



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

SUSETTE MATOS DA SILVA

A CLÍNICA DA HISTERIA NO CAPS: ESCUTAR O SUJEITO ENTRE OUTROS.

**Belém – Pará
2012**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

SUSETTE MATOS DA SILVA

A CLÍNICA DA HISTERIA NO CAPS: ESCUTAR O SUJEITO ENTRE OUTROS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará – UFPA, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Roseane Freitas Nicolau.

**Belém – Pará
2012**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFPA

Silva, Susette, 1975-
A clínica da histeria no CAPS: escutar o
sujeito entre outros / Susette Silva. - 2012.

Orientadora: Roseane Nicolau.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas,
Programa de Pós-Graduação em
Psicologia, Belém, 2012.

1. Saúde mental. 2. Histeria. 3. Psiquiatria.
4. Psicanálise. I. Título.

CDD 22. ed. 616.89

A CLÍNICA DA HISTERIA NO CAPS: ESCUTAR O SUJEITO ENTRE OUTROS.

SUSETTE MATOS DA SILVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará – UFPA, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Roseane Freitas Nicolau.

Data da aprovação: 24 de agosto de 2012

BANCA EXAMINADORA

**Profa. Dra. Roseane Freitas Nicolau – Orientadora
Universidade Federal do Pará (UFPA)**

**Profa. Dra. Doris Luz Rinaldi – Membro Titular
Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)**

**Prof. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira – Membro Titular
Universidade Federal do Pará (UFPA)**

Dedico esse trabalho a meu pai, que mesmo sem “saber”, me lançou nessa busca por um lugar de reconhecimento via desejo de Saber.

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento a Roseane Nicolau, minha orientadora, pela transmissão de *uma* psicanálise possível no campo do social e pela liberdade e incentivo para trilhar meu próprio caminho.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa *Psicanálise e Instituição*, pela riqueza da interlocução e do afeto compartilhado.

Aos meus filhos, Anna e Heitor, pela compreensão e estímulo ao meu melhor.

Ao meu marido, que dispensa palavras.

À Rosinha, que me mostrou “o caminho das pedras”.

Enfim, às mulheres (históricas ou não) que me ensinaram.

*[...] o analista deve aspirar a um domínio tal de sua fala
que ela seja idêntica a seu ser.*

Jacques Lacan ([1953-1955]1998)

RESUMO

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi responsável por muitas mudanças no campo da saúde mental, e com a Lei Federal 10.216 o poder público passa a assumir a tarefa de reorganização dos serviços e da assistência em saúde mental como um todo. Mas as práticas contemporâneas de assistência nos serviços substitutivos têm nos mostrado a necessidade imperante de se pensar a direção de tratamento no campo da saúde mental, especialmente quando constatamos o lugar de destaque ocupado pelo discurso médico nestes dispositivos de atenção. Partindo da questão sobre o tratamento possível à histeria no campo da saúde mental, esta dissertação teve como objetivo investigar a clínica desenvolvida nos serviços substitutivos a partir do estudo de caso de uma paciente em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Conclui-se que, para além de um saber dominante, sustentar a escuta do sujeito e a circulação de um discurso acerca da subjetividade nas instituições é o que vai propiciar uma troca entre os profissionais e a possibilidade de abertura para o saber da histérica, tão cara à psicanálise.

Palavras-chave: Histeria, Psicanálise, Psiquiatria, Saúde Mental.

ABSTRACT

The movement for Brazilian Psychiatric Reform was responsible for many changes in the area of mental health, and with the coming of the Federal Law 10.216 Public Authority assumes the responsibility for the reorganization of the services and assistance to mental health as a whole. But the ongoing practices of assistance in the substitutive services have shown the dire necessity for thinking in terms of the direction of training in the field of mental health , especially when we see the special place that the medical discourse occupies in discussions about the devices , starting with the question of possible treatment for hysteria in the field of medical health. This dissertation aims to investigate the clinical approach developed in substitutive services, using a case study of a patient in a Psychosocial Care Unit (CAPS). It concludes that , in order to have sound knowledge to sustain listening on the subject, and the circulation of a discourse about subjectivity in the institutions , that will bring about a change among the professionals, and the possibility of opening up knowledge about hysteria , so dear to psychoanalysis.

Keywords: Hysteria, Psychoanalysis, Psychiatry, Mental Health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1: POR UMA HISTÓRIA DA HISTERIA	17
1.1 As concepções de histeria ao longo dos tempos	17
1.2 Freud, a histérica e a constituição da psicanálise	22
1.3 Histeria e feminino em Freud	29
1.4 A psicanálise em uma nova conjuntura e o retorno a Freud feito por Lacan	32
1.5 A sexualidade feminina sob a marca da falta	36
CAPÍTULO 2: O CAPS COMO NOVO CONTEXTO DE TRATAMENTO DA HISTERIA	43
2.1 A experiência da Reforma Psiquiátrica brasileira e sua perspectiva inovadora	45
2.2 A clientela elegível do CAPS: a histeria entre vários	46
2.3 A querela diagnóstica, ainda	48
2.4 O que foi feito da Reforma e dos CAPS	51
2.5 A hegemonia de um, por trás dos diferentes modos de “ver”	55
2.6 O que foi feito da clínica no campo da saúde mental	58
CAPÍTULO 3: QUE LUGAR PARA O SUJEITO NOS DISPOSITIVOS DE SAÚDE MENTAL	64
3.1 A perspectiva clínica para além do cuidado em saúde mental	65
3.2 Da questão do sujeito para o sujeito em questão	72
3.2.1 <i>Tornar-se sujeito</i>	74
3.2.2 <i>Alienação e Separação como sínteses do processo de constituição do sujeito</i>	75
3.3 Estabelecendo pontos de ancoragem	77
3.4 A Teoria dos Quatro Discursos como possibilidade de inserção e transmissão da psicanálise ...	80
3.4.1 <i>A teoria dos discursos na interseção com a saúde mental</i>	83
CAPÍTULO 4: “NÃO ME DÊ O QUE TE PEÇO PORQUE NÃO É ISSO”	89
4.1 Um lugar para Rosinha	89
4.1.1 <i>O que fala em Rosinha?</i>	94
4.1.2 <i>Rosinha quer um mestre</i>	97
4.2 Um lugar para a equipe	103
4.2.1 <i>Rosinha, a que ninguém quis escutar</i>	104
4.2.2 <i>O apelo à realidade</i>	106
4.2.3 <i>Equipe X Rosinha, a indomável</i>	110
4.3 O que a equipe pode aprender com Rosinha	112
CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS	118

INTRODUÇÃO

Partindo da questão sobre o tratamento possível à histeria no campo da saúde mental, esta dissertação teve como objetivo investigar a clínica desenvolvida nos serviços substitutivos a partir do estudo de caso de uma paciente em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O interesse pelo tema do referido trabalho constituiu-se a partir de minhas atividades como psicóloga em dois CAPS de Belém, desde 2004. Uma prática que trouxe consigo uma série de questionamentos acerca do cuidado dispensado aos pacientes nestes locais, especialmente no que diz respeito à condução do tratamento dos sujeitos dito histéricos e as implicações nas narrativas de vida destes.

Obstante meu claro anseio pela dimensão prática que gira no entorno desta clínica, minha escolha foi movida também por uma procura incerta, quase despercebida desse “quê” de mítico que ainda circunda o tema da histeria e que parece apontar para questões que dizem da história, mas também da própria constituição do feminino e suas incertezas sempre atualizadas.

Faço referência ainda a minha inserção no grupo de pesquisa “A Psicanálise, o Sujeito e a Instituição” a partir de 2009 e os frutos colhidos com as leituras dos textos e discussões realizadas junto dos demais membros deste. Trata-se de um projeto vinculado à Universidade Federal do Pará (UFPA) e coordenado pela professora Dra. Roseane Freitas Nicolau em que vimos pautando o lugar do sujeito e de seu corpo nos serviços de saúde, especialmente no que diz respeito à tensão existente entre os discursos médico e o discurso psicanalítico. Aqui são investigadas, a partir do referencial teórico psicanalítico, as possibilidades de inserção do trabalho do psicólogo com formação em psicanálise junto a outros profissionais nas instituições, particularizando sua maneira de conceber a doença e de acolher a queixa do paciente, e mapeando com isso os “limites” e as “competências” da psicanálise, da medicina e dos demais saberes afins.

As articulações feitas a partir do grupo de pesquisa me possibilitaram um novo olhar sobre a instituição, dando subsídios para pensar a inserção da psicanálise nos espaços públicos, em especial nos serviços de saúde mental, situando meu fazer neste campo e consequentemente delineando melhor meu desejo pelo tema desta pesquisa.

Para Amarante (2007), isto que se convencionou chamar de *campo* da saúde mental, refere-se tanto a uma área de conhecimento quanto de “atuação técnica no âmbito das

políticas públicas de saúde” (p. 15). Desta forma, como unidades de tratamento, os CAPS surgem enquanto serviços que se pretendem *substitutivos* aos hospitais psiquiátricos, frutos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua lógica *antimanicomial*, e se constituem hoje, junto ao Ministério da Saúde e da política do SUS (Sistema Único de Saúde) para a Saúde Mental, como referência em atendimento a pacientes com “transtornos mentais graves e persistentes” (Ministério da Saúde, 2004). Poderíamos dizer, que os CAPS são instituições, por excelência, de escuta do sofrimento psíquico. Mas, me pergunto: de que lugar parte essa escuta?

No contato com muitos serviços em nossa região, seja como trabalhadora de CAPS, gestora ou supervisora, venho me questionando sobre a lógica de tratamento em vigor nestes aparelhos, respaldados em diagnósticos fenomênicos e muitas das vezes atuando essencialmente através de consultas farmacológicas.

Sob a influência de pesquisas organicistas, o campo da medicina contemporânea vem se caracterizando por seu movimento de recusa da dimensão subjetiva, o que tem trazido sérias consequências para os serviços de saúde mental, dado o lugar de destaque que o discurso médico ainda ocupa nos atuais dispositivos de atenção.

Desprezando os mais de 100 anos de contribuições da psicanálise e da psiquiatria clássica acerca dos conhecimentos sobre o adoecer psíquico, trabalhos como os de Kraepelin, Bleuler ou Clérambault são esquecidos, privilegiando as recentes classificações dos transtornos mentais que mais parecem catálogos, cujas opções são múltiplas e em sua maioria estéreis. Nesta perspectiva, o diagnóstico de histeria foi suprimido da clínica psiquiátrica na atualidade, ditada por uma lógica neurocientífica e instrumentalizada com seus manuais psiquiátricos: o *American Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), que é a classificação dos transtornos mentais da Associação Americana de Psiquiatria (APA) e a Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial de Saúde (OMS), com suas versões DSM-IV e CID-10.

Assim, ao ser abandonado o termo neurose, que antes designava uma categoria envolvendo tipos diferentes, em seu lugar surge o conceito de transtorno, aonde a histeria vai se apresentar também sob sua égide, seja como transtorno de ansiedade, de conversão, somatoforme, de personalidade, bipolar ou até mesmo síndromes psicóticas. Sem falar nas depressões, estados borderlines e outros, caracterizando boa parte dos encaminhamentos e procura pelos serviços de saúde mental.

Ocorre que, no campo da saúde mental, como podemos também constatar, não foi somente a psiquiatria que deixou de reconhecer a histeria, mas a própria Reforma Psiquiátrica, traduzida aqui por alguns movimentos sociais que levantam a bandeira da luta

antimanicomial, pelas políticas públicas vigentes e formas de organização dos aparelhos. Ao protestar contra a lógica psicopatológica, a Reforma acabou por negligenciar a clínica nos CAPS (RINALDI, 2005).

Também são mínimas ou de pouco efeito as referências encontradas na bibliografia específica desta área a respeito das diversidades clínicas as quais nos deparamos nos serviços, onde o que comumente se destacam, tanto nos escritos sobre a Reforma, quanto nos manuais de CAPS, são problematizações no entorno da clínica das psicoses, cujo enfoque é o do saber-fazer com a loucura numa perspectiva psicossocial e, mais precisamente, de reinserção social. Sendo que aqui faço uma ressalva a dois importantes instrumentos que são o *Manual de Saúde Mental: guia básico para atenção primária*, de Saraceno e outros autores, na sua quarta edição em 2010 e o *Linha – guia de saúde mental*, produzido pela Secretaria de Estado Saúde de Minas Gerais, em 2006, e organizado por Lobosque e Souza.

Nos CAPS, ainda que no discurso dos profissionais se façam presentes termos que sugerem um olhar e fazer individualizado para cada sujeito – como quando é feito o “Projeto Terapêutico Individual” dos usuários –, o que se observa é, além da já mencionada indistinção dos diagnósticos clínicos, uma consequente padronização no tratamento, sendo repetitivas as questões das equipes quanto ao *fazer* ou *não fazer* as oficinas, *tomar* ou *não tomar* o remédio, *aderir* ou *não aderir* ao tratamento.

Não raro nos deparamos com dificuldades por parte dos técnicos no lidar cotidiano com estes sujeitos, sendo comuns cenas de profissionais paralisados ou reativos diante dos incansáveis espetáculos e demanda histórica, oscilando entre atitudes intolerantes ou excessivamente permissivas, que vem apontar para as *vastas confusões e atendimentos imperfeitos* neste campo, em referência ao título do livro de Ana Cristina Figueiredo (1997) que trata da inserção da psicanálise no serviço público, o qual será recorrido em vários momentos ao longo do trabalho.

Ao nos perguntarmos, portanto, sobre os desdobramentos e/ou consequências em termos de direção de tratamento para essa desconsideração e/ou indiferenciação do diagnóstico de histeria nos serviços substitutivos, alguns pontos podem ser elucidados no que diz respeito à constatação, por exemplo, de muitas históricas estarem sendo tomadas como psicóticas nestes lugares e tratadas com práticas de internação e medicalização em massa.

Ora, se a psicanálise pensa a histeria a partir do sujeito que comparece na fala, que parte então caberia a esta neste “latifúndio” das políticas públicas de saúde mental? Neste ponto, interrogo sobre o que de fato tem sido feito quando o que se coloca diante da instituição é a demanda de um sujeito histórico.

Para responder a estas questões, foi realizado um levantamento bibliográfico e o estudo teórico dos principais conceitos e questões no que diz respeito à clínica da histeria, enfatizando o estudo sistemático das obras de Sigmund Freud e Jacques Lacan. Além disso, buscou-se trabalhos de psicanalistas inseridos no campo da atenção psicossocial, fomentando assim as discussões.

Os dados da pesquisa são provenientes, como já dito, de minha atuação em CAPS, integrando a rotina de trabalho junto a outros profissionais. A participante da pesquisa foi uma paciente cujo diagnóstico de histeria foi por mim suposto ao longo de seus atendimentos no CAPS. Foram utilizados os registros feitos acerca da paciente em documentos (prontuários e livros de ocorrências) por parte dos técnicos do CAPS durante o período de tratamento desta na instituição. A partir dos dados colhidos, foi empreendida uma análise através do referencial teórico que sustentou esta investigação, sendo feita uma articulação entre o sintoma da paciente e sua repercussão e desdobramentos na instituição.

Foi dada relevância à reflexão acerca do manejo da equipe no caso exemplificado, especialmente no que diz respeito ao lugar de destaque ocupado pelo discurso médico nos atuais dispositivos de atenção no campo da saúde mental. Ressalta-se, contudo, que não coube a este trabalho arguir contra a eficiência dos serviços substitutivos, e sim trazer alguns questionamentos que possibilitassem pensar sobre a disposição clínica destes, na medida em que se colocou como indagação o seu fazer cotidiano.

Para a organização do trabalho realizei uma divisão em capítulos, os quais discutem os pontos necessários para o desenvolvimento da dissertação. No primeiro capítulo, intitulado *Por uma história da histeria*, situo o conceito de histeria fazendo primeiramente um breve histórico, que servirá como ponto de partida para problematizarmos sua evolução como categoria diagnóstica ao longo das épocas, para só a partir daí podermos localizá-la no construto teórico psicanalítico.

Parte-se do princípio de que a psicanálise deve às histéricas seu descobrimento na medida em que Freud pode desvendar a excêntrica linguagem de seus sintomas, cuja presença não é casual e sem significado. Um saber negado na atualidade, ao se tomar o sintoma como apenas um elemento diagnóstico, passivo e sem função no contexto do adoecimento.

Mas vimos que, sejam como feiticeiras agentes do demônio, sejam como desequilibradas dignas de insulto ou pena, sempre existiu uma maneira mais ou menos invasiva de fazer calar aquilo que a histeria tinha a dizer. Penso que não é diferente o que hoje ocorre: a histeria desapareceu dos manuais, mas seus sintomas abundam nos serviços de saúde mental com muito que dizer.

Neste ponto, conclui-se que tomar a histeria pela perspectiva da classificação é se expor a equívocos, seja via indiferença, cuja escuta é surda, seja via repugnância, na tentativa de fazer calar aquilo que incomoda, com a utilização de métodos invasivos de medicalização, terapias de eletro-choque e internações desnecessárias. Logo, a psicanálise vem contribuir para a discussão dos diagnósticos, fornecendo elementos teórico-clínicos para a compreensão dos sintomas e do conflito histórico. Aqui ela vai demarcar, em especial, o que diz respeito às diferentes posições entre histeria e feminino no destino das mulheres.

No segundo capítulo, abordei o tema dos *CAPS como novo contexto de tratamento da histeria*, discorrendo sobre a mudança de paradigma da assistência ocorrida a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira, situando o CAPS frente a seu mandato político-ideológico e os impasses clínicos aí colocados diante da diversidade da demanda e dos modos de cuidar.

Ao questionar os diferentes saberes presentes no campo da saúde mental, desmistificando e desnaturalizando algumas ideias e práticas deste campo, interrogo sobre a lógica de tratamento que está sendo oferecido e finalizo problematizando o que foi feito da clínica no campo da saúde mental.

No terceiro capítulo *Que lugar para o sujeito nos dispositivos de saúde mental?* foram trabalhadas questões sobre a “clínica do sujeito” sustentada por alguns psicanalistas inseridos no campo da saúde mental, tomando a escuta do sujeito como uma proposta da psicanálise em sua interseção com este campo.

Cabe aqui apostar na saúde mental como campo de inquietações, de desafios e invenções cotidianas. Para tanto, saberes e fazeres precisam ser devidamente questionados, quando embasados em interpretações errôneas da Reforma, assim como quando baseados numa clínica do senso comum ou em sistemas teóricos que negam a subjetividade.

Neste ponto, a teoria dos quatro discursos de Lacan é apresentada como possibilidade de circulação e de transmissão do saber da psicanálise nos diferentes contextos, uma vez que toma o Discurso do Analista como o único que visa o sujeito.

