito descarrilhado, as coisas funcionam melhor quando ele pode investir, mesmo que parcialmente, em diferentes lugares (OURY, 2009).

Oury (2009) instaurava uma forma de trabalho no hospital que incluía a distinguibilidade - tão rara nos pacientes das internações, a começar pela vestimenta de “uniforme”, conforme nossa experiência no Brasil. Ele dizia que essa distinguibilidade seria fundamental tanto nas pessoas (pacientes e profissionais), quanto nos próprios espaços da instituição. Como bem alerta Oury:

[...] se não formos vigilantes, se deixarmos as coisas acontecerem, há uma inércia que aparece. A entropia aumenta, há segregação e o “*ça-va-de-soi*”²⁹ domina. Há processos chamados “processos de assimilação”, isto é, de indução, de uniformização: basta um tipo fazer uma coisa para que todo mundo faça também. Não há distinguibilidade (OURY, 2009, p. 167).

Não se tratando de um grupo, o Coletivo deve garantir a singularidade absoluta, a distinguibilidade, a heterogeneidade tornando disponível vários significantes. Essas noções são importantes porque são o contraponto da totalização

²⁹ *Ça-va-de-soi*, na tradução em português, segundo a nota do tradutor, seria “isso é óbvio”. Essa expressão é utilizada por Oury para definir a posição daqueles que, dentro da instituição, querem conservar as coisas como são. A expressão de Oury seria melhor dita em português: *isso é auto-evidente* (ELIA)

do hospital psiquiátrico, que só produz uniformização, assim como também dá um norte na direção de tratamento aos casos graves de esquizofrenia. Diz Oury:

[...] para poder “manter-se” em um certo nível de existência, essas pessoas que estão na dissociação, que estão descarrilhadas, que estão em espera permanente – às vezes até a morte – que estão “em sofrimento” é preciso um campo de trabalho no qual haja o máximo de distinguibilidade; não heteróclito, mas *heterogeneidade*, isto é, um campo no qual haja o máximo de significantes (OURY, 2009, p.275).

De acordo com Oury, uma das funções do Coletivo é produzir S1, o que faz homologia entre o coletivo, tal como concebido por Oury, e o discurso analítico, que também produz S1, por ser o significante que está em relação com a manutenção do sentido. Na clínica com esquizofrênicos, sujeitos descarrilhados no simbólico como diz Oury, trata-se de produzir S1 a fim de possibilitar a manutenção do sentido, ou seja, fornecendo uma certa ancoragem diante da dispersão significativa, permitindo ser mais suportável a convivência com os outros. Para ilustrar essa questão, ele nos traz um exemplo pitoresco, apresentando um fragmento clínico de um esquizofrênico:

[...] um esquizofrênico, quando ia consultar com seu médico, que ele tinha “designado” como sendo seu psicoterapeuta (o qual não tinha verdadeiramente a impressão de fazer uma psicoterapia da esquizofrenia), ficava cerca de dez minutos para trocar algumas banalidades, e, às vezes, fazer algumas perguntas bizarras. Uma vez, o médico, talvez cansado, disse-lhe: “Então, nos vemos novamente daqui a oito dias”. Ao que o doente respondeu: “De jeito nenhum. Eu preciso dos meus dez minutos a cada quatro dias; depois de oito dias, já era! Eu preciso dos meus dez minutos a cada quatro dias; isto permite com que eu vá às refeições com os outros, com que eu faça atividades...” Sem isso, as alucinações reapareciam, ele tornava-se muito agressivo, criando problemas difíceis. É verdade que dez minutos eram suficientes para que o sentido se mantivesse durante quatro dias. O que ele vinha buscar? Claro que ele estava sempre “descarrilhado”, mas para poder subsistir em certa dimensão de convivência, era-lhe necessário uma “dose” de sentido. (OURY, 2009, p.163)

Oury destaca que esse paciente vinha procurar o S1, reorganizar a ordem do discurso, procurava o lugar do sentido que não está em lugar algum no tetrápode do discurso, mas que é o que permite a circulação de um discurso ao outro. O Coletivo

seria um tipo de máquina que instaura o discurso do analista e então produz S1, não para fixar o discurso, mas para, ao contrário, permitir as passagens de um a outro. O conceito de Coletivo de Oury não diz respeito a um grupo de pessoas, do mesmo modo, não se trata do estabelecimento de uma relação dual entre analista e analisante, ou seja, uma relação entre duas pessoas. No discurso do analista só há lugar para um sujeito, causado pelo agenciamento do *a*, semblante que agencia o discurso que possui como produção, produção em perda, de S1.

Tanto no coletivo quanto na clínica nos consultórios particulares, dar-se-á uma experiência psicanalítica *se e somente se* for atendida a condição de que opere a função analista que se dirige a um sujeito e isso não se prende nem ao espaço físico de quatro paredes nem mesmo à exigência de haver duas pessoas nesse espaço.

Assim, vale destacar que no tratamento com psicóticos a produção de S1 diz respeito a uma parcialização do gozo, circunscrição de gozo, e não à produção de recalque. Oury afirma que o Coletivo colocaria em forma uma autoprodução de significantes, em que cada usuário seria tomado em sua singularidade como produtor e como peça da máquina. Recoloca-se, a partir dessa autoprodução, a circulação de uma subjetividade e instaura-se um campo para a transferência, o que não se dá sem desejo do analista.

Inclusive, segundo Oury, os psicóticos localizam diretamente, de forma certa, o desejo do analista. Lembro-me de um paciente da ala masculina, Carlos³⁰, que sempre nos horários de pátio vinha falar comigo, o que às vezes gerava problemas entre as pacientes, uma delas chega a dizer: “vai procurar a psicóloga dos homens, a Veline é das mulheres!” Mas eu sempre o acolhia e mantinha uma escuta dentro das possibilidades, já que ele dizia preferir falar comigo porque, segundo ele, alguns profissionais que o atendiam em sua ala anotavam no prontuário tudo o que ele falava – sabia que se lhes dissesse certas coisas, por relatarem tudo no prontuário, o psiquiatra aumentaria seus medicamentos – nada mais sagaz!

Falou-me coisas muito delicadas sobretudo sobre desencadeamento, quando se sentiu muito confuso e foi ler a Bíblia para se acalmar, só que as letras do livro saíam das folhas, foi quando se olhou no espelho e viu sua imagem distorcida, como que faltando pedaços. Relatava também que, por ser filho do Sílvio Santos, tinha que

³⁰ Nome fictício

ir à Globo no Rio de Janeiro para acabar com essa emissora concorrente – por isso saiu andando a pé de uma cidade do interior de Mato Grosso para chegar até o Rio.

Quando a família o encontrou já estava há muitos quilômetros longe de casa, emagrecido, pele queimada pelo sol, mas, mesmo assim, tinha certo seu rumo. Pois bem, quando comecei minha tentativa de admissão no doutorado, sem que ele pudesse ter qualquer notícia sobre isso, já que não havia exposto a ninguém na instituição ainda, ele me aborda no pátio e diz: “Veline, você não é mais psicóloga. Rasgue seu diploma de psicóloga, você não precisa mais dele. Você já é uma doutora: você cura com a voz”. Diz Oury:

Os neuróticos, eles são tão emaranhados nessas coisas, eles não ousam dizer, eles enrolam; mas os psicóticos são diretos, eles apontam perfeitamente onde vocês estão em relação aos próprios desejos. Há mesmo alguns que sabem, às vezes, o que sonhamos: sobretudo porque eles só têm isso a fazer, os esquizofrênicos! E eles têm antenas enormes, monstruosas, às vezes andamos em cima delas sem nos darmos conta; eles têm grandes antenas e eles reparam em vocês. (2009, p.135)

Na instituição vale saber bem onde se pisa, como diz a saudosa Dona Ivone Lara, sambista e trabalhadora do hospital Engenho de Dentro: “Alguém me avisou pra pisar nesse chão devagarinho”, ou como esclarece Oury:

Os pés são bem mais inteligentes do que a cabeça. “Os pés não são estúpidos assim”, como dizia Prévert. Saber onde se pisa demanda uma ciência extraordinária, e não simplesmente uma ciência da cabeça; e, sobretudo, não estar enrolado em ideologias; isso quer dizer, não estar protegido por cortinas (OURY, 2009, p.111).

De acordo com Oury, é preciso estar vigilante quanto à inércia institucional, que produz segregação, uniformização e a dominação da tecnocracia, quando os *ça-va-de-soi* dominam, a famosa frase pronta que escutei tantas vezes: “sempre foi assim”. Um sistema institucional rígido passa um lança-chamas na iniciativa e no desejo, logo não há mais nenhuma produção. O desejo do analista parte de uma decisão de que há o que se fazer e a sustenta perante a burocracia institucional, nas palavras de Oury (2009, p. 32): “Se se decide que não há nada a fazer, não haverá nada a fazer [...] “Não há um estado de coisas em si”. Não há fatos em si. Fazemos

parte das coisas que estão aqui. E se se decide que não há, não há... Os tecnocratas vêm para verificar que não há”. Sempre haverá o que se fazer, caso seja essa a decisão, na direção do desejo.

4.3. A INSTITUIÇÃO TOTAL E SEUS AVESSOS: SUBVERSÕES DA CLÍNICA

Se há algo característico da instituição total, talvez seja justamente a estase, a inércia. É como quando entrei na instituição e proibiam-se coisas simples, por exemplo, os pacientes não podiam tomar café. Questionei o motivo e ninguém sabia explicar! As contenções também eram literalmente ‘mecânicas’, ficavam a cargo da enfermagem e dos médicos, não havia espaço para outras intervenções: eram assim para todos os pacientes em situação de ‘agitação’ ou ‘agressividade’. As regras rígidas de circulação e saída das enfermarias eram também aplicadas em massa. Diz Alkmin (2000, p.130): “não são as regras que curam, nem o cognitivismo, mas só o poder de “tratar o paciente como exceção”. Esse poder é recusado pela instituição”.

No hospital psiquiátrico, os gritos produzem como seu oposto o não-dito, o cárcere não só dos corpos, mas principalmente da palavra, essa face mortífera do silêncio e da inércia institucional. Mannoni (1971, p.33) cita a fala de Georges, paciente internado aos 18 anos de idade no hospital psiquiátrico que exemplifica bem o quanto a falta de escuta mata a palavra: “Os gritos e a miséria, acaba-se não escutando mais nada. Alguns tornam-se como paredes, perdem a palavra. Todo mundo aqui está condenado a perder a palavra”.

O que venho constatando já há algum tempo é que sempre que o discurso analítico opera, a clínica move a inércia da instituição e as consequências disso são inúmeras. Por outro lado, as consequências da imposição de um saber prévio e estanque sobre o psicótico, tomado apenas como um objeto de observação e conduta médica são nulas no sentido da eficácia, e obviamente nocivas no sentido dos malefícios que produz à subjetividade. a surdez faz com que a única medida seja a contenção, seja ela espacial, mecânica, química.

O uso da medicação, inclusive, pode facilmente se colocar previamente como forma de calar e suprimir o que precisa ser dito, quando é utilizada dessa maneira,

não serve para amenizar o sofrimento do paciente e sim para proteger os profissionais, como bem aponta Mannoni (1971, p.62): “No asilo, o dizer do paciente é geralmente menos escutado que o seu agir. O medicamento sempre vem proteger o atendente contra o que o doente pode veicular como angústia (de morte) e de desejo (sexual) de agressão”.

A burocratização e os protocolos no hospital demonstram bem o quanto muitas vezes o discurso universitário está na proa da instituição e pior: ali onde os profissionais muitas vezes não sabem o que fazer diante da psicose e muitas possibilidades poderiam se colocar, vem a *mecanização da técnica* principalmente medicamentosa tamponar seu não saber, não produzindo outra coisa senão a violência institucional. Logo no início da minha clínica no hospital, era frequente a utilização das contenções físicas e medicamentosas nas situações de agressividade ou agitação das pacientes sem nenhuma forma de intervenção pela palavra.

Até então não havia um questionamento sobre essa prática, era algo repetido como um saber pronto. Como diz Lacan (1969/1970), a experiência psicanalítica coloca o saber na berlinda, o saber como totalidade fechada é duvidoso, então precisei dar esse passo em minha formação, passado o momento de paralisação e medo que o encontro com a loucura me causou. Assim, seria preciso histericizar o discurso dos técnicos, colocá-los a duvidar um pouco de que isso era uma intervenção, do outro lado, era preciso escutar essas mulheres loucas, deixar que as suas palavras tivessem acolhida nesse lugar tão inóspito, tão dessubjetivado que é um hospital psiquiátrico, onde o empuxo à inércia é tão fácil.

Para que algo pudesse girar na rigidez e na inércia institucional coloquei-me muitas vezes a perguntar, a não tomar esse modo de agir como protocolo, como menciona Lacan (1969/1970, p.33): “o que o analista institui como experiência analítica pode-se dizer simplesmente – é a histerização do discurso [...] é a introdução estrutural, mediante condições artificiais, do discurso da histérica”.

Ao dar espaço à palavra, dei-me conta de que era preciso que eu saísse da sala de atendimento individual, como mencionei anteriormente. Verifiquei que a oferta da escuta podia subverter a ordem institucional e que isso tinha consequências, ou seja, não era só a medicalização que produzia efeitos (inclusive, para as pacientes,

péssimos efeitos). Trago um fragmento clínico que foi um marco nesse sentido, retornando aos primórdios de minha clínica na instituição:

Uma paciente que chamarei de Maria, em intensa agitação, foi medicada e contida, o que não amenizou o quadro. Gritava, debatia-se. O médico plantonista disse não haver como medicá-la mais, pois já havia utilizado a dose máxima de haloperidol. Cheguei próximo ao leito e me apresentei, ela me olhou e continuou se debatendo, gritando. Sustentando meu olhar a ela, escutei que estava “parindo um filho” (sic). Ela me incluiu, segurando fortemente minha mão, olhando pra mim e “parindo”.

Quando terminou seu “parto”, subitamente fechou os olhos e dormiu, o que me surpreendeu. Penso que algo do olhar, da palavra e da escuta pode se estabelecer naquele momento, sustentando sua experiência até o seu ponto final, em que o sono e até o efeito da medicação tornou-se possível. Após essa experiência, recorri aos prontuários anteriores onde constava que seu primeiro surto ocorrera quando deu à luz a um bebê morto. Se o surto evidencia que o que foi abolido do simbólico retorna pelo real, a Psicanálise, como diz Lacan (1964), trata o real pela via do simbólico. Sem saber o que fazer, fiz um parto no hospital psiquiátrico: a palavra, antes rechaçada, nasceu.