Por fim, no quarto e último capítulo desta dissertação, denominado *Não me dê o que te peço porque não é isso*, foram apresentados fragmentos de um caso clínico de histeria o qual fora acompanhado em sua trajetória institucional. Figueiredo e Schmidt (2009) partem dos eixos acesso, acolhimento e acompanhamento como “elementos fundamentais” para avaliar a qualidade de um serviço de saúde mental, tendo o eixo acompanhamento como o mais problemático e desafiador, uma vez que, no fim das contas, é o que de fato vai imprimir qualidade ao tratamento. Neste sentido, foram feitas articulações entre as singularidades do caso aliada as dificuldades por parte da equipe – na qual me incluo como membro – na

condução deste, apontando os riscos de não se levar em consideração as descobertas da psicanálise acerca do saber inconsciente.

São, portanto, através dos vestígios de escritas da história de um sujeito, de seus laços, das imagens, lembranças e impressões deixadas em seu percurso no CAPS que esta dissertação foi conduzida, apontando os desencontros nessa relação, mas principalmente apostando neste encontro possível como indicativo, mais do que nunca, da pertinência dos questionamentos da clínica com os sujeitos históricos para o campo da saúde mental.

Para a psicanálise, a histeria é situada no corpo erógeno, erotizado, banhado pela cultura, pelo imaginário de uma época no qual esta constrói os seus sintomas. Um corpo que, seja através de crises conversivas, seja através de ataques de pânico ou quadros anoréticos, algo ainda diz sobre a histeria, cabendo-nos a oferta de uma escuta atenta do sujeito do desejo nos dispositivos de atenção em saúde.

Desta maneira, acreditamos que a importância deste trabalho está situada principalmente na aposta de superação de um modelo assistencial arcaico, cuja limitação de tratamento é clara, propondo-nos contribuir com a discussão e consolidação de uma clínica mais pertinente, para além de protocolos e encontros evasivos, mas, sobretudo ética no campo da saúde mental.

Para tanto, cabe-nos assegurarmos que o discurso da psicanálise repercuta em nosso meio e época, saindo em busca de pistas que orientem esse percurso e nos coloquem alertas diante das possibilidades sempre presentes de nos colocarmos em posições de repetição do mesmo.

CAPÍTULO 1: POR UMA HISTÓRIA DA HISTERIA

Em que consiste a histeria? Coisa de mulher ou do demônio? Doença ou simulação? É oriunda do útero ou do cérebro? Concepções diferentes sobre a etiologia da histeria foram construídas ao longo da história, e ainda explicam algumas crenças na atualidade que atraem valor pejorativo a esta, relacionadas a crises “histriônicas”, “pitiatismos” ou simples necessidade de chamar atenção.

Para a psicanálise, ao contrário, trata-se não menos que da fundadora de seu método. A histeria é tributária da descoberta do inconsciente por Freud, ao ponto de que rejeitá-la é negar o próprio inconsciente. Desta forma, este primeiro capítulo da dissertação faz uma

trajetória no conceito de histeria, situando-o brevemente em cada época e depois como categoria diagnóstica, para então problematizar sua presença negada na psiquiatria contemporânea.

Em seu percurso na psicanálise, há uma preocupação aqui em situar o ponto em que a realidade psíquica aparece como a maior referência para a compreensão dos sintomas e do conflito histérico. E da mesma maneira, quando esta é renovada por Jacques Lacan no constructo teórico psicanalítico com a evolução de seu pensamento sobre o campo do Real. Neste momento, histeria e feminino são demarcadas como posições distintas no destino das mulheres, e a falta aparece como sua grande marca.

1.1 As concepções de histeria ao longo dos tempos

Ainda que reconhecida no meio psicanalítico, o termo histeria não é uma criação da psicanálise, o que nos convoca a uma pequena digressão de seu uso. Ele deriva do grego *hystéra*, cujo significado remete-se a ventre ou útero. Tal atribuição veio de uma antiga teoria a qual sugeria que o útero vagava pelo corpo pressionando os outros órgãos, e desta maneira, a histeria foi considerada, até o surgimento da psicanálise, uma moléstia especificamente feminina.

Segundo Trillat (1991), a ideia que se tinha nesta época era a de um útero tal qual um organismo vivo, um “animal” dotado de autonomia e possibilidade de deslocamento para a parte superior do corpo. Desta forma, a terapêutica conhecida como da “sufocação da matriz” se dava com a utilização de odores: os desagradáveis eram inalados com o intuito de repelir o útero para baixo; e os agradáveis eram colocados sobre a vulva da mulher para atrair o órgão. Sobre isto, refere Platão nos *Diálogos*, em argumentação a Timeu sobre a natureza feminina:

A matriz é um animal que deseja ardentemente engendrar crianças. Quando fica estéril por muito tempo, depois da puberdade, aflige-se e se indigna por ter que suportar semelhante situação e passa a percorrer o corpo, obturando todas as saídas de ar. Paralisa o corpo e o empurra para extremos perigosos, ocasionando ao mesmo tempo diversas enfermidades, até que o desejo e o amor, reunindo o homem e a mulher, façam nascer um fruto e o recolham como uma árvore (PLATÃO apud TEDESCHI, 2008, p. 98).

Ocorre que, no campo da medicina, foi Hipócrates (460-377 a. C.) o primeiro a tentar desmistificar as desordens mentais e a levá-las do âmbito do divino ao das demais doenças orgânicas. Depois dele, tantos outros médicos praticantes se arvoraram a teorizar sobre a histeria, como Celso, Arétée, Soranos e Galeno. Também foi Hipócrates quem primeiro

atribuiu um conteúdo sexual a histeria – sustentado posteriormente por Galeno (ROSAS, 2010) e, sobretudo, por Freud. Desta forma, de maneira bastante simplória, prescrevia-se o então suposto “tratamento preventivo” para a histeria: “[...] para as moças, o casamento; para a mulher casada, o coito para umedecer e manter a matriz em seu lugar; para a viúva, a gravidez” (TRILLAT, 1991, p. 21).

No entanto, as concepções de útero como “animal voraz” continuaram a servir de base para explicar a histeria e muitas outras doenças das mulheres até pelo menos o início da era cristã (TRILLAT, 1991). Conforme aponta Quinet (2005, p. 92-93):

Por mil anos não se ouvirá falar de histeria. Jesus Cristo se torna o médico supremo das almas e dos corpos, e o poder médico é subsumido pelo poder religioso. Todas as manifestações outrora atribuídas ao útero e suas mazelas são interpretadas como efeitos de alguma intervenção divina ou possessão demoníaca.

Na Idade Média, recoberta pela concepção religiosa monoteísta, dá-se outro direcionamento à histeria onde, diante de quaisquer manifestações mais espetaculosas, tinha-se que as histéricas eram concebidas como representantes do Mal, seres possuídos a serem julgados pelas instâncias religiosas.

Outra saída para estas pessoas neste tempo, segundo Amarante (2007), era o de serem colocadas em casas de detenção, espaços que depois foram ocupados pelos hospitais, cuja função era bem diferente da que conhecemos hoje: tratava-se de uma instituição religiosa de cunho assistencialista, criada na Idade Média e que também, mas não exclusivamente, abrigava os desatinados.

Ou seja, não existia, literalmente, um lugar para a loucura; os ditos loucos, cujos significados eram múltiplos, e muitas vezes até antagônicos, nesta época circulavam pelos vários espaços sociais. O louco como “vagabundo” não carregava o peso que carrega hoje na expressão, uma vez que o trabalho não era algo tão valorizado. Da mesma maneira, o louco “miserável” era tomado, muitas vezes, por representante de Deus e recebia a caridade dos demais, que acreditavam garantir dessa forma a sua entrada no paraíso (KINKER, 1997).

Para Ramos (2008), é somente na Renascença que a concepção de histeria retoma seu estatuto clássico de “objeto médico”, havendo nos séculos XVII e XVIII uma “renaturalização” desta como doença a ser curada. Para o autor, “[...] se na Antiguidade a histeria estava associada a útero, passou, depois da Renascença, a ser relacionada ao cérebro” (p. 22).

O interesse pelas “doenças da alma” marca este período, mas a medicina continuava ainda bastante impregnada de misticismo e práticas que se confundiam em muito com as dos teólogos. É no Renascimento que a possessão demoníaca passa a ser reconhecida em todas as esferas e, segundo Quinet (2005, p. 93), “[...] a caça às bruxas se inicia no momento de decadência da aliança entre o sistema feudal e a Igreja, com a crítica dos humanistas ao poder clerical”.

Mas é válido ressaltar ainda, que em sua obra *História da Loucura*, de 1972, Foucault já fazia referência às grandes figuras da insanidade que assim se sustentaram na era clássica, divididas em três grupos distintos: o das *demências*, o da *mania* e *melancolia* e o da *histeria* e *hipocondria*. Diante das diferentes formas de apresentação da loucura, diz o autor:

A mais consistente, e também a mais afastada do desatino e a que lhe é mais perigosa, é a que, através de uma reflexão nos confins da moral e da medicina, através da elaboração de uma espécie de espaço corporal tanto ético quanto orgânico, dá um conteúdo às noções de histeria, hipocondria, a tudo aquilo que logo será chamado de doenças nervosas (FOUCAULT, 1972, p. 252).

Porém, como coloca Rosas (2010), apoiado também no pensamento foucaultiano, a histeria em muitos momentos fora encarada, a partir do século XIII, como um “vício”. Por esse tempo, era bastante generalizado entre os médicos, a ideia de atribuir como fatores determinantes da histeria e, por extensão, das psicopatias em geral, a ociosidade, a alimentação inadequada e outras características das classes economicamente privilegiadas. Seus clientes – e não apenas os histéricos – eram na maior parte das vezes “de boas famílias” e não lhes custaria muito o tratamento recomendado: banhos (para Boerhaave, mergulho em água gelada), equitação, viagens ao estrangeiro, sangrias, purgativos, fumigações uterinas, jogos de salão, como o xadrez (ROSAS, 2010).

Já a partir da segunda metade do século XV, resalta Foucault (1972), o medo da morte em tempos de peste e guerra é substituído pela “face da loucura” que passa então a fazer parte do imaginário do homem ocidental. Portanto, de um elemento cósmico, expressão da tragédia familiar do humano, ela passa a um elemento da consciência crítica, cuja fonte é o moralismo, a ironia. Contudo, vale notar que, para o autor, mesmo no mascaramento, no ocultamento dessa faceta trágica e, sob a égide de uma consciência crítica da loucura em suas formas filosóficas ou científicas, morais ou médicas, conclui este:

[...] uma abafada consciência trágica não deixou de ficar em vigília. Foi ela [a consciência trágica] que as últimas palavras de Nietzsche e as últimas visões de Van Gogh despertaram. É sem dúvida ela que Freud, no ponto mais extremo de sua

trajetória, começou a pressentir: são seus dilaceramentos que ele quis simbolizar através da luta mitológica entre a libido e o instinto de morte (FOUCAULT, 1972, p. 29).

De outro modo, vale também destacar aqui sobre este trabalho de Foucault (1972), as considerações que Torre & Amarante (2001) fazem a respeito do mesmo e sua repercussão no campo da saúde mental. Relatam estes:

A contribuição central e mais direta de Foucault para o campo da saúde mental, através da abordagem arqueológica da loucura e das análises genealógicas do poder psiquiátrico, é a da possibilidade de realizar uma análise do processo de produção da doença mental, isto é, as formas através das quais foi possível efetivamente construir o objeto “doença mental” através do dispositivo psiquiátrico, em seus saberes e paradigmas fundantes, bem como em suas práticas e instituições (TORRE & AMARANTE, 2001, p. 19).

Desta maneira, tomamos conhecimento de que os séculos seguintes foram palco dos desdobramentos que essa nova lógica propiciou, no qual a loucura passa a ser dialeticamente vinculada à razão numa relação de reciprocidade, afirmando-se e negando-se uma à outra, como salienta Foucault (1972).

Para Kinker (1997), as mudanças de valores quanto ao trabalho e a estima pelo acúmulo de riquezas no século XVI dão margem para que o século XVII venha a ser responsável pela criação das grandes casas de internação, ligando intrinsecamente a loucura a esse lugar social de exclusão. Sobre este aspecto, é Foucault (1972, p. 78) quem mais uma vez nos instrui:

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. 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 no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade.

A criação do Hospital Geral por Luís XIV (1656), longe de ser um espaço de tratamento, cujo sentido médico de imediato nos evoca, configurou-se diferentemente, como um lugar de “saneamento”, depositário dos menos afortunados. Ou seja, sua função muda de filantrópico para ordenador social e político (AMARANTE, 2007).

O século XVIII, por sua vez, tem na Revolução Francesa e na figura de Philippe Pinel (1745-1826) – com sua empreitada para a reforma dos hospitais gerais – aquilo que poderemos tomar como as bases do nascimento da Psiquiatria Moderna. Fundamentados pelos

ideais da Revolução, o modelo de hospital enquanto instituição médica foi uma tentativa de humanização deste espaço por parte de alguns profissionais médicos.

Por conseguinte, ao tornar o hospital lócus da medicina, Pinel se dedica a construção de sistemas classificatórios e se torna autor da primeira nosografia que se tem notícia sobre as doenças mentais: o *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania*, de 1801 (AMARANTE, 2007). Sobre este aspecto, para Moreira-Almeida (2008), em uma resenha sobre o *Tratado*, na leitura do mesmo, “[...] aprendemos que o famoso ‘gesto de Pinel’, retirando as correntes dos alienados, provavelmente nunca ocorreu, mas simboliza sua ênfase na humanização do atendimento” (s/n). No que dá detalhes sobre essa inovação:

Há uma marcante valorização dos eventos vitais estressantes como desencadeantes de alienação, assim levando à necessidade de abordar os pacientes do ponto vista psicológico e comportamental (o que ele chamava de tratamento moral). A relação estabelecida entre o paciente e as pessoas que lhe oferecem cuidado é destacada como potente recurso terapêutico. Pinel condena veementemente qualquer tipo de violência contra os doentes. Há uma grande ênfase no esforço de trazer os pacientes novamente ao convívio social bem como no combate a preconceitos relativos às doenças mentais e seus portadores. Para isso, ele propõe a criação de asilos para alienados com qualidade e recursos para atingir este fim. Tais instituições deveriam ser amplas, arejadas, com áreas verdes e oferecerem possibilidade de exercícios físicos. Entre as várias propostas de organização dos "hospícios de alienados", destaca a importância da separação dos doentes por grupos de patologias ou de estado evolutivo do quadro, a necessidade de cuidados na preparação da alimentação dos alienados e a promoção de atividades laborativas de caráter terapêutico, específicas para cada paciente. Enfatiza a necessidade de, o que chamaríamos hoje, uma adequada referência e contra-referência de pacientes entre os vários hospitais e médicos de uma região para que se possa dar adequada continuidade ao tratamento (MOREIRA-ALMEIDA, 2008, s/n).

No Brasil, a criação do Hospital Psiquiátrico Pedro II, em 1852, na cidade do Rio de Janeiro, foi tida como o “marco institucional” da assistência psiquiátrica para a época, sucedida posteriormente nos estados de São Paulo, Pernambuco, Bahia e Minas Gerais por instituições públicas da mesma natureza. Uma vez que “[...] O discurso médico, representado pela jovem Sociedade de Medicina brasileira de então, ressaltava a necessidade de um tratamento nos moldes já praticados na Europa [...]” (MINAS GERAIS, 2006, p. 29-30), sua ideologia tendeu desde sempre para a exclusão.

Com isso, o tratamento dos enfermos passa a ser, aos poucos, a nova finalidade dos hospitais. Um processo cujo efeito se deu para ambos os lados: o hospital fora transformado, na medida em que passou a ser medicalizado, assim como os médicos e seu modelo científico de medicina, que passam a fundamentar-se na anatomia (AMARANTE, 2007).

1.2 Freud, a histérica e a constituição da psicanálise

William Cullen (1712-1790), contemporâneo de Pinel, foi o primeiro a utilizar o termo *neurose* no campo da psicopatologia, incluindo-a no grupo das “Perturbações não localizadas” (ROSAS, 2010). Sobre este fato, curiosamente nos refere Trillat (1991, p. 82) que:

[...] Ao longo do século XIX, o conteúdo semântico dessa palavra se modificou consideravelmente [...] até se inverter. Para Cullen, a palavra “neurose” tinha sobretudo por função afirmar o lugar preponderante da neurologia. Todas as doenças podiam interpretar-se em termos neurológicos, a saber: contração-relaxamento. Cullen se inspira evidentemente nas teorias metódicas da Antiguidade. Ele repudia, por isso mesmo, toda a medicina hipocrática e humoral [...] Os humores, os vapores pertencem ao passado. Espaço para as “neuroses” ou doenças dos nervos. Bem entendidos, a histeria, em razão de suas manifestações convulsivas e espasmódicas, entra no gênero neurose.

Mas foi a partir do século XIX, com as pesquisas neurológicas em destaque, que a histeria e suas manifestações ganharam novo status e, definitivamente, não foram mais entendidas como bruxarias e possessões demoníacas, e sim como uma doença, tendo na figura de Jean Martin Charcot (1825-1893) seu grande defensor. Para Charcot, esta é a “prova histórica”, como coloca Quinet (2005, p.93), “[...] de que a histeria não estava sendo inventada no século XIX em seu serviço, mas de que ela sempre existiu e sempre existirá.”.

É possível notar a grande influência operada por Charcot na transferência de interesse da neuropatologia para a psicopatologia na construção da psicanálise, como se observa em um relato de Freud ([1893] 1996, p. 28):

Esta, a mais enigmática de todas as doenças nervosas, para cuja avaliação a medicina ainda não achara nenhum ângulo de enfoque aproveitável, acabara então de cair no mais completo descrédito, e esse descrédito se estendia não só aos pacientes, mas também aos médicos que se interessassem pela neurose. Sustentava-se que na histeria qualquer coisa era possível e não se dava crédito aos histéricos em relação a nada. A primeira coisa feita pelo trabalho de Charcot foi a restauração da dignidade desse tópico. Pouco a pouco, as pessoas abandonaram o sorriso desdenhoso com que uma paciente podia ter certeza de ser recebida naquele tempo. Ela não era mais necessariamente uma simuladora de doença, pois Charcot jogara todo o peso de sua autoridade em favor da autenticidade e objetividade dos fenômenos histéricos. Charcot repetira, em menor escala, o ato de libertação em cuja memória o retrato de Pinel pendia da parede da sala de conferência do Salpêtrière.

Seguidor de Paul Briquet (1796-1881), primeiro médico da modernidade a se dedicar ao estudo da histeria, sendo autor do *Tratado clínico e terapêutico da histeria*, de 1859, Charcot se empenhou em estudar a histeria a partir do método da hipnose, obtendo resultados

especialmente em pacientes com paralisia. Esta foi a época dos grandes espetáculos histéricos no hospital de Salpêtrière. Sobre isso, Ramos (2008, p.23) comenta que:

[...] Os principais sintomas descritos, seriam, sobretudo, as anestésias, os transtornos da alimentação e da respiração, o globo histérico e os traços de caráter um tanto negativos (tais como hiper ou hipossexualidade), sedução e flerte, manipulação, velhacaria e extremo emocionalismo. Chegou-se, mesmo, a dizer que o encanto feminino, quando levado ao exagero, seria manifestação de histeria, o que ainda tem sentido.

Ocorre que, juntamente com o psicólogo francês Pierre Janet (1859-1947), Charcot passou a considerar as causas psicológicas no desencadeamento do quadro histérico, possibilitando assim que suas pacientes, as histéricas, pudessem contar suas histórias com a garantia de uma escuta atenta (GURGEL, 2002).

Segundo Birman (2010), as descobertas da ciência na época também foram decisivas para o desenvolvimento teórico da psicanálise, uma vez que foi a partir do conhecimento destas, ainda que as modificando em sua essência, que a psicanálise sustentou seu discurso. Do exame anatomoclínico ao neurológico, por exemplo, é observada a significativa mudança de posição do doente, que deixa de ser passivo às observações do médico e passa a ser convocado a falar e a se fazer presente de maneira ativa e direta pois, segundo o autor, para examinar o registro *involuntário* do reflexo seria preciso a atuação *voluntária* do paciente.

Vale pontuar também, ainda que não se pretenda aprofundar o tema, que neste panorama inaugurador da modernidade, a questão do feminino se coloca em evidência, havendo uma proliferação de discursos sobre o lugar da mulher na sociedade. Há aqui um movimento de “positivação do feminino”, a partir do qual passa a se dar importância às questões da alteridade e da diferença dos sexos, como enfatiza Neri (2005, p. 91-92):

[...] a nosso ver, a importância do feminino no psiquismo e na obra de Freud está determinada por um contexto histórico. [...] Freud está banhado em uma cultura marcada pela presença do feminino, seja no domínio da arte ou da filosofia. No campo da medicina [...] os médicos que se interessam pela histeria [...] não fazem senão se juntar ao romantismo, que tira a mulher da inexistência colocando-a como fonte de inspiração e de interrogação.

Para a autora, impõe-se como questão, por outro lado, o porquê do discurso psicanalítico ser inaugurado justamente a partir de uma interrogação sobre o feminino *em* crise histérica. Algumas reflexões são então colocadas sobre a posição histórica nesta conjuntura, entendida como indissociável do feminino, na medida em que sua forma de

apresentação aponta para uma verdade subjetiva que diz da divisão do corpo e da divisão do sujeito. Articula esta:

Consideramos relevante que o discurso psicanalítico se inaugure sobre o teatro da histeria e não em torno da ruminação mental do neurótico obsessivo – que aponta para um distanciamento do afeto pelo pensamento –, nem tampouco por um delírio paranóico, com seu discurso de verdade totalizante. A histeria subverte a ordem da razão com um corpo encarnado. O teatro da histeria presentifica o descentramento do sujeito da razão, enunciando com um corpo em transe o deslocamento do sujeito do cogito cartesiano para um sujeito transitório, radicalmente descentrado (NERI, 2005, p. 95).

De qualquer forma, para Garcia-Roza (1996, p.34), o que Charcot “não esperava” ao escutar as históricas, “[...] era que dessas narrativas surgissem sistematicamente histórias cujo componente sexual desempenhasse um papel preponderante”. Desta maneira, completa ele, “Estava selado o pacto entre a histeria e a sexualidade; pacto esse que foi recusado por Charcot e que se transformou em ponto de partida e núcleo central da investigação freudiana.” (GARCIA-ROZA, 1996, p.34).

Em colaboração com Josef Breuer, médico e amigo, Freud passa a fazer novas descobertas e as pesquisas sobre a histeria ganham um rumo diferente: o trabalho *Estudos Sobre a Histeria* (1893-1895) inaugura a pesquisa psicanalítica e passa a delinear, a partir de então, o campo próprio da psicanálise. Trata-se de uma obra composta por recortes clínicos do atendimento de cinco mulheres, cujos sintomas apresentados eram tidos como clássicos da histeria na época. Apresentado nos *Estudos*, o caso Anna O, que na verdade chamava-se Bertha Pappenheim (1860/1936), foi emblemático: a ela atribuiu-se a invenção da psicanálise.

Atendida por Breuer durante quase dois anos, Anna O relatava suas histórias sempre relacionadas com a doença do pai. Breuer então passou a observar que após o relato a paciente apresentava uma melhora em suas perturbações psíquicas. Observou também que este método não só provocava alívio na paciente, como também fazia desaparecer alguns sintomas quando, sob *hipnose*, a paciente recordava o motivo do aparecimento dos mesmos.

O conceito de histeria é então proposto por Breuer, juntamente com Freud (1893-1895), como doença das *reminiscências psíquicas*, onde “não são as experiências em si que agem de modo traumático, mas antes sua revivescência como lembrança depois que o sujeito ingressa na maturidade sexual” (FREUD, [1894]1996, p. 165), e a teoria do *trauma psíquico* passa a explicar os sintomas histéricos neste período, inaugurando a *catarse* (descarga de afeto) como método terapêutico. Ou seja, a teoria freudiana, ainda sob influência dos estudos com Breuer e também de Charcot, teorizava que os sintomas histéricos eram efeitos de traumas psíquicos que carregavam afetos excluídos da consciência e se expressavam, de

maneira inadequada (anormal), por via nervosa somática. Anna O, que nessa época só falava inglês, chamou o tratamento de “talking cure” (cura pela fala) e fez referência a este dizendo tratar-se de uma “chimney sweeping” (limpeza de chaminé).

Posteriormente, Freud afasta-se de Breuer e detém-se na investigação da relação que as histéricas faziam entre seu trauma psíquico e as experiências sexuais infantis. Durante algum tempo se apoia na ideia de um trauma baseado em acontecimentos reais na vida de suas pacientes, elaborando a partir daí sua *Teoria da Sedução*. Ele acreditava tratar-se de lembranças verdadeiras as cenas de sedução sexual comumente relatadas por suas pacientes e praticadas por algum adulto (na maior parte das vezes o próprio genitor da criança) em sua infância. Aqui as concepções de sentido sexual e defesa são apresentadas como explicações etiológicas.

Em seu trabalho *As Neuropsicoses de Defesa*, tese de 1894, Freud já defendia a ideia de que a condição de eficácia patogênica de uma experiência estaria em ela parecer intolerável ao Eu, provocando assim um esforço defensivo contra estes sentimentos tidos como vergonhosos ou dolorosos. Parte-se, para tanto, da concepção de uma cisão psíquica que mais tarde Freud vem chamar de recalque. O recalque funcionaria, neste sentido, como um processo de manter a distância do consciente determinada representação tida como desprazerosa, conservando-a inconsciente.

A construção do conceito de *defesa*, presente desde os *Estudos sobre a Histeria* (FREUD, [1893-1895]1996), evolui assim para a compreensão da ideia de *resistência* ou *estado de recalque*, criando com isso um novo entendimento sobre o processo de formação dos sintomas. Em *Pulsões e destinos da pulsão*, Freud ([1915]2004) faz referência aos quatro destinos possíveis para a pulsão, naquilo que ela representa para a psicanálise como o que *anima* o sujeito, que o põe em movimento; uma força constante de origem interna e sempre em busca de satisfação. Seriam eles: a *Transformação em seu contrário*, o *Redirecionamento contra a própria pessoa*, a *Sublimação* e, por último, o que nos interessa aqui, o *Recalque*.

Para Freud ([1915]2004), o conceito de *recalque* ganha tal importância em sua obra que o faz declarar que o recalque é a “pedra angular” onde se sustenta a psicanálise, estando atrelado à constituição e à estruturação das instâncias psíquicas em consciente e inconsciente. O recalque original é tido por este como a primeira marca, o primeiro ponto de fixação do sujeito, ao passo que o recalque secundário ou *recalque propriamente dito* refere-se à cadeia de associações feitas a partir deste primeiro representante. Ele seria o responsável por recalcar representações, sendo que o afeto permanece livre. Os sintomas, assim como os sonhos e as fantasias, seriam os representantes derivados do recalcado, cujo afeto passa a ligar-se em

outras representações e com isso dá um sentido de proteção, de defesa do ego contra as exigências pulsionais.

Na histeria, portanto, ocorre que quando a defesa é bem sucedida (casos de conversão total, por exemplo), a vivência intolerável é expulsa do Eu, da memória, convertendo os afetos livres no corpo; quando a defesa fracassa, o que é expulso do eu se torna inconsciente e retorna depois como sintoma. A solução do conflito não se dá de maneira absoluta e sim a partir de um deslocamento de energia que, no caso da histeria, é transformada em sofrimento no corpo, mais precisamente numa parte do corpo implicada na cena traumática.

Assim, a origem do conflito histórico está na luta travada entre a sobrecarga dos “restos” de afeto e o recalçamento, colocado por Nasio (1991, p. 28) como “uma defesa infeliz”, a qual enfraquece o eu num “combate inútil”. Os tipos de neurose vão depender do resultado, da resolução do conflito; ou seja, do tipo de representação investida pela sobrecarga após o abandono da “representação intolerável”.

É em *Novas Observações sobre as neuropsicoses de defesa* que Freud ([1896]1996) vem pela primeira vez fazer afirmativas quanto ao caráter sexual da neurose histérica, referindo-se à vivência passiva de uma experiência sexual como causadora do trauma psíquico. Neste período ele ficou muito preocupado e intrigado com o suposto resultado de suas descobertas e, em crise, suspendeu os estudos com as histéricas, voltando posteriormente aos laboratórios de neuroanatomia. Foi com a morte de seu pai e sua entrada em um processo de auto-análise que ele percebeu a semelhança de seu sofrimento com os relatos de seus pacientes. Resulta daí sua grande obra, *A Interpretação dos Sonhos* (1900), cujas proposições acarretam uma forma até então inédita de compreender o psiquismo humano.

Do mesmo modo, Freud ([1905a]1996), em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, faz referência ao problema etiológico, questionando-se, mas também sugerindo ainda a existência de abusos reais em alguns casos patológicos. De qualquer forma, o impacto social dessa obra selava a importante diferença entre as proposições da psicanálise e o discurso psiquiátrico da época. Sobre isso, complementa Neri (2005, p. 174):

Com a formulação da sexualidade infantil caracterizada como autoerótica e perversa polimorfa e da pulsão sexual se inaugurando como pulsões parciais, Freud se coloca em completa oposição às teses naturalistas e essencialistas da sexualidade, bem como a opinião corrente de uma suposta relação natural de atração e complementaridade entre os sexos. Nada na sexualidade humana está garantido, a pulsão sexual pode investir os mais diferentes objetos que lhe causem prazer, ela é variável, múltipla, dissociada da genitalidade e da reprodução da espécie.

Contudo, é em *Fragmento da análise de um caso de histeria*, o famoso caso Dora, de 1905b (ano da publicação), que a psicanálise, em suas pesquisas sobre a histeria, encontra sua maior expressão. Segundo Gurgel (2002), dos 23 volumes da obra de Freud, em 18 deles há referência ao “caso Dora”, o qual nos conta a história de uma jovem de 18 anos que iniciou tratamento com Freud em 1900, apresentando um quadro psicopatológico marcado por complicações de saúde e conflitos familiares, e vindo apresentar-se como um rico material de estudo da histeria. Importantes conceitos foram alinhavados e desenvolvidos desde então, especialmente no que tange a ideia da fantasia, como da ordem do desejo inconsciente. Diz Freud ([1905b]1996, p. 19):

[...] Se é verdade que a causação das enfermidades histéricas se encontra nas intimidades da vida psicosexual dos pacientes, e que os sintomas histéricos são a expressão de seus mais secretos desejos recalcados, a elucidação completa de um caso de histeria estará fadada a revelar essas intimidades e denunciar esses segredos.

Por tratar-se da obra subsequente à *A Interpretação dos Sonhos*, as relações entre sonhos e sintomas histéricos são colocadas em evidência, como refere Freud ([1905b]1996, p.22):

[...] devo insistir em que o aprofundamento nos problemas do sonho é um pré-requisito indispensável para a compreensão dos processos psíquicos da histeria e das outras psiconeuroses, e que ninguém que pretenda furta-se a esse trabalho preparatório tem ao menos perspectiva de avançar um único passo nesse campo.

Neste trabalho, Freud ([1905b]1996) constata o papel das *fantasias* na organização psíquica do sujeito podendo, a partir de então, desenvolver sua teoria acerca da sexualidade infantil e, com isso, ancorar a concepção da formação dos sintomas histéricos em outras bases, qual seja: na *realidade psíquica* do sujeito.

O conceito de fantasia surge, por assim dizer, do bom senso de Freud em reconhecer a inviabilidade da ideia de que todos os pais seriam potencialmente perversos. A cena de sedução, neste sentido, não passará de uma fantasia histórica, e para Coutinho Jorge (2010), é assim que a psicanálise, propriamente dita, se constitui: quando faz a passagem da teoria da sedução para a concepção de fantasia. Ou seja, quando faz a passagem dos *traumas sexuais da infância* para o *infantilismo da sexualidade* com a descoberta do Complexo de Édipo.

O Complexo de Édipo se refere ao momento em que a criança se dá conta da diferença sexual, por volta dos três a cinco anos de idade, fazendo referência à angústia sofrida pelo menino frente à ameaça de castração, enquanto que no sexo feminino, o medo da castração

terá como correlato psíquico a inveja do pênis, e a fantasia será de um falo “roubado”. Para a teoria psicanalítica, a crença na universalidade do *falo*, como aquilo que pode vir a faltar, é pré-condição para a constituição do Complexo de Édipo como mito.

Nasio (1991) refere que a cena da fantasia remete, portanto, ao momento de incerteza sexual da criança na fase fálica, na qual, justamente, vai se fixar a histórica. Na histeria, os efeitos da fantasia serão de um corpo todo erotizado, ao mesmo tempo em que ocorre uma inibição na zona genital. Tal inibição vem corresponder, aqui, ao sentimento de aversão, de nojo do contato sexual. Não se trata de retraimento, e sim rechaço constante diante de algo excitante. Coexistem deste modo, com a mesma intensidade na histeria, necessidade e rejeição da sexualidade. Assim, ela “Vive sua sexualidade pelo corpo todo, exceto onde deveria vivê-la.” (NASIO, 1991, p. 60).

Mas a referência ao Complexo de Édipo tem como pano de fundo as experiências libidinais e começa na ilusão do bebê de possuir proteção e amor incondicional, em geral da figura materna. Vale ressaltar que esta ilusão é reforçada por sua condição real de desamparo. Porém, à medida que ele vai crescendo, as interdições vão se fazendo necessárias. Neste momento, a criança começa a perceber que não é o centro de tudo, devendo renunciar a este lugar para assim pertencer ao coletivo. O pai será aqui o grande representante da inserção da criança na cultura, assim como se coloca como objeto de desejo da mãe, o que faz com que a criança dirija sentimentos hostis a ele.

Destarte, no passo das históricas e das questões em torno do feminino, a teoria psicanalítica caminha com a formulação de todo um constructo psicológico, cujo papel das fantasias sexuais infantis assumem, progressivamente, uma importância fundamental na explicação do funcionamento psíquico e da formação dos sintomas neuróticos.

Dito de outro modo, conforme salientou Zalcberg (2007, p. 10), “[...] Nada na primeira tópica diferencia o funcionamento psíquico dos sexos; ela é igualmente válida na constituição de homens e mulheres.”. Para esta autora, Freud mais tarde se dá conta de que a simples constatação da distinção entre as instâncias *consciente*, *pré-consciente* e *inconsciente*, reconhecida como a primeira tópica freudiana, não era suficiente para responder ao Édipo feminino e sua maneira diferenciada de se constituir, se comparada ao masculino. Assim, uma segunda tópica do funcionamento psíquico é elaborada, levando em consideração os registros do *Eu*, *Supereu* e *Isso*. E vale também dizer que, posteriormente, a trilogia proposta por Lacan no início de seu ensino dos registros do *Simbólico*, do *Imaginário* e do *Real*, sugerindo continuidade ao pensamento freudiano, é reconhecida no meio psicanalítico como a “terceira tópica”.

1.3 Histeria e feminino em Freud

Foi em seu pequeno artigo, *A organização genital infantil*, que Freud ([1923]1996) definiu pela primeira vez a fase fálica, que corresponde à segunda infância, e é subsequente à fase oral e anal das organizações pré-genitais, defendendo a ideia de um monismo fálico no qual, para ambos os sexos, apenas o órgão genital masculino é considerado na organização genital final do adulto. Portanto, não se trata mais da dominância do pênis, e sim da primazia do falo. Mas, sobre a sexualidade feminina, Freud ([1923]1996, p. 158) ainda vacila: “Infelizmente, podemos descrever esse estado de coisas apenas no ponto em que afeta a criança do sexo masculino; os processos correspondentes na menina não conhecemos”.

Em *A dissolução do complexo de Édipo*, há uma articulação da fase fálica com o complexo de Édipo e a castração. Aqui Freud ([1924]1996) explica que, ao passo que a castração se constitui como a saída do menino do Édipo, já que diante da castração ele renuncia seu desejo pela mãe, para a menina é justamente pela castração que se dá sua entrada no Édipo, esperançosa de uma recompensa fálica ao se voltar para o pai.

No trabalho *Algumas consequências psíquicas da diferença entre os sexos*, Freud ([1925]1996) faz uma reavaliação sobre suas opiniões acerca do desenvolvimento psicológico das mulheres, uma vez que até então se referia sempre à “obscuridade” da vida sexual destas, tratando-a de maneira análoga a dos homens, por falta de outro referencial. Aqui ele se refere ao sentimento de inveja do pênis que a menina tem quando nota a diferença sexual, já que tal órgão lhe falta e lhe é “superior”, o que faz com que ela imediatamente queira ter um falo. É neste trabalho também que ele cita as consequências da inveja do pênis ou da descoberta da inferioridade do clitóris por parte da menina:

1. *Sentimento de inferioridade*, uma vez que toma a falta do pênis como punição, uma ferida narcísica;
2. *Ciúmes*, como correlato da inveja, muito presente entre as mulheres;
3. *Afastamento da mãe*, ao responsabilizá-la por seu infortúnio, sentindo-se preterida por isso; e,
4. *Rejeição* à masturbação, pois ao não poder concorrer com os meninos nesse aspecto, juntamente com a repressão na puberdade, pode-se abrir um caminho para a feminilidade, ou ao contrário, podem continuar os conflitos desta ordem.