Alberti menciona, sobre o discurso analítico no hospital:

O discurso analítico [...] funciona de tal maneira que o agente do discurso – o analista que dirige o tratamento – se dirige a um outro elevado à categoria de sujeito e é justamente essa a primeira contribuição do analista no trabalho no hospital: a de lembrar à medicina que os pacientes ali não são objeto de intervenção clínica mas sujeitos – com toda divisão que este termo comporta em psicanálise. (ALBERTI, 2008, p. 157)

Aos longo dos anos, os profissionais da internação feminina foram se dando conta de que outras intervenções e não só a medicação obtinham êxito: utilizar da arteterapia, fazer uma ligação a um familiar, sair do hospital para uma caminhada no parque, escutar uma música, acolher simplesmente, e, no meu caso, escutar, principalmente fora das quatro paredes. Foi quando se começou a incluir a singularidade em contraponto à totalização, como na situação que cito a seguir.

Na ala feminina há uma sala de arteterapia, disponível às pacientes durante os horários de circulação. É uma sala cheia de quadros pintados por elas, estando disponíveis alguns objetos como revistas, lápis de cor, papel, linha de crochê, almofadas e tapete, som, etc. Essa sala foi carinhosamente batizada pelas pacientes de “salinha”, sala no diminutivo, no “menos”, na parcialidade que se contrapõe à instituição total. Nunca trabalhei com oficinas temáticas ou com alguma proposta pronta, mas sempre a deixava mais ou menos organizada com o que as pacientes gostavam de fazer.

Certo dia, uma colega da equipe ao observar por um tempo minha oficina, me diz: “Veline, suas oficinas são coordenadas pelas pacientes e não por você!” Essa constatação chegou a mim como surpresa, mas pude localizar que era assim mesmo que deveria trabalhar: não dirigindo as pacientes, não demandando previamente nada a elas, não dizendo que deveriam fazer e, ainda assim, no coletivo, intervindo na singularidade uma a uma, ofertando a escuta e presença, secretariando, mediando as imposições e invasões do Outro, criando condições de subjetivação da experiência psicótica de cada uma.

Lembro-me de quando os gritos ‘aleatórios’ começaram a ser substituídos pelo chamamento nominal dos profissionais pelas pacientes, giro importante, produção de endereçamento e demanda de atendimento. Instaurar a escuta analítica numa clínica feita entre muitos profissionais, furando a lógica manicomial totalitária das regras, da uniformização, do silêncio, dá mais trabalho, mas esse parece ser o único trabalho possível. Lembrando Oury: “os psicóticos estão aí, em geral, para acordá-los um pouco das suas monotonias, à condição que eles possam lhes dizer isso” (OURY, 2009, p. 136).

Na instituição total, fundamentalmente, é preciso que a divisão apareça no lugar da totalidade que massacra, pois o sujeito resiste ao controle, seu corpo não se deixa sedar mesmo muito medicado, grita, não se deixa conter... E é daí que a palavra pode ser recolhida pelo analista e, assim, produzir efeitos clínicos, ao invés dos efeitos mortíferos do manicômio.

Contra esses efeitos mortíferos só a clínica viva pode fazer frente e é recorrendo a uma certa guarida que alguns pacientes procuram alguns profissionais do hospital mesmo quando não estão internados. A seguir citarei duas situações em

que as pacientes se dirigiram a quem as pudesse escutar e não ao hospital, esse incluído em suas redes e em seus territórios subjetivos. Tomei essas situações clínicas como incidência da transferência e não como efeito de institucionalização, até porque essas pacientes não gostavam de ficar internadas, e, sempre que estavam nessa condição, não havia um único dia em que não pedissem pra voltar pra casa³¹.

Uma delas é Rosa³², paciente esquizofrênica, com várias internações na unidade. Reside de um município do interior de Mato Grosso, há mais de 200km da capital. Em uma de suas internações, veio pegando carona até Cuiabá e chegou ao Adauto Botelho, dizendo que tinha que ser internada. Ao proceder à sua internação, pergunto o que ocorreu, por que veio à unidade e então, responde: “Eu não estou bem! Preciso ser atendida!” Pergunto por que não se dirigiu ao CAPS de sua cidade, e ela responde: “Porque o CAPS fica muito longe da minha casa, ué!” Essa foi uma aula do que é território, tal e qual define Luciano Elia como “**o lugar psicossocial do sujeito** ou recorte do campo do Outro que inclui os elementos socioinstitucionais e pessoais que interessam a um sujeito” (ELIA, 2004, p. 5). Para Rosa, o hospital era mais perto, a noção do território geográfico fica, então, submetida a esse recorte e não o contrário.

A outra situação clínica refere-se à Eliane³³, paranoica que em sua primeira crise chegou a matar o filho e, em várias internações posteriores ao cumprimento da medida de segurança, agrediu o irmão, que segundo ela a sondava tomando banho, mostrava seu pênis, era um sanguessuga. A voz de comando, quando desestabilizada, a mandava matá-lo e em uma ocasião quase chegou a feri-lo gravemente, sendo impedida pela mãe. Nessa internação, lembro-me de ter questionado, junto a ela, formas de lidar com essa invasão do irmão, vivida por ela como certeza, antes de atuar diretamente contra ele, se poderia falar com a equipe do CAPS, dizer o que se passava com ela.

A mãe dizia que ela não aceitava a equipe do CAPS, e em visitas domiciliares nem chegava a recebê-los, motivo pelo qual, após essa internação mais longa e grave, chegamos a visitá-la algumas vezes. Após um tempo, no ano de 2013, quando assumi

³¹ Cito esses fragmentos no artigo “O psicanalista no hospital psiquiátrico: entre a clínica e o impossível na instituição total” In: Revista Laço de Letras, Rio de Janeiro: Fictio, 2018.

³² Nome fictício

³³ Nome fictício

a função de responsável técnica pela unidade, recebi a notícia de que Eliane estava na frente da instituição, que tinha chegado de bicicleta, sozinha, pedindo um copo de água, perguntando por mim e pela assistente social.

Na época, o pronto atendimento, porta de entrada do hospital, havia sido fechada e não estavam sendo admitidos pacientes. Fui até ela, e a vi extremamente inquieta, emagrecida, pele queimada de sol, olhar vazado. Eu a abordo, pergunto o que se passa, me diz que se cansou das investidas do irmão e, para não matá-lo de uma vez, decidiu ir pra sua fazenda “Camargo e Correia”, na verdade uma fazenda onde viveu sua infância e que aparecia agora no delírio como sua “verdadeira casa” (sic). Conta que pegou sua bicicleta, saiu de casa (em Várzea Grande, cidade vizinha de Cuiabá e longe do hospital) e estava em direção à fazenda quando sentiu sede e cansaço, por isso veio pedir ajuda no Aداuto.

Disse também que há alguns dias atrás, quando começou a se incomodar com o irmão tinha ido com sua mãe ao pronto atendimento, mas disseram que estava fechado, e me fala, indignada: “Como assim, o Aداuto fechou?” Perguntei se estava conseguindo dormir, ao vê-la tão inquieta, responde: “Dormir como, se o outro não sai da minha cabeça? Eu te contei, né, o que fiz com meu filho? Não vou contar de novo, foi só uma vez!” Diante dessa urgência clínica, desse pedido de guarida, não era o caso de encaminhá-la a outro serviço, nem de levá-la pra casa de onde “fugiu”, muito menos de deixá-la seguir sozinha, então, forneci-lhe algumas referências, como o sol que estava escaldante, a avenida principal que estava interditada pelas obras da Copa, seu cansaço e sua sede, sua dificuldade em conseguir dormir e perguntei se aceitaria ficar uns dias no Aداuto, de forma que pudesse se tranquilizar desse outro que não parava de falar em sua cabeça, que pudesse nos contar o que se passava com ela e depois decidir o que fazer.

Concordou, procedi à internação sem ter médico para preencher os papéis, o que seria feito depois pela psiquiatra, enfim, os procedimentos burocráticos poderiam ser adiados, mas esse pedido precisava de uma resposta urgente. O escutei como recurso do sujeito, o recurso de demandar ajuda, ao invés de passa ao ato, sem mediação, tentando aniquilar o outro. Um recurso que não teve na situação anterior, com seu filho.

Esse meu ato foi criticado por alguns burocratas da instituição, que diziam que a “internação é um ato médico”. Prefiro pensar que nesse caso, a internação foi um ato analítico, que modificou as regras da instituição não de forma aleatória e sem critérios, mas a serviço da clínica, razão de ser de uma instituição de saúde mental que se preze. Como mencionam Luciano Elia, Roberta Costa e Rosemary Pinto:

[...] somente ao furar a instituição o psicanalista pode construir a sua clínica caso a caso, fazendo com o que uso da transferência prevaleça sobre as regras institucionais – que continuam a existir e são necessárias para o seu funcionamento -, no sentido de que somente pela transferência se torna possível uma suposição de saber que constitui a alavanca para todo e qualquer tratamento analítico. (ELIA; COSTA; PINTO, 2005, p.134)

Na instituição total, a clínica sob transferência é o que faz furo no muro. É o que tratarei a seguir.

4.4. O MANEJO DA TRANSFERÊNCIA NAS PSICOSES DESENCADEADAS

Ao final do escrito *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* Lacan deixa em suspenso o manejo transferencial na clínica das psicoses, dizendo porém, com isso, que a transferência é possível nessa clínica, diferente do que Freud pensava. E efetivamente a clínica das psicoses nos traz diversos elementos que atestam o estabelecimento da transferência, o que demanda manejo, como em qualquer situação. Apesar de não chegar com uma demanda de amor, ou instaurando o analista como sujeito suposto saber, o psicótico inclui o analista de modo muito peculiar, o que pode, também como em qualquer outra situação, obstaculizar ou possibilitar o tratamento.

O analista pode aí ser incluído como perseguidor, como Flechsig foi para Schreber. Como aponta Lacan (1958), a transferência de Schreber com o médico

precipitou-o na psicose. Vimos que Freud não entendia ser possível o estabelecimento da transferência na psicose, Lacan em *O aturdimto* refere-se aos psicóticos como fora-do-laço social. Diante disso, se colocam algumas questões: mas se o psicótico está fora do discurso, é avesso ao laço social, como explicar que nas psicoses há o estabelecimento da transferência, ponto que desde Lacan sustentamos na clínica psicanalítica? Não seria a transferência um laço social importante?

Elia (1992) adverte que o fora-do-discurso da psicose não pode confundi-la como uma “não-estrutura”, ou seja, uma psicose radical e, portanto, mítica, totalmente alheia à referência do Édipo e da castração. Trata-se sim, de interrogar sobre a especificidade de sua resposta a esses “eixos de base da estrutura”. A qualquer sujeito do inconsciente, na linguagem e não no mundo natural, se coloca a impossibilidade de gozo absoluto. Estar fora-do-discurso não é o mesmo que estar fora da linguagem, como trabalhado anteriormente, até porque como diz Lacan no Seminário 3, o psicótico é habitado por ela. Elia adverte sobre isso:

[...] os psicóticos são seres da linguagem, inseridos na ordem da castração, restando-nos a tarefa de explicitar o modo peculiar de sua inserção nesta ordem, o que significa tomar a psicose como estrutura clínica e não como “não-estrutura”: é sempre na referência ao Édipo e à castração, eixos de base da estrutura, que convém interrogar a psicose, em sua especificidade, ou na especificidade de sua resposta à castração e ao Édipo. (ELIA, 1992, p. 190)

A especificidade da resposta psicótica traz impasses à clínica psicanalítica, motivo de pesquisas e avanços à Psicanálise, sendo ela uma *práxis teorizada*. Qual a função do analista diante da psicose desencadeada, na radicalidade de um sujeito fora-do-sexual e fora-do-discurso? Se não se trata de tentar domesticar o gozo, tampouco enquadrar o psicótico no social ou na instituição, como então tratar esses casos tão agudos não abrindo mão do dispositivo psicanalítico?

Abordei no início da tese que a psicanálise opera com o sujeito do inconsciente e que este não é inato, se constitui, assim, há que se interrogar sobre o sujeito na psicose e como é possível operar com ele, não bastando somente situá-lo fora do discurso ou fora do sexo. É importante destacar que o sujeito não se coloca

de saída, já que não está aí na sociedade e as consequências dessa incidência só podem ser tomadas através da análise.

A análise convoca o sujeito ao trabalho, sua incidência e seus efeitos são tomados pela psicanálise como via de acesso ao inconsciente. Porém, como destaquei anteriormente ao discorrer do estatuto do sujeito na psicose, há que se pensar como fazer operar o discurso analítico ali onde o significante S1 não representa o sujeito para S2, havendo antes uma *holófrase* entre eles e com isso uma não total extração do objeto a. Ou seja, onde estaria o sujeito barrado, dividido com o qual o analista opera? Mantendo esse impasse, formulado por Elia (1992) em sua tese: “como ser um analista com psicóticos?”, penso que a categoria de sujeito do inconsciente sempre inclui a barra mesmo nas psicoses, mas talvez não de saída, chega-se à divisão pela análise. Vejamos o que é proposto para tentar bordear nosso impasse.

“Todo ato analítico – e a própria etimologia do termo análise o indica – é fragmentador, disruptivo, desconstituente daquilo que se apresenta uno, coeso, total” (ELIA, 1992, p.317). Dessa forma, seguindo com Elia, se considerarmos o rigor da técnica analítica, não se trataria de fazer algo diferente com psicóticos. Mantendo a análise e a transferência, mesmo diante da condição subjetiva em que os elementos estruturais já se encontram decompostos, expostos e em estado elementar, há que se pensar o ato analítico na instância que se apresenta excessivamente constituída e consistente, a saber, o Outro do psicótico. A partir do interdito ao Outro, é possível ao psicótico a subjetivação e o deslocamento da condição objetal. Diz o autor:

É preciso, portanto, que o analista possa, de alguma forma, tornar inconsistente o Outro do psicótico, furá-lo, barrá-lo de sua condição de Outro absoluto e gozador. Esse ato, contudo, ele só poderá realizá-lo no campo da transferência, onde o psicótico não cessará de construir a consistência do Outro, a começar pelo próprio psicanalista, e em condições tais que seja possível ao sujeito suportar o confronto com o que, em cada momento, fizer-se para ele como ausência, como falta, como furo no Outro (ELIA, 1992, p.336).

Quinet (1997) ressalta que, diferente da neurose, em que o sujeito chega com questões, como “Sou homem ou mulher” na histeria, ou “Sou ou não sou” no caso da neurose obsessiva, o psicótico já chega com uma resposta, já que esta se coloca

antes mesmo da questão, caiu em cima de sua cabeça como um tijolo. Uma das possibilidades de endereçamento seria buscar no analista uma chancela da significação produzida:

Essa resposta constitui uma significação, por exemplo, enigmática como a intuição ou fixa como a ideia delirante que ele traz ao analista para fazê-lo testemunha ou para que a caucione. Havendo uma multiplicação de significantes, ele vem pedir ao analista a significação derradeira para que possa fazer cessar o sem-fim do significante e a perplexidade que se abate sobre o sujeito (QUINET, 1997, p.127)

Ainda de acordo com Quinet, a outra possibilidade de demanda de análise nas psicoses seria o pedido ao analista de fazer barreira ao gozo do Outro, que o invade perseguindo-o, manipulando-o, falando-lhe. Para o autor, a manobra da transferência seria justamente dizer um *não* ao gozo do Outro, ou seja, promover o esvaziamento do Outro, provocar sua falta, “criando condições para fazer advir o significante e barrar o gozo proibido àquele que fala” (QUINET, 1997, p.132).