Para Freud ([1925]1996), ao abandonar o desejo de ter um pênis, a menina passa naturalmente a desejar ter um filho, investindo no pai como objeto de amor e na mãe como objeto de ciúme. E “A menina”, como refere, transforma-se em uma “pequena mulher” (p. 284).

No caso do menino, ele diz que, ao notar primeiramente a falta na menina, este age com desprezo ou indiferença, ao passo que num segundo momento, já ameaçado pela castração, é tomado pelo medo de ser de fato castrado. Ou seja, frente à proibição do incesto imposta pelo pai, o menino teme perder seu órgão, tal qual supõe ter ocorrido com o outro sexo. Assim, além da angústia de castração, o amor à mãe e o ódio ao pai representam os sentimentos ambivalentes típicos desta fase no menino. Para Freud ([1925]1996), estes sentimentos acompanham o estado de coisas na relação do homem com as mulheres ulteriormente.

Mas a inveja do pênis na menina, inicialmente atribuída a um sentimento de inferioridade na teoria freudiana, ainda apoiava-se em concepções anatômicas de distinção dos sexos, o que leva Kehl (2008) a defender que é somente a partir de 1927, no texto sobre o *Fetichismo*, que Freud introduz definitivamente à ideia do *falo* o seu estatuto simbólico. Ter ou não ter o pênis deixa de ser uma questão estritamente anatômica – ainda que a ela faça referência –, para se pensar na forma específica em que cada sexo experiencia isto.

Neste sentido, Freud ([1931]1996) começa a considerar que na menina essa passagem para entrada no Complexo de Édipo é um pouco mais complexa, apresentando-se como um destino incerto a tarefa de tornar-se *ou* não mulher. Em seu texto *Sexualidade Feminina*, Freud ([1931]1996) alerta para a tarefa complicada que é para a mulher primeiro ter que abandonar uma zona genital em favor de outra, a vagina; e segundo porque tem que trocar seu “objeto original”, que é a mãe, pelo pai.

Neste trabalho, Freud ([1931]1996, p. 233) se pergunta: como a menina encontra o caminho para o pai? E mais, “Como, quando e por que se desliga da mãe?”, apontando a voracidade das críticas da menina à mãe, seja por não ter lhe dado um pênis, seja por não ter lhe amamentado o suficiente, ou por dividir seu amor com outros filhos, por não amá-la o suficiente ou por lhe despertar, e depois proibir, a vida sexual.

Desta maneira, é da natureza da relação com a mãe que Freud passa a se questionar, refletindo sobre a negligência até então dada à fase pré-edípica nas mulheres, atribuindo ainda, a este momento fecundo de ligação da menina com a mãe, a etiologia da histeria. Porém, a mãe, como primeiro objeto de amor, tanto do menino quanto da menina, só é assim

compreendida na releitura que Freud faz da teoria do Édipo, conforme comenta Zalcborg (2007, p.19):

A dimensão da demanda de amor por parte da menina dirigida ao pai não pode ser compreendida por Freud enquanto ele não ultrapassa sua leitura limitada do que considera “complexo-pai” baseado na sua primeira teoria do Édipo, sob cuja óptica a análise do caso Dora se inscreve. Por esta teoria, a menina primeiramente ama o pai enquanto o menino ama a mãe.

Por outro lado, é neste trabalho também que Freud ([1931]1996) aponta os três destinos possíveis na tarefa do tornar-se mulher: um que conduz a frigidez ou a inibição sexual (neurose) face à inveja do pênis; outro ao complexo de masculinidade, acreditando com isso ainda poder obter o pênis; e um terceiro, caracterizado como a escolha do caminho verdadeiro da “feminilidade normal”, via posição passiva e maternidade. Tais concepções vêm denunciar resquícios em Freud de um ponto de vista naturalista quanto às diferenças sexuais.

Finalmente, em sua XXXIII Conferência intitulada *Feminilidade*, de 1933, um de seus últimos trabalhos sobre a questão do feminino, Freud ([1933(1932)]1996) defende a bissexualidade humana, colocando que, independente do sexo anatômico, uma pessoa pode se comportar ora de modo masculino, ora feminino. Para ele, a masculinidade é articulada à posição ativa, enquanto a feminilidade associa-se à passividade, o que não impede de uma mulher assumir uma posição ativa e um homem apresentar-se passivamente em determinadas circunstâncias.

Neste trabalho bastante polêmico para o século frente aos protestos das feministas, Freud ([1933(1932)]1996) vem colocar a mulher ao lado das paixões e, comparada aos homens, desregrada e desviante. Mas conclui de maneira paradoxal:

Isso é tudo o que tinha a dizer-lhes a respeito da feminilidade. Certamente está incompleto e fragmentário, e nem sempre agradável. Mas não se esqueçam de que estive apenas descrevendo as mulheres na medida em que sua natureza é determinada por sua função sexual. É verdade que essa influência se estende muito longe; não desprezamos, todavia, o fato de que uma mulher possa ser uma criatura humana também em outros aspectos. Se desejarem saber mais a respeito da feminilidade, indaguem da própria experiência de vida dos senhores, ou consultem os poetas, ou aguardem até que a ciência possa dar-lhes informações mais profundas e mais coerentes (FREUD, [1933(1932)]1996, p. 134).

É possível, portanto, considerar um avanço na clínica quando o pai da psicanálise se desembaraça da questão anatômica e se volta para as significativas diferenças no conteúdo das fantasias do complexo edípico em cada sexo. O fato de a realidade material deixar de ter valor

de verdade eleva e reafirma o estatuto do inconsciente para a psicanálise. E mesmo não havendo um trabalho teórico sistemático sobre o mito de Édipo em Freud, o tema passa a atravessar quase que de ponta a ponta sua obra, tornando-o um ponto central para a compreensão do psiquismo humano.

1.4 A psicanálise em uma nova conjuntura e o retorno a Freud feito por Lacan

Segundo Ramos (2008), a partir de 1940 observa-se um afastamento da teoria freudiana do Complexo de Édipo como responsável pela constituição da neurose, e o ano de 1950 dá início a um período de “grandes revisões” no campo da psicanálise, mas não só nele.

Sob os efeitos do pós-guerra, a Europa dos anos 50 vive o luto e o descrédito das “conquistas culturais” que a caracterizavam até então. Sobre isso, Cabas (2010, p. 98) coloca:

Nesse contexto, a medicina surgia como uma das poucas “instituições civilizatórias” em condições de renovar a confiança na experiência humana. Assim, acabou por encarnar [...] o espírito do pós- guerra. A contrapartida é que a psicanálise e, por extensão, suas instituições caíram sob o efeito do empuxo à medicalização – um dos raros ideais que conseguiram sobreviver num continente que tinha urgência de ver suas feridas cicatrizarem (CABAS, 2010, p. 98).

Desta forma, foi se utilizando do emblema do pragmatismo e da eficácia nos tempos da guerra que a medicina se colocou, a partir da segunda metade da década de 50, como uma promessa de novos tempos. Algo que, somado às descobertas científicas da época, ao surgimento dos medicamentos psicotrópicos e da primeira geração de antidepressivos, “[...] começa a mudar o sentido da clínica e, muito particularmente, os destinos da psiquiatria” (CABAS, 2010, p. 99).

Para Gurgel (2006), é justamente desde a década de 50 que a psiquiatria vem questionando a histeria como uma categoria diagnóstica homogênea. Segundo este, é a falta de definição, patologia, patogênese e estrutura unitária de sintomas que faz com que se passe a evitar a utilização do termo histeria para nomear uma síndrome específica. Ou seja, para o autor, a falta de critérios estruturais para a concepção de diagnóstico na psiquiatria fez a histeria “morrer”, sendo ela transformada em transtornos a partir de características evidentes, e em contraposição à falta de provas físicas que explicassem os fenômenos.

Logo, é sobretudo no final dos anos 70, que se passa a observar mudanças significativas no vocabulário nosográfico acerca da histeria, no qual já se observa um claro

distanciamento do referencial teórico psicanalítico clássico, dando ênfase ao sintoma e à classificação presentes na elaboração dos DSM III (1980) e DSM III-R (1987), ambos inspirados na CID (Classificação Internacional de Doenças). Aqui, uma das consequências foi a de que a abordagem descritiva, privilegiando o fenômeno, tomou lugar em detrimento da divisão estrutural Neurose-Psicose. Neste preâmbulo, observa-se também certa aproximação entre a psicanálise americana e a psiquiatria.

Nas novas versões diagnósticas, a noção de transtorno vem substituir a de neurose e se introduz a ideia de diagnóstico de histeria como diferente daquilo que já vinha sendo chamado por *personalidade* ou *caráter histérico*. Também a relação entre histeria e depressão vai ocorrer de maneira expressiva a partir daí, com a indicação de antidepressivos para estes quadros. A partir do DSM-IV, que surge em 1994, o transtorno chamado então de personalidade histriônica (F60.4 – 30I.50 – antiga personalidade histérica) passa a ser encontrado relacionado de maneira evidente com o dito transtorno depressivo maior (F32.x-296.xx) (RAMOS, 2008). Ou seja, é a partir de certo encadeamento de fatos que poderemos nos referir hoje ao processo crescente de medicalização dos quadros de histeria.

Soler (2005), em um capítulo de seu livro *O que Lacan dizia das mulheres* propõe-se a elucidar o tema da depressão em sua interseção com o campo do feminino. Primeiramente, ela parte da ideia de que a depressão – diferente de a psicose, a obsessão ou a histeria –, não existe. Para a autora trata-se de uma “impropriedade conceitual” o termo depressão, uma vez que nada lhe há de coerente que sustente sua singularidade.

[...] Na verdade, a tristeza depressiva não é a angústia, o afeto típico da relação com um real inassimilável; ao contrário, ela é um “senti-mente” que engana quanto à causa; também não é um sintoma – não tem sua estrutura nem sua consistência – mas, antes, um estado do sujeito, passível de oscilações e compatível com as diferentes estruturas clínicas (SOLER, 2005, p. 76).

Portanto, para Soler (2005), não se trata de uma “geração espontânea” esses novos deprimidos, e sim de um fenômeno que diz dessa época, impregnada de um pseudo-cientificismo que caminha de mãos dadas com a globalização do capital liberal, em que “[...] Deus já não é conveniente, nem tampouco os mestres do saber [...]” (p. 72).

Segundo a autora, ao longo da história são vários os exemplos de sentidos dados a esta experiência subjetiva, seja no campo da literatura ou da religião, enquanto que hoje a psiquiatria a proclama como um déficit do eu. O discurso capitalista evoca os estados depressivos como doença ou fraqueza e um sentido de inércia e inibição lhes é atribuído com metáforas ao nível do corpo.

Sem negar o mal-estar na civilização, o fato é que, diz Soler (2005, p. 73), a contemporaneidade “[...] não gosta da depressão, ainda que tanto fale dela”. Um mal-estar que se faz presente seja via queixa histórica, seja pela invenção de diagnósticos. Para esta, no fim das contas, o que realmente se imputa hoje à depressão é a queixa e, quanto a isso, de fato são as mulheres que sabem mais, daí a primazia destas no campo da suposta depressão. Sobre isso, diz Soler (2005, p. 79):

[...] Se as mulheres se queixam mais facilmente, é porque a confissão das fraquezas do ser, de sua tristeza, sua dor ou seu desânimo, em suma, de tudo o que pode reduzir seu ímpeto e sua combatividade, é mais compatível com as imagens padronizadas da feminilidade que com os ideais da virilidade.

E complementa: “[...] a queixa em si feminiza, a tal ponto que, do lado do homem, aprende-se a refreá-la, ao passo que, do lado da mulher, nada impede que se faça uso dela, chegando-se a ponto, às vezes, de colocá-la a serviço da arte de agradar [...]” (SOLER, 2005, p. 79).

Quanto a isso, a autora também adverte que o próprio psicanalista, enquanto depositário da queixa, deve se precaver da armadilha linguageira dos diagnósticos sobre a depressão, no que aproveito para tecer alguns comentários, partindo de Ramos (2008), sobre as mudanças ocorridas no que concerne ao campo psicanalítico dentro desta conjuntura.

Para o referido autor, a discussão sobre o período pré-edipiano na etiologia da neurose histórica vai tomar proporção na década de 60, na qual, especialmente nos anos 70, os ensinamentos freudianos serão revistos, havendo uma cisão entre os modelos explicativos para a histeria, cujas discussões acompanhamos ainda na atualidade.

Ou seja, depois de Freud, ao falarmos de histeria, mesmo no campo da psicanálise, corremos o risco de estarmos nos referindo a maneiras diferentes de concebê-la, o que nos remete à questão de base que são as variadas facetas apresentadas pela própria psicanálise desde o seu fundador. Sobre esse aspecto, refere Figueiredo (1999, p. 122): “Essa já é uma preocupação de vários analistas de diferentes nacionalidades e já há um certo consenso em admitir que a existência de diferentes escolas psicanalíticas gera uma dispersão irreversível na produção conceitual e, conseqüentemente, nas concepções do trabalho clínico”.

Segundo Ramos (2008), haverá neste movimento um destaque à vertente americana da Psicologia do Ego, fato este que contribuiu decisivamente com o movimento de fragmentação da histeria no campo da psiquiatria. Do mesmo modo, para o autor, com a supervalorização do período pré-edipiano e da relação mãe-bebê nestas discussões, o Complexo de Édipo foi

colocado em plano secundário, havendo, conseqüentemente, um movimento de dessexualização da psicanálise.

No que se refere a este ponto, podemos dizer que foi sobretudo Lacan quem veio criticar, conforme nos lembra Cabas (2010, p. 100):

Nesse contexto, a psicanálise – levada de roldão – acolhia a nova ordem sem críticas e sem reservas. Assumiu as novas formas do sintoma com tudo o que isso implica, com todas as conseqüências. Para tanto, reformulou os fundamentos freudianos da doutrina e se dispôs a moldar – na forja do ideal vigente – as novas metas da cura analítica. Dessa maneira, a frase com a qual Freud encerrava sua definição da cura, “Onde o Isso era, Eu devo advir”, essa frase que diz que do que se trata é de levar o Eu a subjetivar o Isso, a reconhecê-lo como uma demanda vinda do mais íntimo do ser e a assumir a responsabilidade de derivar o que não pode ser derivado [...] essa frase – que Lacan qualificará como um legado aos analistas – [...] essa frase, enfim, foi reinterpreta, remodelada e desdita. Quer dizer, foi retraduzida seguindo o espírito da época. “*O Eu deve suplantar o Isso*”.

Deste modo, é diante do panorama de mudanças e novas interpretações acerca do legado freudiano que precisamente Lacan inicia sua obra, ainda nos anos 50, partindo do que ele denominou como uma *retomada do projeto freudiano*. Mas um retorno “às avessas”, a fim de tirar a psicanálise do lugar em que esta se encontrava com os pós-freudianos e da ênfase dada por estes ao eu e ao campo do imaginário.

Em um trabalho de 1952, intitulado *O mito individual do neurótico*, Lacan ([1952]2008) retoma a importância do mito para a Psicanálise, ressitando o Complexo de Édipo, assim como a questão do pai (mais precisamente, do fantasma do pai morto), incidindo no inconsciente e na constituição da neurose. Cito um trecho, que apesar de longo, penso ser válido ao propósito de exemplificação das articulações feitas por este desde então.

Afirmamos que a situação mais normativizante da vivência original do sujeito moderno, sob a forma reduzida que é a família conjugal, está ligada ao fato de o pai ser o representante, a encarnação de uma função simbólica que concentra em si o que há de mais essencial em outras estruturas culturais, a saber, os gozos serenos, ou melhor, simbólicos, culturalmente determinados e fundados no amor pela mãe, isto é, pelo pólo ao qual o sujeito está ligado por um laço incontestavelmente natural. A assunção da função do pai pressupõe uma relação simbólica simples, em que o simbólico recobriria plenamente o real. Seria preciso que o pai não fosse somente o *nome-do-pai*, mas representasse em toda a sua plenitude o valor simbólico cristalizado na sua função. Ora, é claro que esse recobrimento do simbólico e do real é absolutamente inapreensível. [...] Há sempre uma discordância extremamente nítida entre o que é percebido pelo sujeito no plano real e a função simbólica. Nessa distância é que reside o que faz com que o complexo de Édipo tenha seu valor – de jeito nenhum normativizante, mas frequentemente patogênico (LACAN, [1952]2008, p. 40-41).

É a partir deste ponto que Lacan ([1952]2008) faz suas considerações, apresentando o quarto elemento – a morte – como aquilo de que se trata na relação narcísica e na dialética do drama edipiano. Ou seja, é da *falta* constituinte que ele fala, onde algo sempre vai faltar para o sujeito, havendo também sempre um resto impossível de ser recoberto.

Segundo Lacan ([1953]1998), o símbolo é, desde o início, a morte da coisa, constituindo no sujeito “a eternização de seu desejo” (p. 320). É na morte que encontramos o sujeito antes da fala, é daí que se obtém os sentidos de seu existir. Assim, a solidão é percebida pelo sujeito, tanto “na ambiguidade vital do desejo imediato”, quanto “na plena assunção de seu ser-para-a-morte” (p. 322).

No Seminário Livro 4, *A Relação de Objeto*, o mito do Édipo é revisitado através da definição da lógica da castração e do valor de significação do falo. O Édipo será concebido como o dispositivo por meio do qual o sujeito, pela castração, se insere no campo do desejo e se humaniza. No que afirma Lacan ([1956-1957]1995), que o real é aquilo que está “no limite de nossa experiência” (p. 30). Para Lacan ([1957-58]1999, p. 35), “Jamais, em nossa experiência concreta da teoria analítica, podemos prescindir de uma noção da falta do objeto como central. Não é um negativo, mas a própria mola da relação do sujeito com o mundo”.

Por essa via, ele se desfaz da querela discursiva dos pós-freudianos, recolocando o sujeito e sua fala – que é baseada em sua própria *realidade psíquica* com todo o componente fantasmático que dela advém – como o ponto de partida para a *sua* psicanálise. Com o Seminário Livro 5, *As Formações do Inconsciente*, considera-se que Lacan ([1957-58]1999) completa a revisão a que se propõe com seu “retorno a Freud”.

1.5 A sexualidade feminina sob a marca da falta

Com os avanços teóricos sobre a constituição do aparelho psíquico nos registros do Simbólico, do Imaginário e do Real, a questão da especificidade da inscrição das mulheres no Complexo de Édipo é, a certa altura, retomada por Lacan. Para Zalcberg (2007, p.11), “Lacan será mais explícito que Freud quanto ao registro diferente que homens e mulheres têm em cada uma dessas instâncias”.