Guerra (2010) menciona que é preciso intervir sobre o Outro apontando sua falha, desalojando o sujeito da posição subordinada, favorecendo a circunscrição do gozo. Assim, a autora também indica como estratégia clínica barrar o gozo do Outro, produzindo assim um corte de onde adviria o sujeito na psicose:

É preciso barrar o gozo do Outro, criando intervalos nos quais o sujeito possa se alojar. Seja pela via imaginária, seja pela via simbólica, seja pela via real, orientar-se pelo estilo de construção das respostas de cada sujeito é o vetor que orienta a clínica das psicoses, após a coragem lacaniana de propor a elas um tratamento possível (GUERRA, 2010, p.21)

Guerra (2010) diz ainda que a própria transferência pode funcionar como um dos veículos que favorecem a estabilização na psicose, por extrair do campo do Outro esse gozo excessivo que invade o sujeito, tornando possível subjetivar sua experiência que lhe chega de modo tão externo e invasivo.

Como vimos, há várias maneiras de tentativa de cura na psicose, porém, a transferência se coloca de modo diferente em relação aos outros recursos de estabilização em que o psicótico tenta se curar sozinho, na verdade ela se coloca de

modo transversal a todos os recursos, como condição *sine qua non* deles. Se considerarmos os serviços de saúde mental, em que os pacientes chegam ou são trazidos para atendimento, lidamos com casos desestabilizados. No caso do hospital psiquiátrico em Mato Grosso, é para lá que são encaminhados os casos mais graves e agudos, como mencionei. Então, é com esses psicóticos gravemente desestabilizados na condição de internação que um pedido por um ou a um analista pode se fazer e, a partir daí, alguns efeitos desse encontro podem se produzir, ao invés da reprodução manicomial.

Uma demanda de análise só se produz a partir de uma instabilidade, por isso, talvez, os casos mais instáveis e desestabilizados sejam mais porosos à presença do analista. Pela inclusão do analista, o psicótico pode se colocar não-todo fora do discurso, pois um laço social se produz via transferência. O ato analítico pode favorecer o destacamento do Outro, o descolamento da posição objetal diante do Outro não mais tão absoluto, e, assim, o sujeito pode advir, produzindo-se os efeitos de subjetivação de sua experiência.

Sendo assim, haveria maneiras bem diferentes de se posicionar diante do psicótico em crise: a primeira, encarnando uma posição de Outro não castrado, que possui um saber acachapante, que comanda e que dirige o psicótico. Isso pode aparecer de uma forma autoritária e maciça de contê-lo e segregá-lo ou mesmo travestida da melhor das intenções, querendo 'seu bem', próprio do *furor sanandi* e da ambição pedagógica, já descartadas por Freud (1913) por serem ineficazes, quando não efetivamente desastrosas. Independente da forma como se coloca, essa posição em geral convoca à infantilização, à tutela, própria do modelo manicomial, ocorrendo no hospital psiquiátrico ou até mesmo em serviços abertos. Como possíveis respostas, essa posição pode evocar:

- a) Ato agressivo, diante da captura imaginária, 'ou eu ou o outro' que se coloca em situações de infantilização ou violência;
- b) Transferência persecutória, ou seja, inclusão do técnico ou do analista como perseguidor, tal como Schreber incluiu seu medico Flechsig;
- c) Transferência erotômana, inclusão no delírio de amor, na certeza de que o Outro o quer, já que se apresenta assim, prendendo o psicótico numa posição objetal.

- d) Institucionalização, pelo aceite da condição de ‘doente mental’, inclusão total na instituição que o controla e onde somente aí se encontra *asilo*.

A segunda maneira, na vertente oposta da anterior, é aquela que Lacan exprime, desde o início de seu ensino, com a expressão *secretário do alienado*, que nos ajuda a pensar a questão: O que pode o analista diante do desencadeamento? Muito embora, como vimos, a resposta se apresente de forma inexorável, ao sujeito psicótico isso lhe chega de forma externa e estranha, cabendo ao analista a função de escutá-lo, constituir-se como o guardião de sua narrativa – daí o sentido do *secretário*, como *guardião de segredos* e que se abstém de apreciar, julgar, opinar. Lacan recomenda, a despeito da arrogância dos alienistas, que se ocuparam das classificações em detrimento da escuta dos psicóticos:

Vamos 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. Não é por ter estado longe o bastante na sua escuta do alienado, que os grandes observadores que fizeram as primeiras classificações tornaram sem vigor o material que lhes era oferecido? – a tal ponto que lhes pareceu problemático e fragmentário. (LACAN, 1955/1956, p. 235-236)

O secretariado sem dúvida alguma favorece o estabelecimento da transferência no desencadeamento principalmente porque o analista não entra na cena como um Outro absoluto que tudo sabe, que dirige o psicótico. Sua presença é importante, mas não invasiva, reduzida a uma função de secretário e não de ‘diretor’. Sendo assim, no caso das psicoses desencadeadas, desestabilizadas ou em ‘surto’, não colocarei o secretariado como possível intervenção clínica e sim como ponto de partida para a transferência, que, uma vez estabelecida, autoriza o analista a intervir.

Secretariar já é de algum modo furar o Outro, possibilitando, assim, o endereçamento ao analista. No secretariado, conta-se com as respostas e com o trabalho que já existem por parte do psicótico, uma vez que tanto o surto quanto a autocura ou tentativa de cura são recursos próprios. Não se suprime o autotratamento, por mais bizarro que possam parecer determinados atos, antes é preciso tomá-los no campo do sentido, como produção do sujeito na tentativa de estabilizar-se. Nas situações em que for necessário intervir e operar algum corte, antes é preciso estar

incluído, ou seja, o analista intervém a partir dessa inclusão, não partindo de saber prévio, estanque, total, no qual o psicótico deveria se alojar e obedecer.

Partindo disso, com base em minha escuta das psicoses desencadeadas e sustentando-me nas leituras dos psicanalistas lacanianos renomados nesse campo, trago fragmentos clínicos que evidenciam o efeito do secretariado através de alguns tipos de intervenções clínicas sob transferência, a saber:

- 1- Autenticar o recebimento da mensagem, diante da dispersão significativa da esquizofrenia;
- 2- Ratificar a incidência do sujeito, mediante as tentativas de se descolar do Outro;
- 3- Traduzir os elementos que chegam desde fora, do real, fazendo-os retornar ao sujeito de um modo passível de inclusão em sua experiência de sofrimento;
- 4- Assegurar a barra no Outro, indicando seu furo, referenciando-o a uma Lei não caprichosa;
- 5- Agenciar a instauração da dúvida em contraponto à certeza delirante na paranoia.

A condição de internação no hospital psiquiátrico traz um sofrimento a mais, a força da totalidade da instituição pode facilmente impedir essas intervenções, até porque o psicanalista não está só. Também ali os pacientes dirigem sua fala a alguém, concernindo a todos da equipe, caso não se fique preso na própria angústia diante do sofrimento do paciente, sua fala poderá ser acolhida e escutada. Mas para isso, é preciso abrir mão de toda vontade, pelo menos confessada – embora seja bastante conveniente que essa vontade se encontre de fato em estado de esvaziamento real, inexistência, o que só se obtém pelo trabalho de análise daquele que recebe, ouve e trata do psicótico – de dominar, maneira pela qual Lacan (1970) define o discurso do analista, nunca denegando seu poder, mas agenciando-o pela “falta-se-ser”. O lugar do semblante, que é primeiramente designado como agente do discurso, é sempre dominante, mas no discurso do psicanalista este lugar é ocupado pelo objeto – justamente como semblante, o que se traduz como dominância da causa e não dominância de mestria (discurso do Mestre, com S1 neste lugar), dominância do sujeito dividido sem eu sintoma, invasão de fantasia (discurso da histérica, com \$ neste lugar) ou dominância do saber (discurso universitário, com S2 neste lugar).

Mesmo para os não psicanalistas que compõe a equipe, essa indicação é fundamental, se o que se busca é não reproduzir o manicômio. E quem melhor que o próprio paciente para nos ensinar o caminho?

Uma paciente, que chamarei de Dalva, fez com que nos ativéssemos a essa tentativa de normatização e questionássemos nossos critérios de alta, como é preciso se fazer a cada caso. Essa paciente havia chegado à unidade extremamente agitada e agressiva, em mania, com inúmeros hematomas pelo corpo. Durante o longo período de internação, sempre apresentava uma certa “melhora”, quando então perguntava a respeito de sua alta e então desestabilizava-se novamente. Certa vez, assistiu a visita da família de uma paciente cuja internação era mantida por uma medida judicial equivocada - respaldada por um laudo do CAPS de um município do interior - e estava há dois anos internada.

Dalva viu que a família foi embora e não levou essa paciente, que darei o nome de Léia. Após o almoço, quando entraram para a enfermaria, agitou-se, começou a gritar, esmurrar os vitrôs, bater nas camas e ferro, enfim, fazer muito barulho. Quando chego à enfermaria, me deparo com a equipe de enfermagem já organizada para intervir, possivelmente com contenção devido ao risco que oferecia a si e as outras pessoas. A paciente, acuando-se para o canto da parede, me vê, para de gritar, senta-se no leito e calmamente diz à enfermagem: “Agora com licença que eu vou conversar com a minha psicóloga”.

A equipe de enfermagem pergunta se concordo, e consinto. Dalva senta-se na cama, pede que eu me sente na cama da frente e diz com extrema clareza o que a inquietava: “A família da Léia veio aqui e não a levou, ela vai morar aqui no Adauto. Eu não moro no Adauto. Eu não quero a comida daqui. Eu não sou daqui, sou de Peixoto de Azevedo. Meus filhos estão lá e eu aqui. Por que vocês estão me deixando presa?” Digo a ela como havia chegado (machucada e agressiva), o que havia ocorrido antes de sua internação, que a equipe havia várias vezes pensado em sua alta, mas que sempre que isso se aproximava, ela se agitava novamente, o que nos fazia recuar por temermos os riscos que poderia correr.

Dalva então me diz: “Veline, eu sou estabanada mesmo, eu fico agitada porque lembro das coisas que fiz, tenho medo de que minha irmã não me aceite mais e na minha cabeça é tudo ao mesmo tempo... Só posso te dizer que meu lugar não é

aqui e que vocês estão me deixando mais doida ainda me mantendo presa”. Essa fala tão precisa me fez constatar que realmente o que se impunha nessa situação era o cárcere e não o tratamento. Eu e a equipe, com o abuso do desejo de curar, esperávamos que ela ficasse “bem”, quando na verdade a deixávamos mais louca, como ela dizia.

Como resposta ao seu apelo, ratifico que ela não é Léia, que realmente ela não é do Adauto e sim de Peixoto de Azevedo, que sabíamos que tinha sua casa e seus filhos, que precisávamos ligar pra sua irmã de forma que ela pudesse conversar com ela sobre o que fez quando em crise, que escutei que ficar mais tempo no Adauto estava fazendo sentir-se mal e me comprometi a discutir tudo isso junto à equipe, o que fiz, transmitindo sua fala aos colegas. Eis outra questão que sempre me fiz, no hospital psiquiátrico: ‘melhora’ é adaptar-se ao funcionamento institucional? Aí o esforço da paciente era justamente diferenciar-se dessa totalidade, porém ao seu modo descarrilhado ou “estabanado”. Foi preciso, então, **ratificar sua posição de sujeito** descolado do Outro institucional, de não ser um objeto que pertence a ele, fornecendo-lhe ancoragem simbólica para manter-se diferenciada dele.

Trago outro breve fragmento da paciente Rosa³⁴, internada com quadro de intensa agitação, insônia, e por vezes agressividade. Sua fala é contínua, sem fim. Enquanto mexe, remexe em tudo (inclusive nos sanitários), fala incessantemente. Uma vez, na tentativa de não precisar contê-la, pois quando a enfermagem tentava impedi-la de enfiar as mãos e braço nos ralos e vasos sanitários ficava agressiva, a equipe decide levá-la até a sala de arteterapia.

Mais uma vez, mexe em tudo, quadros, caixa de lápis, tintas, ao que se depara com um novelo de linha e agulha de crochê. Para nossa surpresa, senta-se e começa a tecer, a fazer os pontos à sua maneira. Isso a acalma, consegue permanecer na sala sentada com as pernas cruzadas, fazendo crochê e falando sem parar. Assinalo: “Rosa, você sabe fazer croché!” E ela me responde: “O croché me faz voltar a si, Veline”. A partir daí em todos os meus plantões começa a demandar ficar na sala e fazer croché. Certa vez, falando em sua cascata de palavras e fazendo seu croché de forma frenética, para por um momento, faz um breve silêncio, me olha e pergunta:

³⁴ Trata-se da mesma paciente que chegou ao hospital de carona, proveniente de uma cidade do interior

“Meu nome é Rosa, Veline?” Respondo afirmativamente com seu nome e sobrenome. Sorriu e continuou com seu crochê, alinhavando, literalmente, algo de si.

Ao escutá-la, localizo que sempre se referia aos filhos, marido, irmãs e mãe, às vezes trocando os nomes, nomeando-se com o nome da mãe ou da irmã, às vezes rindo, às vezes chorando. Fui marcando com ela coisas importantes que dizia sobre sua vida, como o medo que o marido a abandonasse, os filhos crescidos que já tinham saído de casa, a caçula pequena que não conseguia cuidar, a difícil relação com a mãe que só a queria internada e por fim, Rosa profere uma de suas frases mais lúcidas, uma conclusão: “ Ninguém me quer, Veline”.

Esse fragmento me fez lembrar quando Lacan, no Seminário 5, fala sobre Caso Schreber, mencionando que a forclusão do Nome-do-Pai faz com que as mensagens, por sua ida e a volta para o plano do código e deste de volta para o plano da mensagem, fiquem destruídas e impossíveis em sua função de significação. Com a pergunta sobre seu próprio nome e menção correta do meu, conseguindo dizer de forma límpida a rejeição da família, Rosa buscava uma **autenticação de sua mensagem** junto ao Outro.