Até os trabalhos que antecedem o Seminário Livro 11, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Lacan ([1964]2008) se utilizava mais dos conceitos tomados emprestados da Linguística, mais precisamente de Jakobson - a metáfora e a metonímia - atribuindo uma lógica própria para explicar os fenômenos no campo da psicanálise, eram

tomadas como as duas operações constitutivas do inconsciente. O estruturalismo possibilitou a Lacan, a partir das imposições da lógica, isolar melhor o que seria da ordem dos preconceitos e das normatizações (SOLER, 2005).

Neste sentido, a teoria lacaniana caminha esclarecendo questões essenciais quanto às diferenças que há na assunção por parte da mulher de uma *posição histérica* e, por outro lado, de uma *posição feminina*, renovando com isso a clínica da histeria no campo da psicanálise, mas também fazendo avançar todo o arcabouço teórico psicanalítico.

Ao longo de seu ensino, é mais especificamente a partir dos anos 60 que Lacan propõe uma nova maneira para se pensar a questão da sexualidade feminina, já colocada desde Freud, na sua vertente da parceria amorosa entre homens e mulheres. Isto ocorre, mais especificamente, quando o conceito de falo, até então sustentado pelo argumento edípico, é considerado insuficiente para explicar a constituição psíquica da mulher, daí a proposição de que cada sexo é regido de maneira diferente pela ordem fálica. Segundo Zalberg (2007, p.23):

[...] com a introdução da inveja de pênis e a ameaça de perda de amor a ela associada na vida psíquica feminina, Freud antecipa uma questão que a psicanálise trabalha até às suas últimas conseqüências: o que a falta ressentida ao nível do corpo feminino representa no processo de subjetivação feminina?

“A mulher não existe”, aforismo lacaniano, faz referência ao sexo da mulher e universo feminino “não-todo” recoberto pelo simbólico e, portanto, pelo Édipo. Desta forma, um *mais além* da lógica fálica é conferido ao campo do feminino, onde a mulher passa a ser concebida de maneira *não-toda* na lógica fálica. Aqui o Édipo é ao mesmo tempo reafirmado, mas também reduzido à lógica da castração, uma vez que este não regula a totalidade do campo do gozo (SOLER, 2005). Vale dizer que a obra lacaniana, fundamentada nos textos freudianos, traz a ideia de gozo associada à noção de satisfação pulsional, tema este a ser retomado em capítulo posterior.

Ocorre que tais elaborações vêm acarretar mudanças na compreensão de suas relações com os registros do imaginário e do real, assim como com as dimensões do desejo, do gozo e do amor nas mulheres. A teoria lacaniana eleva, por assim dizer, a questão do falo para a ordem do *ser*. Ele diz da presença/ausência para além de uma ordem anatômica dos sexos, mas como correlato simbólico no processo de subjetivação do que é ser homem/ser mulher. O pênis, por outro lado, só será o falo se assim se constituir enquanto objeto de desejo da mãe, capaz de reparar a falta nesta. É a falta que faz o objeto existir.

Nesta perspectiva, a falta é tomada como o princípio fundamental para se pensar a sexualidade feminina. Para tanto, ainda que se trate de uma falta constitutiva e, por conseguinte, da ordem de todo ser humano, da dimensão do *ser* – já que a *falta-a-ser* nos marca como sujeitos, uma vez que diz da condição de sermos todos *falados* pelo Outro nos primórdios de nossas vidas e dele dependermos para nos constituirmos como sujeitos. Na mulher, esta falta é especialmente importante para a constituição da subjetividade feminina. Para a menina, trata-se de uma marca no real do corpo a ser vivida, ainda, como possibilidade de ser causa da falta de amor. Sobre isso, diz Zalcberg (2007, p. 32):

Embora querer saber qual o lugar que ocupa no desejo da mãe seja uma preocupação de toda criança, pois é algo que tem a ver com o mistério de sua concepção e do seu sexo, a menina deve percorrer um caminho bem mais complexo do que o menino para se localizar no desejo da mãe e, conseqüentemente, acreditar ser merecedora de seu amor.

A castração para a menina deixa de ser apenas uma ameaça, uma vez que privada do falo, representante do sexo no inconsciente, esta naturalmente o é (Zalcberg, 2007). Assim, impossibilitada de proporcionar um substituto fálico à sua mãe, a menina é desde sempre tomada pelo medo de perder o amor desta. Neste sentido, diz-nos Lacan ([1955-56]2002, p. 202):

Ali onde não há material simbólico, há obstáculo, falha, na realização da identificação essencial à realização da sexualidade do sujeito. Essa falha provém do fato de que, num ponto, o símbolo está falto de material – pois lhe é preciso algum. O sexo feminino tem uma característica de ausência, de vazio, de buraco, que faz com que aconteça ser menos provocante, e com que uma dissimetria essencial apareça.

Desta forma, a relação mãe e filha vem se constituir numa profunda ambivalência para a criança do sexo feminino, cuja ligação é dispendiosa e pode prolongar-se por um tempo indeterminado. Neste ponto, o pai vai representar um “refúgio”, um “porto seguro” para a filha, já que a tira de uma posição de submissão frente à figura materna e a coloca nas vias do *tornar-se* mulher (ZALCBERG, 2007).

Ao lançar-se em direção ao pai, este também terá uma importância crucial na constituição das fantasias na menina, especialmente na histeria feminina, cuja questão é justamente a manutenção do pai como parceiro amoroso. Mas, para que isto ocorra, ela precisa ter um pai que faça de uma mulher a *causa* de seu desejo; só assim ele será respeitado e amado pela filha. Segundo Lacan ([1955-56]2002, p. 197):

Para a mulher, a realização de seu sexo não se faz no complexo de Édipo de uma forma simétrica à do homem, não pela identificação com a mãe, mas ao contrário pela identificação com o objeto paterno, o que lhe destina um desvio suplementar. [...] mas a desvantagem em que se acha a mulher quanto ao acesso à identidade de seu próprio sexo quanto à sexualização como tal, na histeria transforma-se em vantagem, graças a sua identificação imaginária com o pai, que lhe é perfeitamente acessível, em virtude especialmente de sua posição na composição do Édipo.

Deste modo, a *posição histérica* é muitas vezes confundida com a *posição feminina*, pois ambas precisam da intermediação do homem. Para ascender à feminilidade, à *condição feminina*, a mulher precisa aceitar o lugar de objeto de desejo requerido pela fantasia do homem, no qual a “revolta” histérica diz justamente de uma recusa em se fazer objeto.

Para Zalcberg (2007), o ponto central de questionamento do gozo histérico está na devastação presentificada na mulher quando é colocada na posição de objeto na fantasia do homem. Aqui ela faz mais uma vez referência à relação mãe-filha como aquilo que pode explicar tal problemática, onde o que está em jogo é a própria resposta encontrada pela mãe na sua questão como mulher, determinante do lugar que a criança vai ocupar no desejo desta. Neste sentido, diz Lacan ([1953]1998, p. 269) que “[...] em parte alguma evidencia-se mais claramente que o desejo do homem encontra seu sentido no desejo do outro, não tanto porque o outro detenha as chaves do objeto desejado, mas porque seu primeiro objeto é ser reconhecido pelo outro”.

Assim, para a mulher aceitar em ascender ao lugar de objeto de desejo para um homem ela precisa, antes, ter esgotado suas buscas daquilo que procura como sentido para o mistério de sua feminilidade. Na histeria, portanto, a recusa em se fazer objeto para o homem acaba tornando-se corolário da recusa ao sexual. Ou seja, o gozo sexual não se constitui aqui como um propósito, seja para gozar, seja para *fazer gozar*.

Do homem, o que a histérica espera de fato é conhecer a *causa* de seu desejo, acreditando que isto lhe dirá quem ela é. Ou seja, através do desejo do homem, a histérica quer resolver o problema de sua *inconsistência*. Portanto, é o posicionamento da histérica diante dessa falta que marca sua estrutura. É de uma fratura em seu ser que a histérica sofre, onde a função fálica torna-se seu grande aparato.

No entanto, adverte ainda Zalcberg (2007): “Que a feminilidade enfatize o ‘fazer gozar’ não exclui o ‘fazer desejar’ que é sua condição e pelo qual a histérica se inclina preferencialmente” (p. 13). É que para Lacan ([1969-1970]1992, p.136):

[...] a partir do momento em que vocês fazem a pergunta *O que quer uma mulher?*, situam a pergunta no nível do desejo, e todos sabem que situar a pergunta no nível do desejo, para mulher, é interrogar a histérica.

Ainda sobre isso, lembra-nos mais uma vez Soler (2005, p. 51):

[...] Lacan distingue muito categoricamente a maneira feminina e a maneira histérica, ainda que elas possam combinar-se. É que identificar-se com o desejo, que é o caso da histérica, impede a identificação com o objeto de gozo. Essa tese perpassa todo o ensino de Lacan, embora suas formulações tenham variado com o tempo.

Lacan ([1955-56]2002) refere no Seminário Livro 3, *As psicoses*, que tornar-se uma mulher e perguntar-se sobre o que quer uma mulher são posições “essencialmente diferentes”, visto que “interrogar-se é o contrário de tornar-se” (p. 204).

Ao retomar o caso Dora, Lacan ([1955-56]2002) sublinha a dificuldade de Freud em reconhecer as vias do desejo desta, cujas indagações diziam da própria questão da sexualidade feminina. Dora toma a Sra. K. como substituta da mãe frígida e ausente, e seu interesse por esta, que em determinado momento é entendido por Freud como homossexual, na verdade girava em torno da sua questão sobre *como tornar-se uma mulher...*

Isso porque a feminilidade enquanto enigma para a histérica é buscada em outra. É à Sra. K. que Dora dirige a pergunta sobre *O que é ser uma mulher?* Esse é o enigma: como é possível uma mulher sem pênis ser tão desejada? A Sra. K., para Dora, é a Outra sem furo. Dora ama a ideia da mulher *toda* porque *A Mulher* faz parte da crença da histérica. É o que Lacan ([1955-56]2002) alcançou elucidar com o caso Dora, denunciando o que Freud não conseguira escutar desta, absorto que estava na lógica fálica.

[...] Ele se pergunta o que Dora deseja, antes de se perguntar quem deseja em Dora. E Freud termina por perceber que, neste balé a quatro – Dora, seu pai, o Sr. K. e a Sra. K. –, é a Sra. K. o objeto que verdadeiramente interessa a Dora, na medida em que ela própria está identificada com o Sr. K. (LACAN, [1955-56]2002, p. 200).

A histérica não se encontra do lado *não-todo*, mas identificada com o falo, com aquilo que está sujeito à castração para negá-la. E é em posição fálica que a histérica se pergunta: “sou homem ou sou mulher?”. Em sua economia psíquica, ela parte da aposta de que faria melhor uso do falo se o tivesse. Ela não descobriu que pode gozar de outra maneira e não só com o seu sintoma.

Para Soler (2005), através da interpretação do sonho da *Bela Açougueira* relatado por Freud, Lacan apresenta a forma complexa e estratificada da identificação na histeria. A primeira diz respeito a uma identificação no eixo imaginário com o desejo da amiga; a outra identificação se dá no eixo simbólico, com o (desejo do) Outro; e a terceira identificação é

com o falo, aquilo que falta ao Outro. Ou seja, ela identifica-se triplamente com o objeto suporte do desejo, com o sujeito do desejo e com o significante do desejo. Sobre isso, Soler (2005, p. 36-37) coloca:

O gozo fálico, como gozo do Um, é gozo localizado, limitado e fora do corpo. É um gozo em sintonia com o significante, como ele descontínuo e fragmentado, que se presta, portanto, ao mais e ao menos, e que por isso é parceiro do sujeito como tal. É aquele que a castração deixa ao ser falante. É correlato, portanto, da falta-a-gozar, e funda o imperativo de gozo do supereu do qual se alimenta a culpa. [...] O gozo fálico não se limita, no entanto, ao registro do erotismo. Também é subjacente ao conjunto das realizações do sujeito no campo da realidade e constitui a substância de todas as satisfações capitalizáveis.

Mas é também em *O avesso da psicanálise* que Lacan ([1969-1970]1992), segundo Zalberg (2007), oferece a possibilidade de se pensar a histeria de um modo inédito na psicanálise. Aqui ele define a posição queixosa e de vítima da histérica via um *gozo de privação*. Nesta perspectiva, o gozo da histérica é colocado ao lado da privação. Isto quer dizer que ela goza deste lugar de privada, ao exaltar a existência da outra, A mulher, aquela que lhe impede de gozar.

Portanto, ao contrário do que se pensa, a histérica não busca o gozo sexual, e sim o gozo da privação. É do desejo do Outro que ela fala, nunca do seu. E o que a histérica faz, de fato, é lutar contra sua natureza feminina uma vez que esta lhe é tomada como insuportável.

No final de seu ensino, mais precisamente no Seminário Livro 20, *Mais, ainda*, Lacan ([1972-1973]2008) vai situar a questão feminina e a emancipação da mulher à revelia de um objeto de satisfação, mas dada pela via de um gozo que a ultrapassa. Portanto, o desejo feminino vai visar, no fim das contas, um gozo diferente do gozo fálico.

De tal modo a mulher, por essência não-toda situada na função fálica, no discurso, na “natureza das palavras”, nos diz Lacan ([1972-1973]2008, p. 79-80):

Nem por isso deixa de acontecer que se ela está excluída da natureza das coisas, é justamente pelo fato de que, por ser não-toda, ela tem, em relação ao que designa de gozo a função fálica, um gozo suplementar. [...] Não é porque ela é não-toda na função fálica que ela deixe de estar nela de todo. Ela não está lá não de todo. Ela está lá a toda. Mas há algo a mais.

Para Lacan ([1972-1973]2008), é o *gozo-a-mais* da mulher que a define, ainda que deste ela não tenha nada a dizer, apenas que é possível experimentá-lo. Ao que conclui Zalberg (2007, p.99): “Essa exclusão do campo das palavras explica porque nem tudo da mulher pode ser dito; pelo motivo [...] de ela em alguma parte estar ausente de si mesma e não

alcançável no registro do simbólico [...]”. E o que escapa do campo simbólico, sabemos, recai no registro do Real.

O Real na teoria lacaniana diz respeito a este campo que está mais-além da significação, e a falta de algo que especifique a mulher a coloca justamente em uma maior proximidade com o registro do real. A falta de cobertura simbólica para o universo feminino vem a ser propícia à manifestação de um gozo mais-além da linguagem. O gozo suplementar estaria assim no lugar do Outro, junto da função do pai, da castração, de Deus. Ele está na via da ex-sistência onde se situa o desejo de um bem (LACAN, [1972-1973]2008). O feminino, logo, diz de uma alteridade, algo inalcançável, que não pode ser dito, e sim inventado uma a uma.

CAPÍTULO 2: O CAPS COMO NOVO CONTEXTO DE TRATAMENTO DA HISTERIA

Com a necessidade de mudança no modo de operar do sistema de saúde pública do país, a Reforma Psiquiátrica caminhou junto com a Reforma Sanitária no Brasil. Assim, desde o final da década de 80, há uma movimentação em torno do novo paradigma da assistência em saúde mental, e os chamados “serviços substitutivos” surgem como nova proposta de atendimento aos doentes mentais. O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – o CAPS Luis da Rocha Cerqueira –, foi inaugurado em março de 1987, na cidade de São Paulo, representando a efetiva implantação de um novo modelo de atenção em saúde mental na rede pública.

A perspectiva do Modo de Atenção Psicossocial segue em consonância com os princípios da Lei Orgânica 8.080 de 1990, fundamento do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual a saúde vem a ser pensada não como ausência de doença, mas como um processo que leva em consideração as particularidades regionais, culturais e sociais do indivíduo. Conforme a legislação brasileira, a saúde é um direito fundamental do ser humano, e caberá ao poder público (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) garantir esta por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de adoecimento e morte, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Desde então, com o avanço nas leis referentes à saúde mental, muito se tem feito no campo das políticas públicas, melhorando substancialmente o acesso e a qualidade dos atendimentos para a população. Nos últimos dez anos percebemos um aumento significativo de CAPS no Brasil, onde já contamos com mais de 1.620 CAPS, sendo 44 no Pará, conforme dados do MS de dezembro de 2010. Uma rede que se expande, mas nos perguntamos, de que maneira?

De fato, passados tantos anos, não é raro presenciarmos hoje serviços do tipo CAPS organizados, estruturados fisicamente, porém, burocráticos, mais atrelados a normas, fechados para a dúvida, para a criatividade, enfim, para a diferença. O usuário de saúde mental ganhou voz em espaços coletivos como os das Assembleias Gerais, e lhe é garantido atendimentos especializados, assim como em oficinas e grupos terapêuticos, mas o que de fato tem sido feito com o que é ouvido destes sujeitos nos CAPS?

Para além dos avanços políticos e materiais, a singularidade, ainda que presente no discurso da Reforma e da política de atenção, escapa à dinâmica de muitos serviços. Partindo destas considerações, neste segundo capítulo a concepção de *mudança* de paradigma da assistência em saúde mental no Brasil, a partir da Reforma Psiquiátrica, é problematizada, trazendo para discussão alguns pontos que nos remetem às contradições presentes nos CAPS quanto ao exercício de seu mandato como serviço substitutivo.

Aqui foram pontuados especialmente os embaraços clínicos emergidos diante da diversidade da demanda atendida e dos diferentes discursos que circulam numa instituição desta natureza. Com isso, parte-se da ideia de que a orientação clínica nos CAPS torna-se confusa e pouco consistente, abrindo espaço para contradições e pouca resolutividade.

É válido ressaltar, no entanto, que quando se fala em clínica, o discurso mais pregnante é certamente o do médico, cujo saber abrange muito mais do que algumas técnicas circunscritas. Mas, o que estamos chamando de clínica aqui são as práticas, não exclusivamente médicas, mas de todos os profissionais que lidam em sua rotina de trabalho com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção (CAMPOS, 2001).

Desta forma, neste segundo capítulo a questão diagnóstica foi colocada como mote para discussão e encaminhamento de algumas proposições que dizem respeito ao manejo e à direção de tratamento da clientela usuária dos CAPS, em especial, dos sujeitos históricos. Parte-se do princípio de que o fato do diagnóstico de histeria não ser mais reconhecido pelos manuais psiquiátricos, assim como de haver certa rejeição à concepção de clínica do lado dos movimentos sociais no campo da saúde mental, trouxe consequências para o tratamento destes sujeitos.

Acreditamos, por fim, que as dificuldades com as quais os profissionais de saúde mental lidam com a histeria por si só demonstram a atualidade de sua clínica desde as primeiras descobertas freudianas, exigindo-nos refletir sobre os impasses colocados no manejo dos quadros de neurose histérica nestes serviços, especialmente quando outro discurso não se faz presente frente ao discurso médico.

Na psicanálise, segundo Figueiredo (1997), o que resiste é a obra freudiana. Ele é nosso signo. O ensino de Lacan seria o “novo contexto” que, portanto, só faz sentido se referendado em Freud. Assim, “[...] recontextualizar a psicanálise pode ser entendido como uma revisão conceitual, no campo teórico próprio da teoria, como uma realocização de sua prática no campo da clínica em suas variações [...]” (FIGUEIREDO, 1997, p. 31).

2.1 A experiência da Reforma Psiquiátrica brasileira e sua perspectiva inovadora

O movimento da Reforma Psiquiátrica foi responsável por profundas mudanças ocorridas em vários países no que tange às relações da sociedade com a loucura. Foram várias as experiências que hoje são tomadas como referências – mas também ainda como fortes determinantes se pensarmos na Reforma não como algo dado, e sim como um processo – para as práticas assistenciais contemporâneas no âmbito da saúde mental.

Como ilustração, cito alguns países e movimentos a estes atrelados: França, com a Psiquiatria de Setor e Psicoterapia Institucional, Inglaterra com a Antipsiquiatria, EUA com a Psiquiatria Preventiva e Itália com a Psiquiatria Democrática. Esta última referência mais importante para a Reforma no Brasil, cujo ápice se deu no final dos anos 80 com a experiência exemplar de Santos-SP. Tem na figura de Franco Basaglia, médico moderno, seu grande representante, o qual sugere práticas em saúde orientadas pela fenomenologia materialista, de influência notória para a militância brasileira no campo da saúde mental.

Segundo Amarante (2007), destas experiências destacamos fazeres, conceitos e concepções cujas propostas de transformação foram mais ou menos radicais, partindo desde projetos de adequações institucionais até chegar a mudanças totais de paradigmas. No entanto, todas serviram de modelo para a experiência brasileira, hoje tida como referência mundial no campo das políticas públicas.

O processo brasileiro incorporou as questões nascidas de todas estas experiências, inclusive aprendendo com a tradição basagliana a refletir e a incorporar os erros e os

acertos dos processos anteriores. O conjunto das estratégias e princípios no campo da saúde mental e atenção psicossocial no Brasil é responsável por um novo cenário político em que há um efetivo processo de participação e construção social sem similar em nenhum país do mundo, mesmo na Itália (AMARANTE, 2007, p. 103).

Ou seja, desde os primórdios da Reforma Psiquiátrica brasileira, observa-se um movimento crescente de ações inovadoras, cujos atores são oriundos das mais diversas categorias sociais, as quais compõem o espaço da saúde mental – gestores, técnicos, usuários e familiares – que, embalados pelo ideal da *desinstitucionalização* da loucura, se lançam então diante das possibilidades de criação e inventividade. Para tanto, vide o Movimento da Luta Antimanicomial, com representações em quase todos os estados brasileiros. E, mais recentemente, a Marcha da Saúde Mental a Brasília, em 30 de setembro de 2010, para reivindicar a conclamação da IV Conferência de Saúde Mental, agregando cerca de 2.300 pessoas, dentre elas usuários dos serviços de [saúde mental](#) de 23 estados que marchavam embalados pelo lema “Brasília tem que ouvir a nossa voz”.

Nos campos do legislativo e normativo, o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil ganha consistência com o Projeto de Lei 10.216 de 1989, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT/MG). Sancionada em 2001, depois de 12 anos de tramitação no Congresso Nacional e após importantes modificações do Projeto de Lei original, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Trata-se de um marco em nossa história, cujo feito passa a dar maior força e visibilidade para o movimento em território brasileiro.

Assim, como dispositivos desse novo modelo de assistência, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), juntamente com os Ambulatórios de Psiquiatria, as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência e as Cooperativas de Trabalho compõem o que se convencionou chamar de *rede de atenção psicossocial* onde, dentre os objetivos do CAPS para o Ministério da Saúde (MS), consta textualmente: “[...] oferecer atendimento a população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 13).

A lógica, portanto, passa a ser outra – da ideia patológica para a do sujeito *em* sofrimento mental ou psíquico (contrapondo-se à concepção de transtorno ou desordem mental), dos hospitais para o *território*, do tratamento para a prevenção e promoção de saúde

– com todos os seus avanços e contradições inerentes a qualquer mudança se levarmos em consideração os processos sócio-históricos em curso.

Passemos então ao entendimento deste novo contexto clínico que são os serviços substitutivos, começando por esclarecer, o que se propõe a tratar, por princípio, um CAPS.

2.2 A clientela elegível do CAPS: a histeria entre vários

Tal qual preconiza o Ministério da Saúde (2004, p. 15), os CAPS deverão atender pessoas com “[...] intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida”, o que dá margem para abarcar uma gama de psicopatologias diferentes.

Para Delgado (2001, p. 154), a “marca” de um serviço como o CAPS “[...] é a presença, a frequência diária, o dia-a-dia: trata-se de uma clínica do cotidiano. Seus clientes são principalmente aqueles que a nosografia designa como esquizofrênicos”, mas onde, ressalta o autor, “[...] O perfil diagnóstico [...] não é crucial na definição da clientela elegível, sendo mais relevante a necessidade de atenção diária”. Assim, caberá aos CAPS a tarefa de apontar esse “novo” lugar social para os ditos sem razão, sejam eles neuróticos ou psicóticos. Sobre isso, é válido ressaltar que:

[...] o campo da saúde mental é um campo dos cuidados. Das terapêuticas do “viver”, *dirigidas principalmente aos psicóticos*, mas também a usuários de álcool e drogas na “fronteira” do laço social (cujo uso do álcool ou da droga os leva a estarem num certo “fora” das coisas que constituem a vida social instituída), de alguns níveis de retardo e de neuróticos graves, que são neuróticos que vieram a requerer um tratamento psiquiátrico institucional (geralmente histéricas, mas eventualmente também obsessivos) (TENÓRIO; ROCHA, 2006, p. 56, grifo nosso).

Portanto, na estruturação da rede de atenção à saúde mental de um município, a questão que se coloca como indicativo de acolhimento de um paciente nos serviços tipo CAPS não é definida, à priori, por um diagnóstico determinado, seja ele do DSM ou da CID, ou mesmo do âmbito de um diagnóstico psicanalítico “estrutural”. Trata-se de um acolhimento que se funda, em princípio, numa avaliação da gravidade do problema, na *urgência subjetiva* em questão e nos riscos envolvidos na situação.

No campo do político, do coletivo, é inegável a grandeza de um projeto como este, o qual carrega consigo um apelo humanista sem igual. Para Tenório (2001, p. 123):

[...] O sucesso da proposta de atenção psicossocial – sua eficácia terapêutica e apelo ideológico está no fato de que seu amplo arcabouço de cuidados tem ajudado a

sustentar a existência de pacientes para quem antes o único lugar possível era a errância ou a hospitalização quase permanente.

Assim, com a ampliação dos serviços de atenção psicossocial, a demanda de tratamento por parte dos chamados *neuróticos graves* é crescente, e acaba por compor uma grande parcela da clientela de um CAPS. Neste contexto, são os casos mais graves de histeria que acabam sendo acompanhados nos serviços substitutivos, devido à natureza de sua dinâmica, com *passagens ao ato* ou estado de grande sofrimento psíquico (BURSZTYN, 2007).

Acontece que a histeria, sendo recusada pelos manuais diagnósticos como o DSM IV e a CID-10, acaba por ficar relegada à descrição sintomatológica, uma vez que no Brasil, desde 1º de janeiro de 1996, a CID-10 é tomada como referência quanto aos procedimentos em saúde mental conforme portaria do Ministério da Saúde. A partir desta data, todo e qualquer diagnóstico de um transtorno mental passa a ser descrito segundo as normas da CID-10, determinando assim, de certa maneira e não sem contradições, a orientação clínica dentro dos serviços.

O abandono do termo neurose, que antes designava uma categoria envolvendo tipos diferentes, faz surgir em seu lugar o conceito de *transtorno*, no qual a histeria vem se apresentar sob sua égide, seja como transtornos de ansiedade, de conversão, somatoformes, de personalidade, bipolar ou até mesmo síndromes psicóticas. Sem falar nas depressões, estados *borderlines* e outros, caracterizando boa parte dos encaminhamentos e da procura pelos serviços de saúde mental.

Da mesma maneira as crises históricas, então situadas no campo médico entre a psiquiatria e a neurologia devido os quadros de conversão, ganham a nova roupagem dos transtornos *dissociativos*. Com a diversidade da demanda, não é difícil imaginar que isso traz consigo uma série de dificuldades na condução dos tratamentos devido à complexidade das situações clínicas e sociais observadas, especialmente entre aqueles que já vêm com um histórico de institucionalização anterior.

Assim, ao nos depararmos com as implicações técnicas cotidianas que um mandato desta natureza traz, cabe-nos questionar: como pensar uma *direção de tratamento* neste campo tão diverso e acolhedor no qual se configura um CAPS?

2.3 A querela diagnóstica, ainda

São várias as situações clínicas que chegam aos serviços, tidas como de difícil manejo e que nem sempre podem ser recobertas pela nosografia simplista e generalista dos manuais diagnósticos. Para Figueiredo (1997, p. 15):

O que temos observado, mais recentemente, é o recrudescimento de uma tendência na psiquiatria em privilegiar o tratamento medicamentoso em nome de uma maior rapidez e eficácia dos resultados. Os próprios critérios de classificação diagnóstica apontam para uma fragmentação das grandes categorias clínicas de neurose e psicose para compor um mosaico de síndromes variadas e de transtornos de personalidade. Produzem, assim, a combinatória de sinais e sintomas, com base em substratos químicos e neuro-anatômicos, rastreáveis por aparelhos que detectam alterações antes imperceptíveis ao olhar clínico.

Ao retomarem a diferença no campo médico entre os diagnósticos *sindrômicos* e *nosológicos* – o primeiro evidenciando os sinais e sintomas de que padece o indivíduo, a fim de que seja imediatamente determinada a terapêutica de remissão dos mesmos; e o segundo reportando-se à “doença de fundo”, à moléstia propriamente dita, e servindo para orientar o tratamento mais a longo prazo –, Figueiredo e Tenório (2002) apontam que na prática contemporânea, mesmo o diagnóstico nosográfico vem se restringindo a um amontoado de sintomas minuciosamente descritos, estando cada vez mais *sindrômico*.

Para os autores, a fala do paciente pouco ou em nada tem comparecido na relação médico-paciente, e diagnosticar, que a princípio diz do ato de reconhecer, identificar uma doença, atualmente parece ter sido tomado por certa equivalência entre descrever e prescrever.

Atualmente, o triunfalismo da psiquiatria biológica ameaça reduzir a clínica psiquiátrica à mera aplicação apriorística de condutas: feita a equivalência entre os sintomas observados pelo médico e o diagnóstico determinado nos sistemas de classificação, está dada a conduta, prescindindo-se do sujeito e de suas circunstâncias (FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002, p. 31).

No caso das crises histéricas, como nos refere Bursztyń (2007), estas acabam respondendo de maneira pouco significativa às terapêuticas medicamentosas indicadas, onde os médicos (e também a equipe psicossocial, na medida em que encaminha para este) lançam mão de um arsenal de antidepressivos e antipsicóticos, apontando mais uma vez as falhas na condução desse tipo de tratamento.

Ao centrar a função clínica do diagnóstico nos manuais psiquiátricos, outra consequência grave também nos é apontada pela referida autora, a qual salienta que o próprio conceito de doença tende a desaparecer, uma vez que já não há um interesse no processo de adoecimento do sujeito (BURSZTYN, 2007).

Podemos ainda assinalar para as muitas confusões na clínica com pacientes neuróticos graves cujos fenômenos psicóticos se fazem presentes. Para Tenório e Rocha (2006), com o abandono das categorias da neurose e da psicose como entidades nosográficas e a conseqüente adoção do termo psicose na CID 10 com o sentido exclusivo de demarcar algumas sintomatologias já tradicionalmente apontadas como deste campo (alucinações, delírios, excitações, etc.), perdeu-se uma visão unitária das psicoses, cujos “elementos estruturais” apontavam para sua especificidade clínica.

Observa-se, portanto, que no tratamento da doença mental, em geral, e da histeria, em particular, muitos equívocos têm sido observados nesta clínica no campo da saúde mental, pressupondo-se que os rumos tomados pela psiquiatria a partir do século XX não são sem efeito nos serviços de saúde mental, e no que diz respeito à direção de tratamento tomada para os sujeitos histéricos. Sobre isso, Bursztyn (2007, p. 28) comenta:

O discurso médico deixou de reconhecer a importância dos fatores etiológicos da neurose histérica no estabelecimento de condutas terapêuticas como o diagnóstico, o prognóstico e a terapêutica. Como efeito disso, observamos nas instituições psiquiátricas a prevalência da prescrição medicamentosa como terapêutica orientada pela classificação diagnóstica dos novos transtornos mentais ou das doenças neurológicas e, ainda, do uso de técnicas como as cognitivo-comportamentais e a hipnótica como condutas que visam suprimir o quadro sintomático da histeria.

Ocorre que, segundo Laplanche e Pontalis (2001), em seu *Vocabulário da Psicanálise*, a histeria faz parte de uma “classe de neuroses” cuja apresentação sintomatológica é muito variada, ao passo que referem estes:

As duas formas sintomáticas mais bem identificadas são a histeria de conversão, em que o conflito psíquico vem simbolizar-se nos sintomas corporais mais diversos, paroxísticos (exemplo: crise emocional com teatralidade) ou mais duradouros (exemplo: anestésias, paralisias histéricas, sensação de "bola" faríngea, etc.), e a histeria de angústia, em que a angústia é fixada de modo mais ou menos estável neste ou naquele objeto exterior (fobias) (LAPLANCHE; PONTALIS, 1992, p. 211).

Assim, como pensar uma direção de tratamento para a histeria a partir de seus sintomas, uma vez que com Freud ([1915-1917]1996, p. 363) justamente vimos que “[...] o sintoma emerge como um derivado múltiplas vezes distorcido da realização de desejo libidinal inconsciente, uma peça de ambigüidade engenhosamente escolhida, com dois significados em completa contradição mútua.”?

Tomar a histeria por seu quadro sintomatológico e, conseqüentemente numa terapêutica voltada para a remissão dos mesmos seria um erro, na medida em que, o que de

fato parece se provocar é uma complexa armadilha, pretenciosamente terapêutica, na qual fingimos tratar enquanto os pacientes fingem serem tratados.

Para a psicanálise, a questão diagnóstica é muito importante, na medida em que se entende que esta vai indicar a direção de tratamento a ser tomada em cada caso. A psicanálise vem contribuir, neste sentido, de modo a localizar a função clínica do diagnóstico em uma lógica completamente diversa da psiquiatria, especialmente da psiquiatria biológica, fazendo valer seu modo próprio de operar na emergência do sujeito a partir de sua fala, o que traz importantes consequências na direção do tratamento.

Por conseguinte, conforme apontam Tenório e Rocha (2006), é colocada uma necessidade clara de retomar a psiquiatria clínica para além dos diagnósticos fenomenológicos, remetendo a discussão para a questão da coerência própria a cada estrutura, seja ela neurose ou psicose. Uma prática que, segundo os autores, vem sendo sustentada por alguns psiquiatras cuja influência da psicanálise se dá de maneira decisiva.

Para a psicanálise, o diagnóstico diz da maneira como o sujeito se estrutura subjetivamente. O sintoma aqui não se restringe a sinal de doença, mas também ele diz do particular de cada um, sendo compreendido como expressão do sujeito, algo completamente diverso do observado hoje nos diagnósticos psiquiátricos, que nada dizem deste.

O mesmo ocorre com as terapêuticas encaminhadas pela equipe psicossocial, cujos pacientes facilmente não correspondem às expectativas das equipes de “adesão” às atividades em oficinas e grupos propostas como condição (mais ou menos explícitas) de permanência no CAPS. Estas, da mesma maneira, acabam ficando restritas a um fazer pouco se implicando com o que o paciente tem a dizer.

Assim, baseados em tratamento sintomático, vimos perder de vista nestes sujeitos o seu próprio dizer daquilo que padece, sem se levar em consideração a devida gravidade que estes fatos desencadeiam no drama pessoal de cada um destes sujeitos.

Ou seja, de maneira contraditória nos CAPS, ao mesmo tempo em que de um lado é feita a oferta de um espaço de diversidade, e por isso de possibilidades infinitas para o sujeito, de outro há a reprodução de um modelo de cuidado indistinto, e talvez por isso generalizador para os sujeitos ali presentes, contribuindo para a cronificação e/ou medicalização dos pacientes.

Entendida, portanto, a partir de um leque de versões sintomatológicas, a terapêutica medicamentosa vem a ser, muitas vezes, o modo exclusivo de tratar a histeria em um CAPS, ficando a ação da equipe psicossocial alheia a qualquer reflexão clínica. Mas porque isso ocorre?

2.4 O que foi feito da Reforma e dos CAPS

Segundo Tenório et al. (2000), os CAPS surgem exatamente na década de 80 como uma nova alternativa de tratamento para os casos mais graves diante do fracasso dos ambulatórios frente ao dramático destino das internações. Sobre isso, os autores complementam:

[...] Operando à base de consultas meramente farmacológicas, com intervalo absurdo entre elas e enganosas filas de espera, o ambulatório revelou-se incapaz de fazer frente às diversas forças (econômicas, mas também técnicas e culturais) que induzem à internação psiquiátrica, e tornou-se, ele mesmo, um indutor de internações e da fármaco-dependência (TENÓRIO et al., 2000, p. 8).

Desta maneira, a inevitável relação entre história da loucura, Reforma Psiquiátrica e nascimento dos CAPS diz da função primordial destes serviços, criados para serem de fato substitutivos aos hospitais psiquiátricos ou a qualquer forma de tratamento institucional que isole ou se dê fora do contexto social do paciente.

Neste ponto, nos interrogamos então se os CAPS vêm cumprindo com seu papel de oferta de um tratamento *alternativo* à doença mental, tomando como mote as proposições de Costa-Roza (2000, p. 144), para quem “[...] só é possível considerar que dois modelos de atuação no campo da saúde mental são alternativos se são contraditórios. E dois modelos serão contraditórios se a essência das suas práticas se encaminhar em sentidos opostos quanto a seus parâmetros basilares”. No que esclarece o autor:

Não será, portanto, com critérios como o de bom ou mau, melhor ou pior, humano ou desumano, democrático ou autocrático etc., que poderemos caracterizar a alternativa de dois modos de ação em saúde mental. Por exemplo, poderemos concordar que um modelo “hospitalocêntrico” e “médico-centrado” é diferente de um modelo centrado no ambulatório e no trabalho da equipe multiprofissional; percebemos, porém, que nem por isso os dois são alternativos, pois tanto o ambulatório pode continuar ocupando o lugar de “depositário” que é do hospital psiquiátrico, por exemplo, quanto a equipe interprofissional pode continuar depositando na medicação a expectativa da eficácia das suas ações, não prescindindo do hospital psiquiátrico para atender a clientela da área em que se situa; assim como pode continuar situando-se como sujeito da especialidade (da disciplina) perante a clientela concebida como objeto inerente de sua intervenção (COSTA-ROZA, 2000, p. 144).