Através da escuta, pôde deparar-se com algo menos oco ou vazio (como seus atos de enfiar as mãos e braços no ralo demonstravam, na literalidade) já que houve o recebimento da mensagem. A autenticação da mensagem estancou a cascata dispersa de significantes e localizou a posição do sujeito. O croché proporcionou um ‘fio da meada’, em que contornando seus vazios pôde comunicar à analista sua dor de existência e, com isso, sua agitação e movimento excessivo do corpo pode diminuir, já que a palavra a situou em um lugar. De acordo com Oury:

Muitos esquizofrênicos estão numa existência errática; eles não estão em lugar algum; e uma das coisas mais essenciais, mais elementares, é que antes de querer que eles contem sua “história”, ou de orientá-los em uma temporalidade, é preciso que primeiro eles possam situar-se. Logo, é necessário poder redescobrir alguma coisa que lhes possa servir de sítio, de espaço, e no qual algo da ordem do desejo possa se manifestar (OURY, 2009, p.265).

Em outro momento escutei de uma paciente que chamarei de Regina: “A doutora disse pra eu deixar essa minha loucura de lado... Mas eu sou assim mesmo!”

e pôs se rir após a constatação. A clareza da localização de sua posição subjetiva esbarrava no abuso do desejo de curar da equipe, que esperava dela algo impossível e que ela felizmente, de forma jocosa, rechaçou.

Nesses anos no hospital, verifico que não por acaso, os membros da equipe de cuidado que mantém sua presença não submetida à totalidade da instituição, são os que se fazem, mais nítida e intensamente, polos de endereçamento da transferência, o que só é possível pela via do desejo do analista. É preciso que o analista esteja advertido quanto aos riscos de se colocar numa posição de fascínio ou de mestre, pois de acordo com Alvarenga (2000), ambas reforçam a posição de objeto na psicose. A transferência se reedita nas interações, dando notícias de efeitos produzidos a partir de intervenções em tempos anteriores e se recolocando em interações atuais – o tempo do inconsciente é outro, já que é um “trabalhador incansável” (QUINET, 2009, p.73).

Talvez nos casos mais graves a transferência se estabeleça mais rápido, nos casos de crise mais ainda, pois é quando mais se precisa de analista, o que é extremamente difícil por convocar o medo dependendo do grau de agitação ou agressividade que podem acompanhar o paciente em seu pedido de escuta. Elia destaca o campo transferencial na clínica da atenção psicossocial, que seria: “a inclusão do técnico no campo e na trama do sofrimento do paciente, sua adoção como destinatário necessário, e a *pessoa atual* do técnico passa a dever suportar esse endereçamento, acolhê-lo, responsabilizar-se pelo lugar inteiramente preciso e precioso que lhe é conferido pelo paciente” (ELIA, 2015, p. 05).

Os psicóticos, mesmo em situações de quase total desestabilização, parecem se dirigir e incluir quem possa sustentar uma escuta que toma os efeitos da fala e do aparecimento do sujeito sem as incidências imaginárias de medo ou defesa – é como se o psicótico ajudasse o analista a colocar-se em seu lugar. Como diz Lacan, o analista é “tão menos seguro de sua ação quanto mais está interessado em seu ser.” (LACAN, 1958, p.593).

Uma clínica possível à psicose não pode ocorrer sem que se recolha o uso de seu próprio recurso, de seu ‘poder de criação atribuído às palavras’, tão caro a ele e tão rechaçado por alguns profissionais nas unidades de saúde mental. Não é incomum

que o que dizem os psicóticos seja tomado como pura maluquice e seja desconsiderado por estar fora da realidade. Cabe questionar: qual realidade?

A clínica psicanalítica sempre parte da palavra do analisante, como menciona Elia (2004) “dita e proferida na presença do analista”. Diante da fala do psicótico, para alguns profissionais totalmente desconexa, incoerente, a angústia de quem escuta pode facilmente deslizar para uma tentativa de organização ou mesmo de uma interpretação selvagem, buscando sua ‘cura’ (o que Freud chamou de ambição terapêutica) e sua adaptação à sociedade (o que Freud chamou de ambição pedagógica). O fato é que o psicótico nos coloca diante de não saber o que fazer de um modo radical, assim como Freud se referia à histeria no início de sua obra, pois ali há uma alteridade radical cujo funcionamento não podemos (e não devemos sequer tentar) compreender.

No *Seminário 3*, Lacan menciona o perigo do analista se prender na busca das compreensões, mostrando que compreender nada mais é do que estar até o pescoço com sua própria resistência. Se expressa bem na posição de dizer: “o *sujeito quis dizer isso*”. Lacan é enfático: “O que vocês sabem a respeito? O que há de certo é que ele não o disse” (LACAN, 1955/1956, p. 31). No momento em que se procura compreender a fala do psicótico perde-se o fio condutor da escuta, ou seja, o “documento” do sujeito, “o único elemento que possuímos” (Lacan, 1955/1956, p.77).

Lacan já alertava os psicanalistas: “Mas que necessidade pode ter o analista de um ouvido a mais, quando às vezes parece ter dois de sobra, ao enveredar pelo mal-entendido fundamental da relação de compreensão?” (LACAN, 1956, p.474). Relatei anteriormente minha paciente ‘lacaniana’ que queria colocar “os pingos nos as” - dando notícias justamente dessa impossibilidade de compreensão.

Tenhamos pelo menos um ouvido aguçado, não há o que ser compreendido: as palavras estão aí, nas situações de crise são muitas e não é pouco se pôr a escutar sem tentar preencher a suposta falta de sentido. Digo suposta porque, como abordamos, o delírio nada mais é que o pleno de sentido, a certeza delirante nos dá mostras disso, como aborda Guerra:

na ausência de significação, surge o vazio enigmático, ao qual o psicótico responde com a certeza delirante, significação da significação. Primeiro elisão e vazio, depois a certeza que curto-

circuita toda avaliação de convicção do sujeito (GUERRA, 2007, p. 43).

Não estamos autorizados a intervir sem o estabelecimento da transferência, como em qualquer caso da clínica psicanalítica.

Lembro-me de Graça³⁵, paciente que durante o horário de pátio pôs-se a catar as folhas secas no chão e guardá-las em copos. Uma técnica em enfermagem me diz que iria colocá-la para dentro da enfermaria, pois o sol estava muito forte, já havia dito para ela parar com tal comportamento e não teria “obedecido”. Aproximo-me e pergunto o que estava fazendo, uma vez que não poderia ser tomado como algo ‘óbvio’, o de simplesmente estar catando folhas, mas que haveria um sentido em seu ato, que só ela poderia me dizer.

Responde que estava colhendo as células de seus filhos, que precisava fazer isso para que não morressem e me pede para não impedi-la. Restou-me ajudá-la a catar as folhas com ela, não atrapalhando seu **autotratamento** enquanto a escutava. Após certa altura, em que já havíamos recolhido várias “células”, indiquei que seguíssemos conversando na sombra, Graça concorda. Jamais teria escutado o sentido daquele ato se o tivesse tomado como um absurdo e se a tivéssemos recolhido à enfermaria contrariando sua autocura para o seu ‘bem’. Como menciona Bezerra:

[...] a internação psiquiátrica deveria funcionar como uma intervenção clínica avançando para além do acolhimento dos “absurdos humanos”, para ser um lugar onde estes mesmos “absurdos” sejam tratados e conquistem um lugar fora da instituição. Este seria um trabalho, a um só tempo, com o singular do sujeito e com a inclusão social da diferença. (BEZERRA, 2013, p.114)

Elia assevera, a respeito da direção ética da análise de psicóticos, que não se trata de neurotizá-los, tentando produzir recalçamento: a análise deve caminhar para que os psicóticos “organizem sua subjetividade como lhes for possível, no interior de suas formas próprias de organização subjetiva, que são diferentes das formas neuróticas” (ELIA, 1992, p. 336). Diferentes: não necessariamente melhores ou piores.

³⁵ Nome fictício

O delírio, vimos em Freud, é uma tentativa de cura, uma tentativa de reenlace com o mundo, após o rompimento com ele.

Ao contrário de querer curar, controlar, educar e tutelar o psicótico, como se faz numa lógica manicomial, ser seu secretário já aponta para uma posição fora de um saber a priori que reduziria o psicótico a um mero objeto de observação. O que o psicótico fará com o delírio ou outros fenômenos depende de como poderá incluí-lo como organização subjetiva ou não e nisso a intervenção do analista, para além do secretariado, é fundamental.

Como vimos, o desencadeamento provoca uma espécie de desconfiguração das identificações (o que é ser homem, o que é ser mulher), do tempo (não estamos em 2020, estamos em 1990), da filiação (não sou filha de fulano, sou filha do Roberto Carlos), do corpo (uma paciente esquizofrênica não conseguia olhar-se ao espelho grande e ver sua imagem total, somente conseguia maquiar-se e olhar-se em um espelho pequeno, se vendo por partes), às vezes até do nome próprio – não sendo incomum em crises muito graves a pessoa queimar ou rasgar seus documentos por serem ‘falsos’. Embora esses fenômenos nos deem notícias da foraclusão, se nos prendermos a eles nos fixaremos em sua aparência e não no que determina a lógica da psicose. Então, que seja “o próprio sistema do delirante que nos dê os elementos a sua própria compreensão” (LACAN, 1955/1956, p.42).

Pelo modo próprio de funcionamento do inconsciente nas psicoses, a saber, um funcionamento a descoberto ou a céu aberto (LACAN, 1955/1956, p. 73), não há o que se interpretar – o fenômeno elementar (delírio, as alucinações) é “irredutível” (LACAN, 1955/1956, p.30). O inconsciente nas psicoses não é mais rudimentar do que nas neuroses, está sim, constituído de outro modo que não pelo recalque. Muitas vezes os profissionais querem uma suposta normalidade negando a condição de sofrimento dos pacientes no serviço que justamente lhe deve prestar o atendimento. O fácil recurso às práticas manicomiais está sempre à mão...

Certa vez intervimos em uma situação que facilmente deslizaria para um ato de violência. Sou chamada pelos técnicos de enfermagem para abordar uma paciente, que chamarei de Aline, que estava em porte de um cabo de vassoura quebrado (pela mesma), que se tornou uma espécie de ‘lança’, com a qual ameaçava de morte a equipe. Havia atendido essa paciente no plantão anterior, quando chegou com grave

quadro maníaco, falando muito, eufórica, dançando, pulando, chegando a literalmente 'plantar bananeira' para mostrar o quanto era 'poderosa'. A escutei e me mantive ali, testemunhando seu difícil momento de agitação intensa, quando, após um tempo falando comigo, senta-se, suspira e diz: "Na verdade, Veline, eu estou *sofrendo*".

Assim, no plantão seguinte, quando chego ao setor, vejo os técnicos 'presos' dentro do posto de enfermagem e ela presa dentro da enfermaria. Pego minhas chaves e a técnica de enfermagem diz: "Ela vai te agredir, não entre aí, você se coloca muito em risco". Sustento meu ato de entrar, ela vem até mim com a 'arma', diz que vai matar todo mundo ali. Digo que isso não será preciso e que me diga o que está acontecendo. Fala que uma técnica de enfermagem já havia adiantado que ficaria presa na enfermaria porque estava muito 'agitada' e que sua irmã tinha ficado de ir visitá-la: "Se eu não sair, como vou falar com ela? Vou matar mesmo, você também!"

Então respondo, **traduzindo** em suas próprias palavras o que se passava: "Você não vai matar ninguém porque não é uma assassina. Você só está *sofrendo*, como me disse ontem". Nesse exato momento, Aline não só me dá o pedaço de vassoura, como me leva até o leito e retira debaixo do colchão o outro pedaço que estava escondido. Asseguro a ela que irá sim sair e receber a visita de sua irmã e que poderia sempre fazer uso da palavra, ao invés de matar alguém, como realmente não foi necessário.

A visita está incluída no projeto terapêutico da unidade, é tratada como importante recurso terapêutico e a decisão de suspendê-la não cabe como forma de 'punição pelo mal comportamento' como havia sido imposto pela técnica de enfermagem, que, essa sim, se colocou em risco ao se posicionar de modo absoluto e invasivo. Retirá-la desse lugar de onipotência, ressitando o lugar da visita, forneceu um outro lugar à Aline que não o de objeto da lei caprichosa do Outro, que só podia responder querendo matar, aniquilar quem queria fixá-la no ponto mesmo onde já padecia de um grande sofrimento. **Assegurar que há uma lei não caprichosa, que o Outro é barrado:** eis uma grande dificuldade num funcionamento da lógica manicomial! A escuta analítica nessas situações-limite remete ao que diz Lacan sobre o analista, como intérprete do discurso:

[...] o analista detém toda a responsabilidade, no sentido pesado que acabamos de definir [o de intérprete do discurso] a partir de sua

posição de ouvinte. Uma ambiguidade sem rodeios, por estar a seu critério como intérprete, repercute numa intimação secreta, que ele não pode afastar nem mesmo ao se calar (LACAN, 1955, p.333).

Facilmente nessas situações pode-se usar a medicação como único recurso, como mencionei anteriormente, ou seja, sem mediação, sem espaço para a palavra. Para Elia (2002, p.02), “se a medicação for aplicada sem a mediação da equipe como seu agente, se ela for aplicada, por exemplo, de modo mecânico, automático e surdo, todo o trabalho estará comprometido, inclusive os próprios efeitos de medicação”. Cabe lembrar que os próprios termos *medicação*, *remédio*, *médico* e *medicina* derivam, todos, do radical latino *médium*, que significa *meio*, o que se coloca entre, como caminho, mediação. O uso “industrial” e submetido à lógica da produtividade, dos resultados *i-mediatos*, ou seja, não mediatizados, do lucro e do capital distrocaram completamente o sentido original das práticas *médicas*. Nada substitui o principal recurso em saúde mental, o verdadeiro *remédio* capaz de criar mediações, ou seja, a equipe, ou nas palavras de Oury (2009): todo trabalho com psicóticos é forçosamente um trabalho coletivo – a *mediação*, o *remédio* é o dispositivo do Coletivo enquanto tal.

Mais ainda no hospital psiquiátrico é preciso que o analista esteja atento à inércia, às formas de controle, às ideologias. Nem o psicanalista, tampouco o paciente deve situar-se na posição de servos da ordem institucional. A cura, ou o autotratamento, está do lado do sujeito psicótico e não é à toa que muitas vezes (nos casos bem sucedidos), ele recusa o diagnóstico, recusa a medicação, recusa a tutela. Não foram poucos os casos em que presenciei isso no hospital: “Não sei por que estou aqui, num hospital, tomando remédio. Isso é pra quem está doente, eu não estou”, me dizia uma paciente.

É preciso que no trabalho com as psicoses nas instituições fechadas não se feche a possibilidade de acolher a transferência pois, de acordo com Alkmin (2000), é isso que pode evitar o automatismo institucional. Ao invés de presentificar o Outro invasor, é preciso que a instituição seja um Outro que acolhe:

O papel da instituição deve ser o do Outro que acolhe, que procura saber que lugar ocupa na economia de gozo do sujeito, que opera como um pano de fundo simbólico, o menos persecutório possível, facilitando as trocas transferenciais, abrindo-se para a particularidade da demanda. (ALKMIN, 2000, p.128)

As fugas, a medicação encontrada debaixo dos colchões, a agressividade endereçada à equipe por estarem ‘presos’ são exemplos de onde o sujeito resiste, tentando ex-sistir à lógica da doença, à lógica manicomial acachapante de mantê-lo num lugar de objeto controlável. O passo da psicanálise vai em direção oposta, como bem situa Barreto: “o analista trabalha para implicar o sujeito; em outras palavras, trabalha para que, do paciente-objeto, advenha o sujeito” (BARRETO, 2004, p.48).

4.5. A PASSAGEM AO ATO NA PARANOIA: O CASO LAURA

Uma paciente que chamarei de Laura foi internada pela primeira vez após matar seu próprio filho de 3 anos de idade, afogado na caixa d’água. Chega ao antigo Pronto-Atendimento do CIAPS, de acordo com o relatório de enfermagem com escoriações na pele e no corpo devido à exposição intensa ao sol. A paciente se refere ao motivo da internação da seguinte maneira: “matei meu filho para protegê-lo”. Sobre seu estado psíquico avaliado pelo médico plantonista, consta que se apresentava orientada, informando seus dados pessoais, apática, cooperativa, sem delírios da senso-percepção, apresentando alucinações auditivas. Consta ainda que havia feito uma tentativa de enforcamento na prisão.

Chega à internação após uma semana em observação no Pronto Atendimento do CIAPS, inicialmente sem querer qualquer tipo de contato, isolada de todos. Começou a se endereçar a mim no pátio, onde me via conversando com outras pacientes e outros técnicos. Certo dia me diz que precisa me contar o que aconteceu com ela, mas que tinha medo de “algo ruim acontecer se alguém escutasse”. Na hora, a convidei para a sala individual, como se isso minimizasse seu medo. Responde que não, que preferia me contar dentro da enfermaria, onde nem havia ‘privacidade’, já que a equipe de limpeza fazia seu serviço e outras pacientes também circulavam. Logo me dou conta de que ter pessoas ao redor a tranquilizava.

Nesse dia iniciou o relato de reconstituição dos fatos que culminaram na morte do filho de 3 anos pelas suas próprias mãos, cuja escuta sustentei também por 3 anos, tempo em que cumpriu a medida de segurança determinada judicialmente. Um fato que me chamou atenção a princípio foi que me disse ter ficado meses sem tirar as roupas para tomar banho quando estava em sua casa, crendo que havia “câmeras do Big Brother” transmitindo suas imagens para a televisão. Porém, ao chegar à instituição, viu que as demais pacientes tomavam banho despidas sem se preocupar, então, chegou à conclusão de que ali não havia câmeras, o que a acalmou.

O ato que ocasionou sua internação ocorreu num momento em que estava completamente imersa em um delírio persecutório com conteúdo de grandeza (entretanto, havia predomínio das ideias delirantes de perseguição, no caso de Laura, diferentemente de Schreber, o delírio de grandeza não possibilitou a metáfora delirante). Pelo seu relato, após o nascimento do filho, portanto, já se iniciara o desencadeamento da psicose, de evolução lenta até sua culminância.

Não deixava ninguém pegá-lo, ficava fechada no quarto com ele, desenvolve um ciúme paranoico pelo marido ao passo em que não o deixava aproximar-se do bebê, o que culmina na separação conjugal. Tornou-se mãe e logo se separou, esses dois acontecimentos somados à quebra da identificação desses lugares de mãe e de mulher parecem ter causado uma ruptura da cadeia significativa que teve como desfecho a passagem ao ato. De acordo com Barreto (2004, p. 50) “é exatamente a ruptura do tecido simbólico que propicia a invasão desenfreada do gozo, que com frequência resulta na passagem ao ato”.

Após a separação relatou que sentia deprimida, sentia medo dos homens, achava que as pessoas riam e falavam dela. Os três anos que se seguem são de maior isolamento, mesmo tendo a família próxima. Chega a morar com um irmão quando pela primeira vez escutou um “barulho de areia caindo”, pelo seu relato, esse parece ter sido o início da alucinação. Não se sente bem na casa do irmão e depois se muda para a casa de uma irmã, até morar sozinha com o filho.

Conta que quando começou a ter as alucinações, assistiu na televisão uma reportagem sobre esquizofrenia e fala para a irmã que precisa ir em um psiquiatra. Um dado clínico peculiar - ali já pedia ajuda, constatando que algo estranho lhe

aconteciam, diferente das outras pessoas, o que nem sempre acontece, sendo frequente que alguém próximo leve o psicótico para ser avaliado.

A família a leva então ao atendimento com psiquiatra em consultório privado, que forneceu amostra grátis de antipsicóticos (de última geração) e que foram jogados no vaso sanitário por Laura em obediência à voz. Parou de ir à psiquiatra porque achou que estava bem, mesmo assim a família consegue marcar uma consulta em um ambulatório público de saúde mental via posto de saúde. Ironicamente essa consulta estava marcada para o dia em que foi internada. Laura mencionou também que alguns dias antes do ocorrido havia pensado em suicidar-se pulando de um viaduto.

Diz-me que após a morte do filho tentou suicidar-se sem sucesso jogando óleo em seu corpo e tentando atear fogo, o que demonstra o caráter de autopunição de seu ato, de forma semelhante ao Caso Aimée, que abordarei em seguida. Como não conseguiu finalizar seu intuito, saiu correndo desorientada e passou a noite em um matagal sendo picada por formigas (durante um bom tempo apresentou escoriações nas pernas por esse motivo). Ao ser presa e ver a imprensa filmando, achou que tinha ficado famosa, pois a voz também lhe dizia que isso ocorreria. Na delegacia não tinha lembrança do ocorrido, somente alguns dias depois sua irmã lhe contou e então, se deu conta. Não chegou a fazer uma relação, mas penso que foi após isso que tentou enforcar-se.

Dizia que não tinha muita certeza, mas que possivelmente as vozes haviam intensificado nos últimos 4 meses, quando também começou a pensar que estaria sendo filmada, tomava banho de roupa em sua própria casa. A voz mandou que jogasse o chip e a bateria de um celular novo dentro da panela com água, pensava que tinha um chip implantado na cabeça. A voz de comando dizia que um traficante “Godzila” iria até sua casa e esquartejaria seu filho.

Laura recebeu alta dezenove dias após sua internação, mas como deveria cumprir medida de segurança, permaneceria no hospital por três anos até ser liberada, por determinação judicial não foi transferida para um presídio e cumpriria a pena no hospital psiquiátrico. Essa decisão foi importante pois nesse período pode circunscrever melhor o desencadeamento. Embora o delírio tivesse esvanecido logo nos primeiros dias de internação, manteve as alucinações que nunca cessaram e lhe

lembravam do ocorrido. Pôs-se a trabalho para reconstituir os fatos e subjetivar essa experiência tão dolorosa.

A equipe sabia que sua internação seria longa e sempre foi preciso retomar que a todos caberia um trabalho na direção de não a institucionalizar, o que tornaria sua medida de segurança em uma prisão perpétua, por assim dizer. Também foi preciso marcar a importância de não tomar seu ato no sentido moral, uma vez que isso chocava as pessoas, e Laura tinha dimensão disso. A primeira vez que me relatou os fatos, pediu que eu não contasse a ninguém da equipe, pedido que atendi, marcando que ela diria apenas o que quisesse com quem se sentisse confortável, o que de fato ocorreu durante os três anos.

O caso de Laura me remeteu ao caso de Aimée, paranoica atendida por Lacan (1936) que desferiu um golpe contra uma atriz famosa, uma perseguidora em seu delírio. É presa, portanto punida socialmente, reconhecida como criminosa - logo após alguns dias seu delírio desvanece. Lacan esclarece que, diferentemente do que se passa nos delirantes passionais, não houve um alívio acompanhado da queda da convicção delirante (LACAN, 1936, p. 251). A agressão teria fracassado e nada havia mudado do lado da vítima, mas sim do lado da agressora: o que teria estabilizado o delírio nesse caso não seria o ato em si, mas a autopunição decorrente dele: “A doente “realizou” seu castigo [...] O que ela “realiza” ainda é que *atingiu a si mesma* e paradoxalmente é apenas então que ela sente alívio afetivo (choros) e a queda brusca do delírio”. Lacan sustenta que se tratava de uma paranóia de autopunição, ressaltando que: “A natureza da cura demonstra, quer nos parecer, a natureza da doença (LACAN, 1936, p.254)”.

No caso de Laura, não tenho clareza se a realização da autopunição foi o que estabilizou o desencadeamento ou se foi o ato em si, acompanhado da pena que foi cumprida na instituição psiquiátrica. Alvarenga (2000) afirma que em sua experiência clínica na instituição também não fica explícito o que funcionou como elemento estabilizador, além disso, aborda que a falta de julgamento em alguns casos dificulta esse processo pela falta da aplicação da lei:

Num primeiro momento, o da tese de Lacan sobre a paranoia, talvez pudéssemos dizer que a estabilização se dá pela passagem ao ato de agressão ao outro, cujo paradigma é a chamada paranoia de autopunição, onde o sujeito atinge a si mesmo, especularmente, ao atingir o outro. Na nossa experiência na instituição, isso de fato se

verifica em vários casos de passagem ao ato, colocando-se, no entanto, a questão de saber se a estabilização é consequência direta da passagem ao ato ou uma consequência, mais tardia, do encarceramento e/ou do tratamento do paciente na instituição. Casos que não foram a julgamento e não se estabilizam fazem-nos pensar que a ausência de intervenção da lei, nos casos em que houve ato infrator, pode deixar o paciente numa zona de perplexidade, onde a subjetivação do ato se torna ainda mais difícil. No entanto, o fato de ter uma pena instituída não garante essa subjetivação e tampouco a estabilização. (ALVARENGA, 2000, p.18)

Não é incomum encontrarmos situações de passagem ao ato na clínica das psicoses em hospital psiquiátrico, pois frequentemente os psicóticos são internados após alguma irrupção mais grave ter ocorrido. O ato, embora possa fazer cessar o delírio, nem sempre favorece o laço social, pois pode ser violento, heteroagressivo (GUERRA, 2007).

Certa vez, Laura me aborda no pátio e pergunta se pode desobedecer “a voz”. Foi “a voz” quem a mandou matar o filho e teve relação direta com esse ato, tamanho seu poder. Pergunto se já tentou desobedecê-la alguma vez, **agenciando a instauração da dúvida**. Responde que não, então, respondo que poderia tentar. Um tempo depois questiono o motivo de sua pergunta, diz que viu o portão do hospital aberto e a voz a mandava fugir, caso contrário, mataria sua mãe. Pergunta: “minha mãe não morreu não, né?” Digo: “Não, não morreu. E você viu que pode desobedecer a voz...” Esse foi um dos momentos em que a dúvida substituiu a certeza, mas muitos outros ainda viriam. A instauração da dúvida, importante recurso na paranoia, passa a ocorrer com mais frequência a partir do estabelecimento da transferência.

Conforme a transferência se constituía como o campo em que se desenrolava sua narrativa, a alucinação foi se tornando mais um incômodo do que um comando. Disse que a voz diminuía durante o dia e aumentava à noite, quando estava sozinha. Aumentou também durante minhas férias de seu primeiro ano de internação, fato que relatou à outra psicóloga. Passa a desenvolver técnicas para silenciá-la, rezando, cantando ou contando os retângulos da janela da enfermaria, certa vez chega a gritar para que se “calasse”.

Interrogo o conteúdo da voz (masculina), diz que era sempre pejorativa, ameaçadora, dizia que coisas ruins aconteceriam e a acusava: “você é culpada, mate-se!”. Certa vez conta que a voz dizia que seu cunhado morreria, então questiono se

havia recebido alguma notícia dele através da irmã que a havia visitado dias antes. Respondeu que sim, que ficou sabendo que ele estava doente e temeu por sua vida. Dá-se conta de que a voz repete pensamentos que já teve, suas preocupações, seus medos, sua culpa... Aquilo que era pensado e sentido como aflitivo não caía sobre o golpe do recalque, como ocorreria na neurose, era abolido internamente e retornava de forma alucinada.

A voz de comando revelava a faceta de um supereu primitivo e sádico que, ao invés de impedir a ação, impele à ação, é o agente imperativo do ato: em seu grau máximo a fez matar o próprio filho. O supereu operando sem o recalque incide de modo imperativo categórico, transmite a mensagem sem véu algum. A voz de comando aliada ao delírio persecutório de Laura a fez atendê-la, pois já era culpada, ela e o filho morreriam de qualquer jeito, cabendo a ela somente obedecê-la.

Amaral menciona que o supereu é “logicamente anterior à inscrição do nome do pai para um sujeito” (AMARAL, 2014, p.89) e o articula ao perseguidor do paranoico, destacando que: “o perseguidor que retorna no Real, na paranoia, nada mais é do que uma face do que seria supereu, pois, nada menos solitário, nada mais horrendamente presente que a maldita presença do perseguidor” (AMARAL, 2014, p.90).

O perseguidor parece encarnar esse supereu, ao mesmo tempo em que se coloca como um duplo, sendo a própria personificação da culpa que persegue implacavelmente. Lacan ao abordar as vozes que incidem sobre Schreber, fala sobre a confrontação da identidade do paranoico com o duplo pela via da regressão ao estádio do espelho:

“[...] uma identidade reduzida ao confronto com seu duplo psíquico, mas que, além disso, deixa patente a regressão do sujeito, não genética, mas tópica, ao estádio do espelho, na medida em que a relação com o outro especular reduz-se aí a seu gume mortal”.
(LACAN, 1958, p.574)

Quinet (2002) desdobra as duas funções do supereu, a vigilância e a crítica, fazendo-os correspondendo-os aos dois objetos pulsionais acrescentados por Lacan à série freudiana: o olhar e a voz expressos no delírio de observação. No caso de Laura, o caráter persecutório da voz nunca desapareceu, mesmo após sua estabilização. Lacan menciona sobre as vozes de comando que:

[...] é o outro que profere a fala, eis o que manifesta suficientemente no sujeito a possibilidade de lhe obedecer, na medida em que ela comanda sua escuta e seu estado de alerta, pois, simplesmente por entrar na audição dela, o sujeito sucumbe a uma sugestão da qual só escapa ao reduzir o outro a ser apenas porta-voz de um discurso que não é dele, ou de uma intenção que ele mantém reservada. (LACAN, 1958, p.539)

Com o tempo, Laura me diz que surgiu também uma voz feminina, essa lhe dizia coisas boas e a acalmava, o que me fez pensar que talvez isso seria efeito da transferência comigo. Quando passa a falar de seu filho e de sua culpa durante os atendimentos de forma mais frequente, passa a ter sonhos catastróficos onde havia um homem que esquartejava seu corpo e expunha suas partes penduradas. Essa cena do sonho não parecia desarticulada à sua culpa e ao castigo, levados a cabo por esse supereu primitivo que aparecia nas vozes, mas o sonho, embora de angústia, parecia ser resultado de uma elaboração possibilitada pela escuta analítica.