Costa-Roza (2000) se propõe assim a especificar o paradigma da psiquiatria reformada, denominando duas práticas presentes no campo da saúde mental na atualidade,

que são o *modo psicossocial* em oposição ao *modo asilar* de tratamento. Para isto, parte de quatro parâmetros principais de análise dessas práticas. Seriam eles:

- 1- As formas de concepção do *objeto* e dos *meios* de trabalho;
- 2- As formas da organização institucional;
- 3- As formas do relacionamento com a clientela; e,
- 4- A concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos.

Já no primeiro parâmetro o autor destaca que a “desospitalização”, a “desmedicalização”, assim como a “implicação subjetiva e sociocultural” são consideradas como “metas radicais” no modo de atenção psicossocial em oposição à “hospitalização”, à “medicalização” e à “objetificação”, características do modo asilar, cuja ênfase é dada ao determinismo biológico, impregnado de um modelo curativo e de negação dos aspectos subjetivos implicados no processo de adoecimento.

No segundo parâmetro, a “participação”, a “autogestão” e a “interdisciplinaridade” vêm se constituir como as metas radicais do modo psicossocial, onde saber e poder são diferenciados das práticas decisórias e de coordenação – as decisões serão tomadas em coletividade e a coordenação é dada em representação. No modo asilar, por outro lado, a “estratificação” e a “interdição”, assim como a “heterogestão” e a “disciplina das especialidades” vão caracterizar a forma de organização institucional.

No terceiro parâmetro há destaque para a “interlocação” e o “livre trânsito” da clientela no modo psicossocial, tendo a “territorialização com integralidade” como a meta radical. Por antítese, no modo asilar é característica a “imobilidade”, o “mutismo” e a “estratificação da atenção”, priorizando as formas verticais de relacionamento.

Por último, frente às concepções efetivadas em termos terapêuticos e éticos, por oposição à “adaptação” característica do modo asilar, no modo psicossocial há uma valorização da singularidade do sujeito e a “implicação subjetiva e sociocultural” é tomada como meta radical, sendo o estatuto ético imprescindível nesta prática. Para Costa-Roza (2000), a questão ética se coloca aqui como o aspecto mais difícil frente à ideologia individualizante de nossa época e ao modo de produção capitalista, no que o autor pergunta: “Como fazer para que a singularização tanto do trabalhador quanto do usuário, neste contexto (do sujeito em relação ao desejo e do homem em relação ao carecimento), ultrapassem as barreiras de uma quimera individualista?” (p. 163).

Devemos concordar, portanto, já que é de uma lógica de atendimento que falamos, que a essência do modo asilar ainda se faz presente em muitos serviços de saúde mental, mesmo travestido de uma outra roupagem. E isso acaba nos mostrando que a simples invenção de

uma nova estrutura, com outros nomes e diferentes maneiras de funcionamento, não garante em si que as dificuldades impostas pelo desafio de atender com propriedade e eficácia a clientela usuária dos serviços de saúde mental sejam resolvidas.

Todavia, sem negar os avanços já alcançados em muitos lugares no país, torna-se imprescindível apontar que, mesmo com toda a movimentação na esfera políticoideológica, o modelo asilar de tratamento ainda pode estar superando, em muito, a prática psicossocial.

De fato, para Costa-Roza (2000), é possível que haja avanços isolados em um e outro parâmetro citado, tendo sua pertinência técnica preservada, mas ainda assim, segundo o autor, seria necessário que as transformações viessem acompanhadas de uma concepção radical de horizontalidade nas relações.

Da mesma maneira, segundo Abou-Yd (2010), estamos vivenciando um momento em que a Reforma Psiquiátrica alcançou o estatuto de política de governo, dispondo de recursos para implantação de serviços. Porém, para a autora:

[...] O avanço na criação dos serviços precisa fazer-se acompanhar de um enraizamento da discussão sobre o lugar social da loucura, como estratégia de neutralização do, talvez inevitável, efeito de institucionalização dessa experiência (ABOU-YD, 2010, p. 94).

Neste sentido, Lobosque (2010) salienta o impasse vivido hoje no campo antimanicomial quanto a sua transmissão, indicando o movimento de fechamento deste sobre si. A autora ressalta que, apesar da manutenção das concepções e princípios, assim como da crescente simpatia conquistada na população em geral pelo movimento da Reforma, este não se constitui mais tão atrativo no próprio campo que o geriu. Segundo a autora, ocorreu um esvaziamento dos trabalhadores de saúde mental nos espaços de militância e o desafio que se coloca hoje neste campo é o de qualificar estes trabalhadores para que não se perca a sua “marca de origem”.

Nos serviços substitutivos, encontram-se hoje várias ordens de dificuldades. Algumas delas dizem respeito à relação com o gestor. Em muitos municípios, talvez na maioria deles, a abertura de novos serviços não visa contrapor-se ao hospital psiquiátrico, mas coexistir indefinidamente ao seu lado, denegando a tensão entre um e outro modelo [...] (LOBOSQUE, 2010, p. 263).

Não nos esqueçamos ainda que os manicômios permanecem no cenário brasileiro, apesar de todas as propostas e encaminhamentos feitos contrários a estes. Conforme nos aponta Lima (2012), nem a realização de quatro conferências nacionais de saúde mental, ao

longo de mais de 20 anos, conseguiu por fim a sua existência e, para o autor, mesmo que hoje os manicômios já não se apresentem tão “sombrios” como no passado,

[...] a sua modernização física e operacional, com o advento dos psicofármacos, não deixou de perpetuar a lógica manicomial, reproduzindo uma visão de mundo em que a psiquiatria organicista é univalente na relação com o usuário, e inclusive com os demais técnicos e profissionais (LIMA, 2012, p. 18).

A persistência dos manicômios aponta para uma questão muito mais complexa que, aliada à problemática do funcionamento dos CAPS, ainda nos moldes das velhas “instituições totalitárias e médico-centradas”, tal qual refere Lima (2012), temos um panorama de assistência voltado para o saber psiquiátrico.

2.5 A hegemonia de um, por trás dos diferentes modos de “ver”

Para Amarante (2007, p. 15), “[...] poucos campos de conhecimento e atuação na saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes” como o da saúde mental, características estas que não condizem com o objetivismo e reducionismo simplista proposto por algumas ciências e técnicas daí oriundas. Para o autor, não caberia aqui o pensamento antinômico saúde/doença mental, consistindo os mesmos em apenas conceitos interdependentes que apontam para uma lógica dualista.

Entendemos desta forma que o campo da saúde mental é constituído por muitos conflitos e disputas ideológicas, as quais encontram ressonâncias de todo tipo – econômicas, políticas, estéticas, midiáticas – e cujos interesses corporativos se fazem mais ou menos presentes conforme o movimento sóciohistórico em jogo. Da mesma maneira, por tratar-se de um campo com um enorme enredamento, nele coexistem muitos saberes sobre o significado das doenças e, conseqüentemente, de muitas práticas divergentes diante do princípio de um fazer terapêutico.

No entanto, conforme Bastos e Castiel (1994), no âmbito da saúde mental são apontadas discordâncias que em nenhum outro lugar aparecem de maneira tão evidentes, porém mesmo as vertentes alternativas não conseguem escapar do “poder” e da “hegemonia simbólica” da medicina ocidental, cujos raciocínios, julgamentos e critérios de eficácia são todos tributários desta.

Para estes autores há um claro domínio da lógica hospitalocêntrica, tecnicista e especialista nesta área, na qual mesmo as evidências de uma grande maioria de casos de

tratamentos fracassados mediante tal determinismo, ainda assim não conseguem mudar essa realidade e provocar mudanças cotidianas significativas.

[...] o triunfo histórico do modelo ocidental de medicina científica [...] estabeleceu uma relação bastante heterogênea, no que se refere a poderes e conhecimentos sistematizados, entre a Clínica Médica contemporânea, com suas diversas especialidades, e os sistemas alternativos de pensar e, principalmente, *operar* sobre a Saúde (BASTOS; CASTIEL, 1994, p. 104).

Ressaltam ainda Bastos e Castiel (1994), que no domínio do coletivo, o discurso apresenta vantagem, onde o discurso médico faz-se fortalecido diante do impasse das classificações, predições, controle, enfim, da epidemiologia, cuja matriz lógica é a da matemática e, portanto, do quantificável e demonstrável. Ou seja, o discurso médico é apenas *um dos* discursos sobre a doença mental, no entanto, o hegemônico; todavia não se trata de dizer que teoricamente é o mais consistente, e sim que no campo da prática clínica é o mais sólido.

Castiel (1994), em seu importante trabalho intitulado *O Buraco e o Avestruz*, faz menção à tradição positivista do século XIX no campo da medicina, no qual escreve:

O pensamento médico está impregnado com o modelo curativo. Como o conceito de cura está vinculado a alguma normatividade, no caso, é a *objetividade científica* que determina os critérios para alcançar-se a *cura científica*. Assim, lança-se mão de intervenções que já tiveram um importante grau de eficácia, mas, agora, além de provocar consideráveis efeitos iatrogênicos, não se mostram tão eficazes para lidar com a complexidade dos problemas de saúde contemporâneos [...] (CASTIEL, 1994, p. 86).

Freud ([1915]1996) também já nos alertara, em suas *Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise*, sobre os efeitos do *furor sanandi*, essa “paixão por curar”, muitas vezes a qualquer um, a qualquer momento e a qualquer preço. Algo que a psicanálise evoca diretamente como um problema ético, daí a ressalva quanto à implicação do ato de cuidar tomado em sua similaridade com o ato de curar, com todas as facilidades farmacológicas da atualidade, tema este que será retomado posteriormente. Por enquanto, diz-nos Freud ([1915]1996, p. 188):

[...] Certamente não sou favorável a abandonar os métodos inócuos de tratamento. Para muitos casos, eles são suficientes e, quando tudo está dito, a sociedade humana não tem mais uso para o *furor sanandi* do que para qualquer outro fanatismo. Mas acreditar que as neuroses podem ser vencidas pela administração de remédios inócuos é subestimar grosseiramente esses distúrbios, tanto quanto à sua origem quanto à sua importância prática.

De outra perspectiva, Costa (1983), em seu livro *Ordem Médica e Norma Familiar*, faz referência a um movimento histórico cíclico no seio das famílias que, diante das dificuldades impostas a estas numa dada época, renunciam do direito de resolverem por si só seus problemas domésticos, em prol de intervenções educativo-terapêuticas. Acredita-se, assim, numa “reabilitação familiar”, na qual médicos, pedagogos, psicólogos e demais profissionais centram-se na tarefa de darem assistência a estas famílias “desequilibradas” e salvá-las do suposto caos. “Na família burguesa”, articula o autor, “[...] os pais jamais estão seguros do que sentem ou fazem com suas crianças. Nunca sabem se estão agindo certo ou errado. Os especialistas estão sempre ao lado, revelando os excessos e deficiências do amor paterno e materno” (COSTA, 1983, p. 15).

Ocorre que, ainda segundo Costa (1983), a atuação desta “pedagogia médica” extrapolou em muito os limites do que pode ser considerado da saúde individual, contribuindo para a mudança do espaço social, modelando hábitos e determinando valores conforme o modelo da família nuclear burguesa. Para este:

A ação da norma educativo-terapêutica não se faz através de nenhuma inculcação ideológica, filosófica ou política que leve os indivíduos a mudarem suas visões de mundo. [...] A normalização das condutas e sentimentos opera em outro nível. Ela procede de forma oposta, despolitizando o cotidiano e inscrevendo-o nas micropreocupações em torno do corpo, do sexo e do intimismo psicológico (COSTA, 1983, p. 15).

No que ressalva:

Que a família sofre e precisa ser ajudada, não há dúvida! Não se trata de negar a desorientação e o sofrimento emocional que perseguem os indivíduos urbanos às voltas com seus dilemas familiares. A dúvida consiste em saber se os remédios propostos, ao invés de sanarem o mal, não irão perpetuar a doença. O problema começa quando percebemos que a lucidez científica das terapêuticas dirigidas às famílias escondem, muitas vezes, uma grave miopia política (COSTA, 1983, p. 15).

Desta forma, face às inegáveis descobertas da ciência na atualidade acerca dos processos cerebrais, presenciamos de várias maneiras uma forte desconsideração das causalidades psíquicas dos transtornos, que são reduzidos a uma concepção de doença estanque sujeita a dispositivos e tecnologias universais para seu tratamento.

Para Birman (2005), estamos diante de um “discurso psicopatológico”, o qual assume aspectos marcadamente biológicos e psicofarmacológicos, ressaltando, na mesma linha de pensamento, que:

[...] Não é apenas o desenvolvimento experimental das neurociências que explica a configuração da psicopatologia na atualidade, mas também, e principalmente, o requinte e a engenhosidade pelas quais se cultuam certas modalidades de construção subjetiva (BIRMAN, 2005, p. 24).

Os diagnósticos, neste sentido, parecem estagnar a fala e o saber do médico passa a ser inquestionável. E como já assinalado anteriormente, as reflexões e debates sobre toda a dimensão política e social no entorno desse processo são abandonadas e o óbvio parece deixar de ser óbvio.

Assim, de um ponto de vista mais radical, em *O Mito da Doença Mental*, Szasz (1979) parte da negação do conceito de doença mental e compara os psiquiatras (e também os psicólogos e psicanalistas) aos astrólogos e alquimistas, atribuindo ao fazer destes o propósito único de medicalizar e/ou controlar o comportamento humano, uma vez que, para o autor, se lida aqui com problemas morais e não com a doença propriamente dita.

Neste trabalho, Szasz (1979) toma a histeria como paradigmática para pensar o nascimento da psiquiatria enquanto especialidade médica, criticando com isso a tentativa de equivalência entre doença física e doença mental a partir de então. Para o autor, longe de ser considerada uma doença, a histeria, assim como as demais doenças mentais, pode ser vista sob o pano de fundo de uma diversidade linguística, referindo que se trata mais de um “idioma” do que de uma “doença”, a qual, via queixas e sinais corporais, se organiza como “uma forma especial de comportamento simbólico” (p. 78). Diz este:

É importante compreender que a moderna psiquiatria – e a identificação das novas doenças psiquiátricas – não começou pela identificação de tais doenças através dos métodos estabelecidos pela patologia, mas pela criação de um novo critério sobre o que constitui a doença: ao critério estabelecido de alteração detectável da *estrutura corpórea* foi agora acrescentado o recente critério de alteração da *função corpórea*; e, da mesma forma que a primeira era detectada pela observação de seu comportamento. Eis como e porque a histeria de conversão tornou-se o protótipo dessa nova classe de doenças – convenientemente chamadas “mentais” para distingui-las das que são “orgânicas”, e também convenientemente chamadas “funcionais” para contrastar com as chamadas “estruturais” (SZASZ, 1979, p. 25).

Desta forma, afirma o autor: “[...] se na medicina moderna novas doenças foram *descobertas*, na psiquiatria moderna novas doenças foram *inventadas*. Foi *provado* que a paresia é uma doença; *foi declarado* que a histeria o é” (SZASZ, 1979, p. 25).

Mais uma vez, portanto, a histeria aparece como emblema do que pode ser questionado no discurso médico, apontando as falhas do mesmo a partir de sua própria inconsistência enquanto objeto de apropriação.

Ocorre que tais concepções nos levam a constatar também, por outro lado, que certos discursos críticos serviram de mote para algumas tendências na seara dos movimentos antimanicomiais, cuja recusa à concepção clínica, e esta é a minha hipótese, acabou por trazer consequências importantes para o campo da saúde mental, até mesmo contribuindo para o fracasso de suas ações.

2.6 O que foi feito da clínica no campo da saúde mental

Para Campos (2001), desde a década de 60 se tem dado grande ênfase à epidemiologia social, derivada da “medicina social”, cujo “escopo do olhar” escandiu-se tanto, segundo esta, que passou a já não conseguir enxergar os indivíduos e os problemas de saúde passaram a ser tratados como problemas dos grupos e das comunidades. Assim, os planejamentos em saúde mantiveram-se, em geral, distantes das questões clínicas, uma vez que compartilhavam características do campo da Saúde Coletiva.

Em sua tradição, a clínica foi tratada como uma prática desinteressante, ou mesmo oposta aos preceitos da prevenção e da promoção da saúde. Mas apesar disso, no âmbito dos serviços assistenciais de saúde, o simples fato de sair da pergunta “para quê” (finalidade) e chegar à indagação sobre “o quê” ou “como” (nível operativo), diz Campos (2001), isso por si só nos evoca uma escolha clínica. Para esta, “[...] Se o Planejamento em Saúde quer ser eficaz promovendo mudanças nos serviços, ele precisa, necessariamente, de uma interlocução com a clínica” (CAMPOS, 2001, p. 99-100).

Desta forma, em sua linha de pensamento, seria necessário mais cuidado para com a subjetividade dos que tratam, digo, dos sujeitos que trabalham nos serviços de saúde mental, de maneira a subsidiar suas atividades e, também, o alargamento das reflexões em torno das práticas clínicas que possam vir a se constituir. Algo que de fato não pode estar amarrado às visões reducionistas predominantes no discurso sanitarista.

Segundo Kaës (2002), processos heterogêneos e lógicas diferentes perpassam o funcionamento de uma instituição, havendo aí uma dupla vinculação: do sujeito singular com a instituição e dos grupos de sujeitos vinculados pela e na instituição. Para este autor, é da capacidade de tolerância das heterogeneidades que se constituirá a base da função metafórica de uma instituição.

[...] toda emergência psíquica possui *a priori* um valor de sintoma significativo para o conjunto institucional. É possível que os problemas políticos na instituição se

expressem no registro do sintoma psíquico. É precisamente um trabalho psíquico que os conjuntos heterogêneos, dotados de espaços comuns, realizam com o fim de reduzir o heterogêneo em favor do homogêneo [...] (KAËS, 2002, p. 20).

Ou seja, há tentativa de um conluio imaginário das lógicas diferentes com o objetivo de acabar com qualquer conflito existente.

Forças opostas trabalham na instituição: algumas unificam, graças essencialmente ao desenvolvimento da função do Ideal, as representações da causa única, sinergias de investimento libidinal, outras empenham-se em diferenciar e integrar elementos distintos em unidades cada vez maiores; outras, pelo contrário, dedicam-se ao retorno do indiferenciado, à redução das tensões, outras ainda à destruição e ao ataque (KAËS, 1991, p. 22).