Após muito a se questionar sobre o porquê das vozes e por que tudo isso aconteceu com ela, em um atendimento se dá conta de que tudo foi criação de sua “própria cabeça”, chora muito, enfim a culpa (que nunca sumiu) deu mais lugar à sua responsabilidade pelo ato. Disse-lhe, sem com isso pretender retirar sua posição de culpada, ou seja, desculpabilizá-la, que estava em intenso sofrimento quando o fez e que cumpriria a pena estabelecida pela Lei. Essa intervenção a retira desse ponto desesperador: após essa sessão, durante vários meses consecutivos, começa a apresentar um sangramento vaginal ininterrupto. O corpo comparecia como barreira a um possível novo desencadeamento, uma vez que a culpa avassaladora começava a se inscrever, se delimitava: esse sinal no corpo literalmente mostrava que estava *sangrando*.

Decide que não teria mais filhos e pelo que tive notícias anos depois, isso se manteve. Com uma família presente que contratou um advogado para acompanhar o processo, finalizado o período de três anos da medida de segurança, é marcada sua audiência de desinternação. O parecer do juiz é favorável e sai do hospital psiquiátrico no dia dezoito de maio de 2011, dia da Luta Antimanicomial. Seguiu seu tratamento no CAPS, por um tempo mantivemos contato telefônico, casou-se e nunca mais foi internada no hospital psiquiátrico.

4.6. A INSTITUIÇÃO TOTAL E A CLÍNICA DO SINGULAR: O CASO CAMILA

Mas meus anos de trabalho no hospital psiquiátrico me ensinou que ali não estão internados somente psicóticos, foi o que aprendi com Camila³⁶, uma paciente que conheci em 2005. Na época estava internada apresentando uma série de fenômenos enquadrados, nas classificações médicas, como psicose não especificada, embora, ao longo desses anos muitos seriam seus diagnósticos.

Atendi Camila em muitas das suas internações e algumas vezes em meu consultório. Ao escutá-la em vários momentos, pude localizar que entre os vários diagnósticos e os fenômenos que aparentavam delírios e alucinações havia um buraco, algo ainda a ser cerzido pela clínica que, por isso mesmo, precisava possibilitar que Camila dissesse-se. Inicialmente, só conseguia dizer-se utilizando vários números de CID, como F20.0, F29, F31.2, G40, entre outros. Fazia também uso de várias palavras corriqueiras na saúde mental utilizadas pelos profissionais, como descrição do estado mental (lúcida, delirante, desorientada), para exprimir o modo como como se sentia.

O que pude recolher de sua história, para aquém desses diagnósticos, foi uma repetição de internações que se iniciou quando tinha 14 anos, após o falecimento de um namorado no dia de seu aniversário quando teve uma “crise” e logo foi internada por mais de 30 dias no antigo manicômio privado, o extinto Instituto Neuropsiquiátrico de Cuiabá (INPC). Quando dessa primeira internação, era a paciente mais jovem do setor e nunca mais foi a mesma, disse a mãe. Somente no CIAPS são quase vinte internações, até o momento. Chegou a ficar 3 anos sem internar-se em Cuiabá, porém, contou-me posteriormente que havia ido até Brasília e depois mudou-se para Rondônia (onde também esteve internada), voltando de lá com dois filhos e um companheiro mais velho, que chamarei aqui pelo apelido de “Baiano”. Tem ainda 3 outros filhos, dois do primeiro relacionamento aos 17 anos e mais um, que disse ter entregado ao pai estrangeiro e nunca mais o viu.

³⁶ Nome fictício

Ao investigar os prontuários anteriores chamou-me à atenção o fato de sempre vir ao hospital “se internar” como ela mesma referia. Conforme ‘se’ internava e eu avançava em minha formação, pude verificar que a transferência se instalava cada vez mais intensamente e, com isso, sua posição subjetiva se descortinava também cada vez mais. Era a primeira a me cumprimentar quando eu chegava às 7h da manhã, fazendo ecoar seu “Veline, preciso falar com você depois!” no pátio ainda vazio. Durante minhas 12 horas de plantão, queria falar comigo várias vezes, dizia que eu era *sua* psicóloga, apesar de haver outras psicólogas na equipe.

Os fenômenos davam aparência de alguma psicose, já que apresentava ideias de perseguição e de grandeza, dizendo ser investigadora voluntária, ser agente secreta da Polícia Federal, ter apartamentos em Copacabana e em várias cidades do Brasil, falar várias línguas. Em alguns momentos dizia que eu parecia sua mãe, que me pediria um abraço, se não soubesse que eu, tão ética, não o faria. O campo transferencial se estabelecera e, com ele, pode revelar melhor sua posição fantasmática, neurótica e não psicótica.

Em suas várias idas e vindas, verifiquei que os fenômenos psicóticos se acentuavam ainda mais quando de alguma forma eram questionados como verdadeiros, pois a ‘veracidade’ não era mesmo o que deveria ser interrogado, tratava-se antes de escutar a *sua* realidade.

Certa vez, não conseguiu encaminhamento para a internação, foi até o hospital com um violão cor de rosa, entra pelo pátio cantando e tocando músicas da Cássia Eller, dizendo que a incorporou, perguntando por mim. Eu a atendi, levando-a ao lado de fora, a escutei e constatei que algo precisava ser dito de dentro para que o sofrimento pudesse ser depurado, e, então, tratado por mim e pela equipe, a quem ela endereçava o pedido.

Com esses elementos, como não há supervisão clínico-institucional no hospital, levei o caso a ser discutido na reunião clínica de minha Escola de Psicanálise, o LAEP e verifiquei que, diante da transferência endereçada a mim e à própria instituição, eu precisaria avançar em alguns manejos. Nesse primeiro momento, ainda me ocupava mais com o diagnóstico, apostando em uma neurose histérica agravada pela institucionalização, ao invés de uma psicose. O primeiro manejo clínico foi marcar horário para sua consulta comigo, que seria realizada na

sala de atendimento individual. Discuti o caso com minha equipe, inclusive advertindo que isso poderia gerar algumas reclamações da paciente sobre mim, pedi que sustentassem a intervenção, o que ocorreu.

A primeira vez que marquei seu horário, calou-se momentaneamente. Depois foi ao pátio e perguntou: “Você vai me atender depois?”, respondi que sim. Então, ela gritou para que todos ouvissem: “Mas pode ser que eu não ‘queira’ ser atendida por você!”. Me aproximei e falei em voz baixa: “Te aguardo na sala de atendimento às 16h”. Durante o dia todo reclamou à equipe, disse que eu não gostava dela, que iria trocar de psicóloga. Porém, às 16h veio pelo corredor arrumando os cabelos, para ser atendida. Começou *falando em línguas*, ao que lhe digo: “Por favor, fale em português, essa língua aí eu não entendo. Seu tempo está passando, vamos lá?”.

O corte teve o efeito de abertura, para que falasse a partir de sua língua e então ser escutada, trazendo inquietações que nunca havia formulado antes. Disse-me que tinha um *hermafroditismo interno*, que tinha hormônios masculinos muito proeminentes, que alteravam o som de sua voz: *Sou homem ou sou mulher?* Questão que permanecia nos bastidores da cena da fantasia. Seria a “loucura” de Camila um ‘pré-texto’, um modo de deixar em suspenso essa pergunta sobre o sexual?

Relata que nas internações no INPC era ela quem cuidava das outras pacientes, auxiliava a enfermagem, demonstrando que seu lugar ali era outro, mesmo que na condição de paciente. Essa identificação como ‘paciente psiquiátrico’ iniciara-se justamente na adolescência, momento fecundo para isso. Em uma de suas internações essa identificação começa então a se descolar: em um dos atendimentos me fala sobre outra paciente que delirava, chega a rir disso e me pergunta: “Eu não deliro não, né?” Diante de minha resposta negativa, constata: “Não sou esquizofrênica”. Embora esse e outros diagnósticos como “depressão” e “transtorno bipolar” fossem revisitados em outras crises, já se colocava uma questão sobre seu sofrimento ao invés da rápida resposta listando vários números de CID.

A partir disso uma pequena fissura em sua identificação se abre, chegando até mesmo a intervir junto às outras pacientes como alguém ‘não louco’. Certa vez, quando cheguei à unidade após dois dias de folga, encontrei Rosa³⁷, em prantos, dizendo a mim mesma que eu havia morrido. Demorou um tempo para que eu

³⁷ Paciente citada anteriormente

conseguisse acalmá-la, enquanto ela segurava fortemente meu braço, comprovando que eu estava viva. Ao final do plantão, quando ia embora, essa paciente começou a chorar novamente, dizendo que eu ia morrer. Camila, que observava minha tentativa de apaziguar a situação, se aproxima e diz: “Olha só, Rosa: a Veline vai, mas a Veline volta, entendeu? Ela sempre volta”. Isso teve um efeito imediato junto à Rosa, que pode então me liberar para ir e voltar.

Freud em *A perda da realidade na neurose e psicose* (1924) é bastante preciso clinicamente ao esclarecer que tanto a neurose quanto a psicose apresentam diferentes modalidades e níveis de perda da realidade. Ao mencionar sobre o sintoma conversivo de Elizabeth Von R., Freud afirma que: “Por um lado ela minimiza a importância e o significado da mudança efetivamente ocorrida na realidade e, por outro, recalca e sufoca a reivindicação pulsional” (FREUD, 1924, p. 128). Assim, como vimos, ao contrário da psicose que rejeita a realidade externa e a reconstrói via delírio, a neurose não quer tomar conhecimento dela, substituindo-a parcialmente pela fantasia.

A perda da realidade de Camila parecia revelar uma máscara fantasmática peculiar, que carecia de deciframento e não uma loucura psicótica, em que o real retorna desde fora. Talvez a internação ou *‘interna-ação’* que tanto pedia pela mostração teria a ver com um pedido de interpretação, ou seja, demandava-se uma ação, ato analítico: “o discurso do analista não é outra coisa senão a lógica da ação” (LACAN, 1971, p.57).

Freudianamente falando, Camila repetia, atuando, o que ainda não podia recordar e que, do meu lado, mantive a advertência que: “o estado de enfermidade do paciente não pode cessar com o início de sua análise” (FREUD, 1905, p.167). Para operar o manejo transferencial era preciso estar atenta, pois não era o caso de confrontar a loucura, nem de demandar que ficasse sã. Estava advertida que, como refere Freud sobre Dora: “ela não renunciaria tão facilmente à sua doença” (FREUD, 1905, p. 49). Porém, era preciso apontar para sua implicação, já que seu sofrimento, desde então endereçado a mim, era passível de análise. Assim, mesmo internando-se outras vezes no hospital, a atendia sustentando a aposta de que algum efeito analítico se produziria, já que as condições para tal estavam postas.

Em uma de suas internações recebemos a notícia de que estava com tuberculose. Tratamos junto a ela a possibilidade de alta, para que pudesse ser acompanhada pela UBS³⁸ de seu bairro. Nessa ocasião, fiz o primeiro contato com a médica e a enfermeira, muito abertas para entender melhor o que se passava com Camila, a qual já acompanhavam por um tempo. Ofereço-me para seguir atendendo, mesmo que não estivesse internada e então me diz: “Não. Preciso tratar isso primeiro. Não quero que passe pra você.” Após três semanas pede para a enfermeira do PSF me ligar, solicitando atendimento. Camila nos dava notícias do quanto precisava da rede, por isso era preciso fazê-la, e foi preciso outras tantas vezes!

Em resposta a sua ligação, combinamos uma visita domiciliar, quanto então me espera com o companheiro “Baiano”. Ao me ver, começa a gritar, dizendo não estar nada bem, ordena que o companheiro saia de casa para falar em particular comigo. Ele sai, e então Camila me pergunta em voz baixa, já sentada: “Ele já foi?” Respondo sim, já pode falar e pela primeira vez a atendo fora dos muros institucionais.

Nessa ocasião menciona o quanto o mesmo a perturba, problemas corriqueiros do dia a dia, que eles não têm relacionamento de homem e mulher e por isso não quer que digam que ele é seu marido. Pergunto o que a mantém com ele, responde que é ele quem arruma a casa, cuida das crianças, faz sua comida, dá seu remédio: ele é meu “enfermeiro”, conclui. Já havia mencionado isso em outros momentos, mas nunca com essa definição precisa. Sua relação com os homens era sempre algo difícil: ou com o companheiro impotente ou com homens que dela abusavam.

Embora suas questões com o amor e com a sexualidade fossem fatores que pesavam em suas crises, dessa vez pode falar fora da instituição à analista que a escutou além dos limites institucionais. Isso funcionou como ponto de partida para o momento posterior, para que seguisse em atendimento comigo fora do hospital. Em uma primeira tentativa, a experiência de atendê-la no consultório não chega a se manter, penso que por dificuldades minhas em não saber bem como estabelecer o pagamento, devido às reais dificuldades econômicas de Camila. Cheguei a me preocupar que esse atendimento caísse no registro do *gratuito*, não recomendado por

³⁸ Unidade Básica de Saúde

Freud (1913) por fomentar o ganho secundário do sintoma e a resistência ao tratamento.

Levei essa questão à reunião clínica mais uma vez e minha formação no LAEP ajudou-me a localizar que na verdade, Camila é uma paciente do SUS, que não é gratuito já que é pago pelo povo, colocando-me na direção da transferência já instalada e em seu manejo. Luciano Elia e Kátia Santos situam que não se trata de questionar o direito legítimo do cidadão de ter acesso ao atendimento público e sim de interrogar a relação do sujeito com seus direitos, responsabilizando-o:

[...] na clínica psicanalítica exercida em instituições públicas, o custo deverá ser situado fora do circuito do dinheiro, e só a escuta hábil do analista permitirá identificar os pontos nos quais ele estará poupando o sujeito desse custo ou, ao contrário, fazendo com que o sujeito arque com ele (ELIA & SANTOS, 2005, p. 115-116).

Nesse momento, ao invés de atendê-la no consultório, mantive a proposta de atendê-la no hospital, mesmo que não estivesse internada. Ela arcaria com suas idas ao atendimento, dessa vez não para se internar e sim para se colocar a trabalho. Um patrão/amigo que é advogado começou a ajudar no custo das passagens de ônibus, houve um efeito importante nessa entrada de um homem na cena, que garantiria sua ida às sessões.

Para além das questões de pagamento, havia uma transferência posta, que não podia ser desconsiderada por questões institucionais administrativas. Camila me nomeou como sua analista, me dizendo abertamente: “Não adianta me encaminhar para o CAPS ou para a Policlínica, não consigo falar as minhas coisas com outro psicólogo. Minha psicóloga é você”. Em outra ocasião eu mesma a lembraria disso, quando me perguntou: “Minha mãe não me aguenta, meu marido não me aguenta, meus filhos não me aguentam, ninguém me aguenta, só você. Por que você me aguenta?”. Respondo: porque eu sou sua analista. Sustentei essa posição isso junto à instituição, explicando à equipe em sua última internação que seguiria com os atendimentos, mesmo não estando internada: por enquanto ela é paciente daqui, internada ou não.

Esse giro operado entre o dentro e o fora da instituição possibilitou a continuidade do atendimento, como ela uma vez me comunicou: “Venho aqui porque preciso do tratamento pra não ficar *louca*”. Fica notório que o tratamento não é equivalente à internação: o modo como até então essa demanda era tomada pela instituição, atendida ou não, sequer se aproximava de uma possibilidade de retorno à própria Camila, como questão. A instituição respondia a ela: “Sim, és louca – porta adentro”. “Não, não és louca – porta fora”. Sua loucura nunca havia sido formulada como pergunta: em sua primeira internação, precocemente, a resposta vinda da instituição foi um *sim*, tanto que de lá saiu com diagnóstico e várias medicações psicotrópicas. Era preciso manter a resposta em suspenso, colocando o sujeito em trabalho ao invés de respondê-la institucional e prontamente com vários diagnósticos.

Endereçamento cego, resposta surda. Freud (1912, p.113) aborda sobre a transferência nas instituições e o quanto sua não utilização analítica resulta em servidão mental:

Nas instituições em que os doentes dos nervos são tratados de modo não analítico, podemos observar que a transferência ocorre com maior intensidade e sob as formas mais indignas, chegando nada menos que a servidão mental e, ademais, apresentando o mais claro colorido erótico. (FREUD, 1912, p. 113)

Eis um dos perigos da institucionalização.

Ao seguir os atendimentos, houve vários momentos. No início cheguei a escutá-la em uma sala dentro do hospital, depois a atendia em frente à instituição (no banco embaixo da mangueira que já utilizei em outros momentos), passando em outro momento para o atendimento no parque Zé Bolo Flô³⁹, e, por fim, no meu consultório. Mantive os atendimentos mesmo após minha licença qualificação para o doutorado, ou seja, mesmo quando já não estava diretamente ligada à instituição enquanto servidora.

Em 2019 e 2020, nos primeiros anos do governo de Jair Bolsonaro, apresenta duas crises e a partir da escuta localizo diversos fatores que a abalam: agravamento das dificuldades financeiras, a ida do companheiro para trabalho em uma fazenda mantendo-o distante por várias semanas e com baixo salário, filhos entrando na

³⁹ Parque municipal onde está inserida a Unidade I do CIAPS Adauto Botelho, leva esse nome em homenagem à Zé Bolo Flô, compositor de marchinhas que foi paciente do hospital

adolescência, fim da escola em período integral para eles, aumento do poder do *Comando Vermelho* em seu bairro. Tenta novamente ter acesso ao benefício de prestação continuada sem sucesso, já havia tentado muitas outras vezes, também não conseguia emprego remunerado.

Nessas duas ocasiões, embora ainda afastada da instituição, intermediei sua internação. Diante de seu grave sofrimento, a internação foi uma alternativa que reduziria os danos de seu intenso sofrimento, dizia ter vontade de morrer, chegou a vagar por dias pela cidade exposta à violência policial que disse ter chegado a sofrer. Dizia-me que se sentia útil no hospital onde ajudava no trato com as outras pacientes e inútil fora dele, onde não conseguia nem emprego e nem o benefício.

Na última crise, embora já tivesse sido re-acolhida no CAPS após a penúltima internação, a unidade não forneceu suporte intensivo à Camila. Em Cuiabá se iniciava o período de quarentena devido à pandemia do Covid-19 e a equipe me disse que estavam trabalhando com poucos funcionários, somente entregando receitas e medicamentos aos pacientes. Enquanto aguardava vaga no hospital, único lugar que a acolheria nessa crise, segui atendendo em visita domiciliar em conjunto com a equipe do PSF, com quem discutia o caso diariamente por telefone e semanalmente de modo presencial, quando ia atendê-la em seu bairro. Essa 'externação', antes da 'internação' foi fundamental para que administrássemos junto com Camila esse momento tão agudo.

Dizia que o presidente Bolsonaro queria matá-la, o que não tomei como um 'delírio persecutório', mas como uma mensagem de extermínio por parte do governo que chegava a ela e à população segregada de modo cru, sem disfarces. Pedia para ser internada no Adauto, enquanto isso não aconteceu chega a ir até lá sozinha duas vezes. Tomei esse pedido como um pedido desesperado de resposta por parte do Estado, uma resposta de cuidado e não de morte, como vinha recebendo. Pela transferência, mantive contato comigo, sempre pedindo que eu a internasse, assim, situei meu lugar de mediadora entre o sujeito e esse Estado que pode preservar a vida, em contraponto ao Estado da necropolítica. Mesmo que eu quisesse me descolar do hospital para ela, eu o representava de algum modo, pois foi a partir desse lugar que o campo transferencial se constituiu.

Camila me ensinou a fazer rede, pois tive contato com todos os serviços de saúde que foram necessários para acompanhá-la nesses anos: UBS, CAPS, Policlínica e a UPA⁴⁰. Pude transitar por essas unidades, conversar com os profissionais, verificar as condições de atendimento e de estrutura física, no caso, bastante precárias assim como a unidade I do CIAPS Adauto Botelho. Sobretudo na policlínica e na UPA, onde realizam atendimento a urgências e emergências em saúde mental, a medicação é o único recurso utilizado. Na penúltima crise, Camila chegou a ficar dois dias em leito de observação na Policlínica por intermédio da psiquiatra. Disponibilizaram uma enfermaria de isolamento, que ao pé da letra a deixava nessa condição. Os técnicos apareciam no momento de administrar os remédios e esse era o único contato que tinha com eles (claro que por conta própria saía pela unidade e falava com outros pacientes, acompanhantes, etc).

Pude entender melhor porque tantas vezes as pacientes me diziam que, quando em observação nesses serviços, pediam para ir ao Adauto Botelho: “Aqui eu fico *solta*” me disse certa vez Mariana⁴¹, paciente que quando em crise aguda apresenta um grave quadro maníaco. Longe de culpabilizar os servidores que prestam algum tipo de atendimento mesmo sem as mínimas condições de trabalho, cabe interrogar a fragilidade da rede, a desresponsabilização do poder público no tocante à falta de carreira e salários dignos, de qualificação, formação e mesmo, como já mencionei, a falta de supervisão clínico-institucional. Os frágeis contratos de trabalho da maioria dos profissionais minam a organização coletiva pela atenção psicossocial, desmobiliza a luta política tão necessária nesse campo, assim como dificulta a instauração da clínica. O resultado é esse: paciente em sofrimento grave isolado, tal como há séculos nos asilos.

Minha intenção inicial no caso de Camila foi que nunca mais precisasse do hospital psiquiátrico, mas pude verificar que esse era um ‘bem’ que *eu* queria para ela, o que chegou a atrapalhar o manejo de suas duas últimas crises. Constato que ela ainda precisaria dele em alguns momentos, para revisitar a condição de ‘interna’ e depois sair dela, para a vida, para os problemas cotidianos que não eram poucos nem simples. Embora não esquizofrênica, suas crises são também um recurso, e ainda será no tempo que eu, sua analista, os CAPS e outros dispositivos da atenção

⁴⁰ Unidade de Pronto Atendimento

⁴¹ Nome fictício

psicossocial poderemos tratá-las para, talvez, operar uma ‘desinstitucionalização psiquiátrica’. Hoje me ocupo menos de seu diagnóstico estrutural e mais da resposta do sujeito em sua tentativa de amarração que sofre influência do manejo transferencial, onde me incluo. Não seguindo nenhum protocolo de atendimento, sigo situando um lugar de escuta para Camila, os efeitos analíticos dessa experiência não podem ser prescritos. Sigo sim, uma das importantes recomendações de Freud:

O analista certamente é capaz de fazer muito, mas não pode determinar de antemão exatamente quais os resultados que produzirá. Ele coloca em movimento um processo, o processo de solucionamento das repressões existentes. Pode supervisionar este processo, auxiliá-lo, afastar obstáculos em seu caminho, e pode indubitavelmente invalidar grande parte dele. Mas, em geral, uma vez começado, segue sua própria rota e não permite que quer a direção que toma quer a ordem em que colhe seus pontos lhe sejam prescritas (FREUD, 1913, p. 145-146)

Esse caso revela que a instauração da clínica psicanalítica sob transferência pode se fazer caso a caso dentro da instituição total possibilitando que se constitua um fora dela, além de nos impor um trabalho de rede, que nunca está dada de antemão e precisa do ato de cerzi-la pelas mãos dos profissionais da saúde mental. Ao invés de produzir ‘assujeitados institucionais’, que possamos contar com as incidências do sujeito do inconsciente, seja via fantasia ou via delírio.

Camila às vezes ainda voltará ao hospital, mas o mais importante é que seu caso me fez sair dele e precisar fazer uma rede de atenção psicossocial para ela, com ela. Ao seu modo próprio, ela me *desinstitucionalizou*.

CONCLUSÃO

*Triste, louca ou má
Será qualificada ela
Quem recusar
Seguir receita tal
A receita cultural
Do marido, da família
Cuida, cuida da rotina
Só mesmo rejeita
Bem conhecida receita
Quem, não sem dores
Aceita que tudo deve mudar
Que um homem não te define
Sua casa não te define
Sua carne não te define
Você é seu próprio lar
Um homem não te define
Sua casa não te define
Sua carne não te define
Você é seu próprio lar
Ela desatinou
Desatou nós vai viver só
Eu não me vejo na palavra
Fêmea: alvo de caça
Conformada vítima
Prefiro queimar o mapa
Traçar de novo a estrada
Ver cores nas cinzas
E a vida reinventar
E um homem não me define
Minha casa não me define*

*Minha carne não me define
Eu sou meu próprio lar
(Francisco, El Hombre)*

Minha pesquisa teve a peculiaridade de me fazer estudar e teorizar sobre o que a clínica me impôs como 'exigência de trabalho', assim como ocorreu com Freud em seu encontro com a histeria. O que apresentei aqui não se resumiu ao tempo de quatro anos doutorado, mas sim imprimiu, pela escrita, um fio temporal que parte início do meu trabalho com as psicoses no hospital psiquiátrico mas não se finaliza, apenas se concretiza com esta tese. O encontro com a loucura institucionalizada há quinze anos atrás me fez deparar com o máximo de minha ignorância, com a completa falta de recursos seja de conhecimento, seja de saber. Mas o que me trouxe tanta angústia no início, atualmente é meu ponto de partida, já que o saber sempre será algo para onde se pode chegar e não de onde se deve partir.

Revisitei a história da loucura buscando as raízes do internamento e dos hospitais psiquiátricos, retomei a experiência brasileira da Reforma Psiquiátrica para chegar aos dias atuais, dias obscuros, perigosos aos 'fora do sistema' como os loucos e outros, e que também ameaça nosso grande sistema, o Sistema Único de Saúde. O Estado que mata, necropolítico, Estado mínimo para os que dele precisam tem cada vez mais se afastado do Estado democrático, promulgado pela Constituição Federal do Brasil de 1988. Cada vez mais, não somente os loucos ou os indesejáveis sociais, mas também os trabalhadores estão sendo mortos pelo desmonte de importantes políticas públicas e pelo consequente aumento da segregação.

Todo esse cenário produz efeitos na saúde mental, sobretudo na fragilidade em se sustentar uma rede que de fato possa extinguir o manicômio e fazer operar a atenção psicossocial como pensada em seus primórdios. Em Mato Grosso, o hospital psiquiátrico ainda é o local principal de atendimento às psicoses desencadeadas e graves, pois persiste o estigma de se acolher e tratar das pessoas em crise nos hospitais gerais e outros serviços de saúde, até mesmo em alguns CAPS. A linha entre o cárcere e o tratamento, como assinalei em vários momentos, segue não tendo contornos claros, precisando sempre de um questionamento por parte dos profissionais sobre o que propõem como direção de trabalho, que não deve se

confundir com o modo manicomial de direção da vida do louco ou da patologização de sua experiência.

Trabalhar em um hospital psiquiátrico é como estar todos os dias em uma máquina do tempo que me leva aos séculos anteriores de total exclusão da loucura e da demanda social por seu silenciamento, demonstrando que ainda não superamos o modelo manicomial, que teima em retornar. O manicômio, velho depósito do que não deveria ser objetificado, ainda vive nas despolíticas dos desgovernos, nas instituições (totais ou não) e, infelizmente, em seu modo mais maléfico: na prática de alguns profissionais. Retomo que a RPB, um dos maiores movimentos sociais do nosso país, iniciou-se pelo movimento dos trabalhadores de saúde mental, estendendo-se a vários outros atores e teve a potência de atingir o legislativo, produzindo leis e criando serviços de atenção psicossocial. Nos dias atuais, há que se retomar essa causa de luta mesmo com os trabalhadores fragilizados, uma vez que as leis não garantem o fim dos manicômios, e, pior, estão sendo substituídas por leis que justamente garantem seu retorno.

Nesse contexto, como seguir na direção antimanicomial da psicanálise? Ao abordar os elementos teóricos sobre o funcionamento das psicoses busquei ressaltar a direção primeira de Freud que ao invés de tomar o delírio como um fenômeno característico da doença, o pensou como uma tentativa de cura, ou seja, como um importante recurso do sujeito na tentativa de restabelecer sua relação com o mundo. Do lado de Lacan, a sustentação de uma clínica possível às psicoses e seus avanços no manejo da transferência foi o que proporcionou que houvesse vida psicanalítica nas instituições públicas de saúde mental, caso contrário esse campo teria como única condução as vias medicamentosa e adaptativa.

O sujeito psicótico trabalha incessantemente tentando se curar e a isso dão o nome de doença. A complexidade da constituição do sujeito na psicose e a diversidade de suas tentativas de estabilização são reduzidas pela falsa ciência à visão limitada de déficit das funções cerebrais que devem ser corrigidas com medicação, cabendo-nos perguntar quem é o débil aí. Porém, mesmo no hospital psiquiátrico, felizmente, a psicose desencadeada e sua positividade não se submetem ao controle institucional. Quando negativada pelo excesso de medicação e contenção, isso é o pior: quer dizer que o manicômio se alojou e se apoderou de seu corpo. Isso é a institucionalização, um dos tipos de alienação. Para desconstruí-la, é preciso um

cuidadoso e persistente trabalho clínico de desinstitucionalização subjetiva, tal como aprendi com Noêmia, uma sobrevivente dos piores momentos da história da saúde mental de Mato Grosso. Noêmia me deixou acompanhá-la na travessia de seus muros internos e externos.

As outras pacientes que citei, como Fernanda, que me ensinou o poder de criação das palavras com seu neologismo, Letícia, que permitiu ajudá-la a fazer uma borda à invasão do Outro pela palavra, Branca, que me levou pela primeira vez para a clínica extra muros debaixo das mangueiras, Rosa me contando suas histórias fazendo o croché que a contornava, Dalva, que reivindicou sua condição de sujeito descolado do Outro institucional, Eliane, paciente que deixou ser *internada* por mim como ato analítico e não manicomial, Maria, que me concedeu a oportunidade de fazer um ‘parto’, Graça, que me mostrou a importância de não interromper um momento de autocura, Aline, que escolheu não me matar porque só estava sofrendo, Laura, que corajosamente decidiu não obedecer mais à voz, Camila, que me exigiu uma *externação* me fazendo transitar por todas as modalidades de serviços da rede, enfim, essas e outras tantas outras mulheres literalmente, ao pé da letra, me ensinaram o que é o SUS e que, mesmo com todo sucateamento, algo pode ser feito, decididamente, pela via do desejo do analista e da transferência.

A transferência e seu manejo nas psicoses desencadeadas dá mostras de que quanto mais desestabilizado um sujeito mais ruidoso é seu pedido de escuta, às vezes esse pedido chega como grito para depois ser traduzido em palavras, esse sofrimento demasiado. Lúcia⁴², após dias gritando, respondendo às injúrias das vozes que a invadiam dia e noite e não a deixavam dormir nem se alimentar, consegue endereçar o olhar para mim e dizer, em prantos: “Meu problema é que eu sofro demais. Ainda bem que vocês não desistem de nós”. Diante de tanta invasão, enfim um espaço de dizer se estabeleceu, constituiu-se um destinatário outro que não apenas as alucinações.

O secretariado abre possibilidades para inúmeras intervenções, muito mais eficazes do que as contenções surdas, que apenas intensificam as invasões. Se Freud dizia que o surto é um rompimento com o mundo externo e o psicótico tenta remendar essa relação, a medicalização vai na contramão desse processo, embotando ainda

⁴² Nome fictício

mais, isolando ainda mais, contendo o corpo e o pensamento, cronificando, extirpando os recursos subjetivos: camisa de força invisível e ainda mais maléfica.

A partir das elaborações dessa pesquisa, sustento que a psicanálise é impreterivelmente antimanicomial: a presença do analista em ato e palavra possibilita uma direção do tratamento para os casos graves que chegam aos serviços fechados, favorecendo a incidência do sujeito do inconsciente e o estabelecimento dos laços transferenciais que sustentam um trabalho com as psicoses desencadeadas que prescindem das formas seculares de controle sobre a loucura. A velha distinção entre trancar ou tratar, que sempre nos parece tão óbvia, pode não estar tão facilmente colocada, pois trata-se de um ato decidido sempre a ser recolocado, seja nos hospitais, seja em qualquer outro dispositivo da rede.

Para cerzir os vazios do manicômio, utilizei a linha da clínica, do material que pude recolher escutando as mulheres loucas, que, até com muita paciência, me ensinaram a ser psicanalista. Coisa curiosa esse tal desejo do analista, porque atender psicóticas nunca esteve nos meus planos de acadêmica, tentei de todas as formas fugir quando cheguei ao hospital (assim como muitas pacientes o fazem), eu não encontrei meu desejo: fui atropelada por ele. No fim das contas, ter ficado dentro, mas sempre olhando para fora, abriu definitivamente as portas do meu *manicômio interno*, do meu olhar em relação à loucura.

Hoje até poderia sair, mas não quero, prefiro ficar e abrir as portas para essas mulheres em intenso sofrimento, já que ainda somente são atendidas nessa condição no hospital psiquiátrico. De dentro também é possível lutar contra o manicômio. Sigo no trabalho clínico e político para que em breve todas nós consigamos sair dali pela porta da frente, pela mudança irreversível do modelo de assistência, pela retomada da causa da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Até que chegue esse dia, vou continuar implodindo pedacinhos dos muros do manicômio, de seus muros concretos e imaginários, de dentro pra fora. Afinal, no manicômio há uma porta que só abre pelo lado de dentro, e eu encontrei a chave.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. *Estado de exceção*. São Paulo: Boitempo, 2004.

_____. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*. 2. ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

ALBERTI, Sonia. *O hospital, o sujeito, a Psicanálise: questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ*. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 143-160, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 03 nov. 2017.

ALKMIN, W.D. *Entrelaçamentos transferenciais na psicose*. In: Revista Curinga/Escola Brasileira de Psicanálise – Minas Gerais, n.14 abr.2000.p.124-131.

ALVARENGA, E. *Estabilizações*. In: Revista Curinga/Escola Brasileira de Psicanálise – Minas Gerais, n.14 abr.2000. p.18- 23.

AMARANTE, P. *Saúde mental, políticas e instituições: programa de atenção à distância/ Coordenado por Paulo Amarante*. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

_____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARAL, N. *A loucura lúcida: o estatuto estrutural da mania e da melancolia na clínica psicanalítica*. 2014, orientadora Ana Cristina Figueiredo. Rio de Janeiro: UERJ, 2014, 225p.

AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

ASSIS, M. *O Alienista*. São Paulo: Editora Ática, 1994

BARRETO, F.P. *A urgência subjetiva na saúde mental (uma introdução)*. In: Opção Lacaniana, n.40, agosto de 2004, BH/MG.

BASAGLIA, F. *Corpo e instituição: considerações antropológicas e psicopatológicas em psiquiatria institucional (1968)*. In: Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Org. Paulo Amarante; trad. Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Gramond, 2010.

_____. *As instituições da violência (1968)*. In: Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Org. Paulo Amarante; trad. Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Gramond, 2010.

_____. *Introdução a Asylums (1969)*. In: Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Org. Paulo Amarante; trad. Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Gramond, 2010.

_____. *A utopia da realidade (1973)*. In: Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Org. Paulo Amarante; trad. Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Gramond, 2010.

BAPTISTA, T.W.F. *As políticas de saúde no Brasil: da cidadania regulada ao direito universal à saúde*. In: KUSCHNIR, R. Gestão de redes de atenção à saúde – 1. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

BARLETA, C. M.B. *Supervisão clínico-territorial: um dispositivo de transmissão e formação de equipes da atenção psicossocial*. 1.ed. Curitiba, PR: CRV, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n.3.588, de 21 de dezembro de 2017*. Brasília.

_____. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018.*

BEZERRA, D. S. *O lugar da clínica na Reforma Psiquiátrica brasileira: política e psicanálise oito anos após a Lei 10.216*. Curitiba, PR: CRV, 2013.

BUTLER, J. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?* Sérgio Tadeu de Niemeyer Lamarão, Arnaldo Marques da Cunha (trad.) Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2019.

CAPLAN, G. *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

COOPER, D. *Psiquiatria y antipsiquiatria*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1973.

DELGADO, P. G. G. *et al*, *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. In: Mello, M. F. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ELIA, L. *Para além da sexualidade: a psicose na psicanálise*/Luciano Elia; orientadora Angela Baraf Podkameni. Rio de Janeiro: PUC, 1992, 429p.

_____. *Corpo e sexualidade em Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Uapê, 1995.

_____. *Psicanálise: clínica e pesquisa*. In: *Clínica e pesquisa em psicanálise*. ALBERTI, S., ELIA, L (orgs.) Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

_____. *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2004.

_____. *Política da Psicanálise e política do Estado: uma exclusão possivelmente fecunda*. In: *Psicanálise e Saúde: entre o Estado e o sujeito*/Orgs. Rita Manso de Barros e Vinícius Anciães Darriba/FAPERJ – Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015.

_____. *Uma equipe muito peculiar: a equipe do CAPS*. In: *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência*, São Paulo, Escuta, 2015, p. 243-264.

_____. *A sobrevivência da Reforma Psiquiátrica*. Evento: *A sobrevivência da Reforma Psiquiátrica*. Patrícia Schmid (org.), Rio de Janeiro, 10 de março de 2019.

ELIA, L., SANTOS, K.W.A. *Bem dizer uma experiência*. In: *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

FIGUEIREDO, A.C. *O psicanalista na experiência universitária*. In: *Psicanálise, Universidade e Sociedade/org.* Heloísa Caldas e Sônia Altoé, Editor José Nazar. Rio de Janeiro: Cia. De Freud: PGPSA/IP/UERJ, 2001.

FOUCAULT, M. (1972/2007) *História da loucura: na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.

_____. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1991.

FREUD, S. *Fragmento da análise de um caso de histeria (1905)*. In Edição Standard das obras psicológicas completas v. VII. Rio de Janeiro: RJ, Imago, 1980.

_____. *Sobre a psicoterapia (1905)*. In Edição Standard das obras psicológicas completas v. VII. Rio de Janeiro: RJ, Imago, 1980.

_____. *As cinco lições de psicanálise (1910)*. In Edição Standard das obras psicológicas completas v. XI. Rio de Janeiro: RJ, Imago, 1980.

_____. *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (1912)*. In Edição Standard das obras psicológicas completas v. XII. Rio de Janeiro: RJ, Imago, 1980.

_____. *Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor (Contribuições à psicologia do amor II) (1912)*. In Edição Standard das obras psicológicas completas v. XI. Rio de Janeiro: RJ, Imago, 1980.

_____. *A dinâmica da transferência (1912)*. In Edição Standard das obras psicológicas completas v. XII. Rio de Janeiro: RJ, Imago, 1980.

_____. *Recomendações aos médicos que exercem psicanálise (1912)*. In: Edição Standard das obras psicológicas completas v. XII. Rio de Janeiro: RJ, Imago, 1980, v. XII, p.123-133.

_____. *Sobre o início do tratamento (1913)*. In Edição Standard das obras psicológicas completas v.XII. Rio de Janeiro: RJ, Imago, 1980.

_____. *À guisa de introdução ao Narcisismo (1914)* In: Escritos sobre a psicologia do inconsciente, v.1. Luiz Alberto Hanns (trad.). Rio de Janeiro, Imago Ed., 2004.

_____. *Observações sobre o amor transferencial (1915)*. In: Edição Standard das obras psicológicas completas v. XII. Rio de Janeiro: RJ, Imago, 1980, p.123-133.

_____. *O inconsciente (1915)*. In: Escritos sobre a psicologia do inconsciente, v.2. Luiz Alberto Hanns (trad.). Rio de Janeiro, Imago Ed., 2004.

_____. *Conferência XXIII - Os modos de formação dos sintomas (1916)*. In Edição Standard das obras psicológicas completas v. XVI. Rio de Janeiro: RJ, Imago, 1980.

_____. *História de uma neurose infantil (1918)*. In Edição Standard das obras psicológicas completas v. XII. Rio de Janeiro: RJ, Imago, 1980.

_____. *Linhas de progresso na terapia analítica (1918)*. In Edição Standard das obras psicológicas completas v. XVII. Rio de Janeiro: RJ, Imago, 1980.

_____. *O Ego e o Id (1923)*. In: Escritos sobre a psicologia do inconsciente, v.3. Luiz Alberto Hanns (trad.). Rio de Janeiro, Imago Ed., 2007.

_____. *Neurose e psicose (1924)*. In: Escritos sobre a psicologia do inconsciente, v.3. Luiz Alberto Hanns (trad.). Rio de Janeiro, Imago Ed., 2007.

_____. *A perda da realidade na neurose e psicose (1924)*. In: Escritos sobre a psicologia do inconsciente, v.3. Luiz Alberto Hanns (trad.). Rio de Janeiro, Imago Ed., 2007.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2013.

GUERRA, A.M.C. (2007) *A estabilização psicótica na perspectiva borromeana: criação e suplência*/Andrea Máris Campos Guerra; Ana Cristina Figueiredo. Rio de Janeiro, 269p.

_____. *A psicose*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

JIMENEZ, S. *Psicóticos em análise*. IV Congresso da AMP, 2004.

KAUFMANNER, H. *Índices de foraclusão – da fala à escritura*. In: Revista Curinga/Escola Brasileira de Psicanálise – Minas Gerais, n.14 abr.2000.

LACAN, J. [1936] *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

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

_____. [1936] *O estádio do Espelho como formador da função do Eu*. p. 96-103.

_____. [1948] *Agressividade em Psicanálise*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1998, p. 104-126.

_____. [1955] *Variantes do tratamento-padrão*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1998, p. 325-364.

_____. [1956] *Situação da psicanálise e formação do psicanalista em 1956*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1998, p. 461-495.

_____. [1958] *De uma questão preliminar para todo tratamento possível da psicose*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1998, p. 537-590.

_____. [1958] *A direção do tratamento e os princípios do seu poder*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1998, p. 591-652.

_____. [1966] *A Ciência e a Verdade*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1998, p. 869-892.

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

_____. [1967] *Alocução sobre as psicoses da criança*. In: *Os Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2003, p. 359-368.

_____. [1967] *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola*. In: Os Outros Escritos. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2003, p. 248-264.

_____. [1973] *O aturdido*. In: Os Outros Escritos. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2003, p. 448-497

_____. *O seminário, livro 3: as psicoses [1955/1956]* 2.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

_____. *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente [1957/1958]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1999.

_____. *O seminário, livro 8: a transferência [1960/1961]* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.

_____. *O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise [1964]* Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

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

_____. *O seminário, livro 19:... ou pior [1971/1972]* Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

_____. *O seminário, livro 23, O sinthoma [1975/1976]* Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

_____. *Breve discurso a los psiquiatras*. En el Cercle Psychiatrique H. Ey, Saint Anne, 10 de noviembre de 1967.

LÉVY-STRAUSS, C. - *Tristes Tropiques*, Paris, Plon, 1955.

MANNONI, M. *O psiquiatra, seu louco e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1971.

MILNER, Jean-Claude. *A obra clara: Lacan, a ciência, a filosofia*. (trad.) Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

MBEMBE, A. <https://www1.folha.uol.com.br/amp/mundo/2020/03/pandemia-democratizou-poder-de-matar-diz-autor-da-teoria-da-necropolitica.shtml>. Acesso em: 30/03/2020

_____. *Necropolítica*. São Paulo: N1 edições, 2020.

OLIVEIRA, Alice G. B. *Superando o manicômio? Desafios na construção da reforma psiquiátrica*. Cuiabá: EdUFMT, 2005.

OURY, J. *O coletivo*. São Paulo: Aderaldo&Rothschild, 2009.

PASSOS, I.C.F. *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

QUINET, A. *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense universitária, 1997.

_____. *Na mira do Outro: a paranoia e seus fenômenos*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

_____. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

RUIZ, Valéria Salek et al. *François Tosquelles, sua história no campo da Reforma Psiquiátrica: Desinstitucionalização e suas pistas para uma abordagem clínica do trabalho centrada na atividade*. *Estud. pesqui. psicol.* [online]. 2013, vol.13, n.3, pp. 855-877. ISSN 1808-4281.

STEFFEN, R. *A tópica do imaginário*. In: SOUZA FILHO [et al]; Durval Checchinato (coord.). *A clínica da psicose*. Campinas, SP: Papirus, 1988.