Assim, ao contrário da psiquiatria, segundo Kaës (2002), a psicanálise tenta restaurar a complexidade do campo institucional: “[...] É necessário reconhecer e assumir os aspectos conflituosos para poder cuidar” (p. 16). Ou seja, os efeitos patológicos e alienantes de uma instituição devem ser reconhecidos.

Sem desconhecer a nosografia, a psicanálise tende mais ao sujeito doente do que à doença. Para os psicanalistas, o doente é um sujeito singular e o trabalho terapêutico é um trabalho que se efetua um por um, no reconhecimento e nesta singularidade. A partir do momento que este trabalho deve se realizar no seio de uma instituição, ela mesma é questionada, em primeiro lugar, pela sua capacidade de possibilitar ou, pelo contrário, impedir esse trabalho (KAËS, 1991, p. 18).

Por fim, para o autor, o que aparece no cenário de uma instituição, muitas das vezes de modo intrincado e confuso, é o retorno daquilo que de alguma maneira não pode ser significado das relações. Ou seja, os entraves nas equipes muitas das vezes estão relacionados a uma impossibilidade na ordem das relações entre aqueles que ali trabalham e seu objeto de trabalho, e não a uma concepção técnica sobre a organização do trabalho.

Reporto-me neste ponto mais uma vez a Lobosque (2010), para quem a inexistência de uma política de recursos humanos no SUS vem contribuir significativamente neste processo, cujas “[...] dificuldades se agravam quando os trabalhadores se deparam com uma postura de insaciável exigência do gestor – assim como podem amenizar-se diante de um tratamento cordial e um sincero acolhimento” (p. 264).

Mas na falta de outras respostas para suas oportunas “dores institucionais”, retomando Campos (2001), comumente uma das saídas a esse sofrimento é o apelo exagerado ao ideológico: “[...] Ideologia que funciona aí como falsa consciência, véu, obturando a possibilidade de se interrogar sobre o sentido das próprias práticas” (p. 109).

Conforme Campos (2001), a afoiteza da Luta Antimanicomial, por exemplo, ao mesmo tempo em que fortaleceu a crítica ao modelo asilar, criou “focos de cegueira”, “espaços recalçados”, onde concepções tomadas à luz da Psiquiatria Democrática são distorcidas ao ponto de que a doença “entre parênteses” acaba por ser a doença abolida e, junto, a clínica que a referenda. Voltada para os aspectos sociais e de cidadania, a proposição antimanicomial acabou negando, mas também negligenciando os cuidados do sofrimento mental. A loucura torna-se idealizada aos olhos de alguns militantes, e os problemas concretos são minimizados.

Colocar a doença entre parênteses é trazer para o centro do foco o usuário do serviço. Um usuário que muitas vezes está dissociado, e que o serviço contribui para dissociar ainda mais. Remédio é com psiquiatra. Escuta é com psicólogo. Trabalho é com o terapeuta-ocupacional. Intercorrência clínica, outra: não é conosco. Surto? Vai ter que internar (CAMPOS, 2001, p. 103).

Para Figueiredo (1995), o “modo de vida” militante é considerado um sintoma desta época e sua figura aparece enquanto uma representação genuína do contemporâneo, do modo de subjetivação dominante. Neste, segundo o autor, as particularidades quanto ao *compromisso* e ao *engajamento* político não passam de “[...] um processo identificatório igualmente calcado em procedimentos de exclusão e vedamento e que também resulta da repetição estéril do próprio terreno que pretendia transformar” (p. 114).

Assim, marcados pela crítica ao sistema manicomial, os CAPS vêm desenvolvendo um fazer cujos preceitos são fortemente permeados de valores ideologizados, onde alguns trabalhadores, muito comprometidos com o “momento mítico” (MARAZINA, 2002, p. 60) da fundação destes, acabam se colocando muitas vezes em embates contrários à internações nos casos de crises graves, ou mesmo a permanências muito longas dos usuários nos serviços, considerando isso como uma prática manicomial, sem levar em consideração uma verdadeira reflexão sobre as concepções clínicas em jogo.

Para Cury (2011), a Reforma Psiquiátrica no Brasil ainda tem muito a avançar, sugerindo que o resgate dos preceitos da Antipsiquiatria poderia contribuir para o avanço das dificuldades encontradas atualmente na rede de atenção à saúde mental. Ela critica, por exemplo, a forma como vem sendo concebida a participação dos sujeitos usuários dos CAPS nas atividades terapêuticas, e cita as assembleias como reuniões comunitárias idealizadas na Antipsiquiatria, mas cuja presença dos usuários não era obrigatória, havendo uma preocupação aí de não se institucionalizar o tratamento.

Do mesmo modo, sem negar os avanços da assistência em saúde mental a partir da nova política adotada, Rinaldi (2010) também vem questionar, dentre outras coisas, o ideal de cidadania incutido no horizonte terapêutico destes serviços, a ser alcançado mediante a estipulação de objetivos (Projeto Terapêutico) e o cumprimento de metas (reinserção social), algo que nem sempre pode ser correspondido por parte dos sujeitos aí acolhidos.

Os “novos cuidados”, que implicam na criação de uma série de atividades, como reuniões, clubes, oficinas, com o objetivo de abrir um espaço de fala e produção para o alienado, muitas vezes recaem numa prática moral educativa, uma vez que “cuidar” já pressupõe o outro como alguém que precisa de “cuidados”, seja como uma “criança”, seja como um “doente”. Crianças, loucos e primitivos permanecem aí como o nosso tradicional Outro (RINALDI).

Assim, a autora denuncia a função clínica nem sempre evidente nos dispositivos de saúde mental, cuja ênfase política do movimento ofuscou. Ou seja, não é a partir de uma concepção clínica que o tratamento tem sido pensado na maioria das vezes, onde o risco, portanto, é o de “[...] reduzir a clínica às práticas de atenção psicossocial” (TENÓRIO, 2001, p. 95).

Atravessada por orientações de caráter universalizante, a clínica que se desenvolve nos CAPS corre o risco da homogeneização tão criticada no modelo anterior, reproduzindo, sob novas formas, práticas tutelares que julgava combater. O imperativo de reinserção social presente na reforma pode levar a uma redução da clínica aos procedimentos de reabilitação psicossocial, com seu caráter normatizador e pedagógico, a partir da crença em um saber naturalizado sobre o que é melhor para o sujeito (RINALDI, 2010, p. 23).

Para Tenório (2001), é de um canto reeditado da sereia das velhas práticas manicomiais que tratamos ao nos depararmos com a grande dificuldade por parte de muitos profissionais da saúde mental em sustentar uma posição técnica que leve em conta o singular de cada sujeito. Diante disto, a equipe acaba por operar exclusivamente no “campo dos cuidados”, pensando soluções a partir do registro da realidade concreta do sujeito, e assim entende seu propósito terapêutico como alcançado.

Sobre este aspecto, Moreira (2011) nos alerta para o risco que mesmo os profissionais *psi* (psiquiatras, psicanalistas e psicólogos) correm de cair nesse discurso, assinalando que a psicanálise, ao nos oferecer um melhor julgamento sobre os modelos “prêt-à-pourter”, “[...] pode apontar para o profissional as seduções do assistencialismo que banha narcisicamente os imaginários de salvador. Pode ainda ultrapassar o campo da necessidade e escutar o sujeito que clama por vida” (Moreira, 2011, p. 288). Assim, o assistencialismo vem ser concebido

também como uma forma de invalidar o outro, e diferentemente do que assistimos em geral nos serviços, a psicanálise vem se posicionar de maneira a não vitimizar um sujeito que por ventura se encontre diante de uma mazela social. No que Figueiredo (1997, p. 93) também tece considerações sobre alguns entendimentos presentes neste campo *psi*:

[...] quero alertar para esta hipervalorização da palavra “social” que subsume uma variedade de concepções que têm como ponto comum as velhas oposições indivíduo psicológico *versus* realidade social, alienação *versus* engajamento, e cuja função maior parece ser a de favorecer a resistência à psicanálise por parte dos próprios profissionais, já que o “social” é por eles tomado como uma condição intransponível do sujeito. Aí se confundem e se perdem numa espécie de psicologia do social ou de sociologia do psíquico.

Podemos deste modo pensar que, diante das diferentes proposições, tanto do lado da psiquiatria moderna quanto de certas vertentes da Reforma Psiquiátrica as quais tendem a negar a tradição diagnóstica da medicina, ambas acabam ancoradas em concepções naturalistas e, por isso, normatizadoras do sujeito.

Portanto, seja pela via da anatomia, seja pela via do social, a fixação no olhar, no campo da realidade, permanece. E alienado ao discurso da ciência ou à ideologia de um mundo sem diferenças, tanto um quanto outro posicionamento acabam por enraizar certa “rejeição” ao inconsciente.

CAPÍTULO 3: QUE LUGAR PARA O SUJEITO NOS DISPOSITIVOS DE SAÚDE MENTAL?

Pensar a clínica no campo social tem sido, por assim dizer, uma grande preocupação dos psicanalistas contemporâneos, que se perguntam sobre o lugar da escuta clínica e as possibilidades de transmissão do saber da psicanálise nos diferentes contextos. Ao saírem da segurança de seus consultórios, estes assumem os desafios de assegurarem um espaço para a psicanálise também nas instituições públicas de saúde, exercendo a interlocução e fazendo a oferta de sua prática clínica “entre vários”.

Partindo então do princípio de que o que caracteriza o trabalho de um analista é, antes de tudo, sua postura ética, este capítulo versará sobre as possibilidades de uma “clínica do sujeito” no campo das políticas públicas de saúde mental.

Neste capítulo, procuro demonstrar a relevância da escuta do sujeito como uma especificidade do exercício da psicanálise. É da clínica que a psicanálise nasce, e como “ciência da escuta”, defendida desde o seu fundador, sua riqueza está justamente em dar valor àquilo que ninguém quer saber. E para Lacan (2005) é assim que ela sobreviverá. Essa é sua diferença fundamental com relação aos outros fazeres em saúde mental, avessa que está ao *furor sanandi*, cada vez mais presente no pragmatismo ideológico de nossos tempos.

A questão diagnóstica é também retomada neste capítulo, agora localizando-a no construto teórico psicanalítico, para então ir além dela, conforme apontou Freud, e nos ensinou Lacan.

Todavia, para Barros (2008), a psicanálise se dedicou, desde seu início, ao “longo prazo”, ao tempo “secundário” dos sintomas, e isto é compreensível uma vez que se trata de uma experiência que se propõe a “[...] conduzir o sujeito a responder pelo que lhe escapa, o que vai bem além da seriação dos fatos que marcaram os encontros entre ele e o Outro, e que deram uma direção ao seu desejo” (p. 9). Acontece que, algo de novo, na experiência humana do mundo com o tempo mudou, e as ocorrências clínicas e institucionais têm demonstrado isto. O apelo ao consumo, a falta de referenciais coletivos, o aumento da violência, dentre outros, tudo isso incide na relação do sujeito com o outro, exigindo também dos psicanalistas um posicionamento quanto ao manejo das urgências subjetivas nestes serviços.

Assim, além da particularidade da demanda dos serviços de saúde mental, muitos outros fatores entram em jogo no exercício desta prática, cuja complexidade diz respeito também aos saberes produzidos por cada instituição, de acordo com seu objetivo e realidade sócio-histórica de seus protagonistas.

Com a psicanálise, sabemos, as fronteiras entre o normal e o patológico foram abaladas. Mas a própria história do movimento psicanalítico no Brasil diz de sua presença no movimento pela reforma psiquiátrica e, portanto, das problemáticas ligadas à saúde mental no século XXI. Desta forma, para além de um pensamento *strictu senso* para uma clínica psicanalítica, coloca-se também em relevo, na especificidade da psicanálise, seu ensino e transmissão.

3.1 A perspectiva clínica para além do cuidado em saúde mental

A *Clínica*, como vimos, é anterior à psicanálise. Para Foucault ([1980]2006), em *O Nascimento da Clínica*, tal concepção em sua variante contemporânea é tributária do século

XIX, mas surge como novo discurso a partir de uma profunda reorganização languageira, ainda na virada do século XVIII. Sob bases anatomopatológicas, uma nova perspectiva é dada ao discurso da experiência no campo médico, tornando-a formal e possibilitando a essa “experiência clínica” um discurso com valor de “ciência positiva”. Ver e dizer, palavras e coisas são articuladas numa nova lógica, e o olhar passa a ser tomado como fundador – e não redutor – do indivíduo. Segundo Foucault ([1980]2006), “[...] poder-se-á, finalmente, pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica.” (p. XI).

[...] A partir daí, toda a relação do significante com o significado se redistribui, e isso em todos os níveis da experiência médica: entre os sintomas que significam e a doença que é significada, entre a descrição e o que é descrito, entre o acontecimento e o que ele prognostica, entre a lesão e o mal que ela assinala etc. a clínica, incessantemente invocada por seu empirismo, a modéstia de sua atenção e o cuidado com que permite que as coisas silenciosamente se apresentem ao olhar, sem perturbá-las, com algum discurso, deve sua real importância ao fato de ser uma reorganização em profundidade não só dos conhecimentos médicos, mas da própria possibilidade de um discurso sobre a doença. A *descrição* do discurso clínico (proclamada pelos médicos: recusa da teoria, abandono dos sistemas, não-filosofia) remete às condições não verbais a partir de que ele pode falar: a estrutura comum que recorta e articula o que se *vê* e o que se *diz* (FOUCAULT, [1980]2006, p. xvi).

Para o autor, diante desta nova estrutura que se revela, o diálogo feito entre o médico e o paciente do século XVIII, que começava com a interrogação “O que é que você tem?”, é substituído, na clínica moderna, pela pergunta: “Onde lhe dói?”, na qual facilmente identificamos o discurso médico da atualidade.

Neste ponto faço um parêntese para me reportar especialmente às frequentes queixas da clientela usuária dos CAPS quando são encaminhados para continuidade de tratamento nas UMS de referência e de lá retornam dizendo terem sido “mal atendidos” pelos médicos assistentes. Frequentemente ouvimos destes pacientes, que sequer lhes fora perguntado “o que tinham” antes que a receita já estivesse preenchida e entregue sem muita implicação. Ou quando, pelo contrário, estes vêm encaminhados da rede básica, e chegam contando que lá ouviram do profissional que “não tinham nada”, por isso, e aí na melhor das hipóteses, estavam sendo encaminhados para o CAPS. De fato, no caso da doença mental, pouco ou nada há para se ver a partir desta *nova* clínica que se constitui fundamentada por certo *olhar*.

Acontece que a teoria freudiana parte da nosografia psiquiátrica clássica, como vimos; a “última flor da medicina”, nos resumiu Alberti (2000). Mas ela institui sua própria maneira de pensar o diagnóstico psicopatológico, utilizando-se primeiramente da concepção de neurose feita por Charcot, para depois propor termos e conceitos próprios da psicanálise (como das psiconeuroses, neurose de angústia e neurose atual).

É somente com a psicanálise que a escuta entra em cena, precisamente quando Freud leva em consideração que as históricas de sua época tinham o que dizer, conforme já visto em capítulo anterior. Neste movimento, a clínica é retomada em seu sentido da origem grega *klinikós*, derivação de *Kliné*, que indica a posição inclinada do médico sobre o paciente, mas também sugerindo seu interesse sobre aquilo que ele diz.

Desde seu nascimento, e apesar das peculiaridades de sua formação que se dá aquém de qualquer estatuto acadêmico, a psicanálise em muito avançou em termos de difusão de seu discurso e prática, deixando de ser exclusiva aos consultórios particulares e vindo a ocupar outros espaços de atuação, nas políticas públicas e dentro de diferentes instituições, principalmente instituições psiquiátricas.

Assim, suas concepções ultrapassaram e tornaram-se parte da cultura, ainda que de maneira diversa para determinada época e lugar (FIGUEIREDO, 1999). Entretanto, apesar de seus feitos, observa-se que esta não se fez tão presente no interior dos serviços de saúde mental, no que Rinaldi e Lima (2006) apontam para as transformações da noção de *clínica* ocorridas no campo da saúde mental, ora suprimindo e recobrando-a com a ideia de *cuidado*, ora ressignificando-a como *clínica ampliada* ou *clínica do cotidiano*, com sentidos diversos para este fazer.

O advento da psicanálise poderia ser reportado, portanto, ao resgate da escuta na tradição clínica. Escutar, que do latim clássico *auscultāre*, como o próprio Moderno Dicionário da Língua (MICHAELIS) já descreve, é “Prestar atenção para ouvir” ou “Dar atenção a”, o que traz por si só o sentido de particular que cada escuta evoca. No entanto, para Campos (2001), “[...] essa escuta permanecerá até hoje descolada do olho que examina.” (p.99). *Settings* diferentes são criados para escutar e para ver, onde o doente, da mesma maneira, acaba dividido nas suas dimensões subjetiva e biológica.

[...] De um modo geral, pode-se dizer que até o final do século XVIII a medicina referiu-se muito mais à saúde do que à normalidade; não se apoiava na análise de um funcionamento “regular” do organismo para procurar onde se desviou, o que lhe causa distúrbio, como se pode restabelecê-lo; referia-se mais a qualidades de vigor, flexibilidade e fluidez que a doença faria perder e que se deveria restaurar. A prática médica podia, desse modo, conceder grande destaque ao regime, à dietética, em suma, a toda uma regra de vida e de alimentação que o indivíduo se impunha a si mesmo. Nessa relação privilegiada da medicina com a saúde se encontrava inscrita a possibilidade de ser médico de si mesmo. A medicina do século XIX regula-se mais, em compensação, pela normalidade do que pela saúde; é em relação a um tipo de funcionamento ou de estrutura orgânica que ela forma seus conceitos e prescreve suas intervenções; e o conhecimento fisiológico, outrora saber marginal para o médico, e puramente teórico, vai se instalar[...] no âmago de toda reflexão médica [...] (FOUCAULT, [1980]2006, p. 38).

Conforme Miller (1999), é fato que o próprio conceito de saúde mental parte de uma concepção da “ordem pública”, onde a perda da saúde mental seria precisamente uma perturbação nessa ordem, da possibilidade de ir e vir no social. Mas para este, o modelo de saúde mental na atualidade seria tal qual o de uma máquina, longe que estamos de uma concepção de natural.

A saúde, como um *bem estar físico, mental e social* proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), refere Miller (1999) ao retomar as proposições de Hebe Tizio, diz de uma “[...] fórmula do Super-eu moderno muito bem descrito” (p. 20). O mental neste ponto seria aquilo que permite ao ser vivo, e não apenas aos humanos, adequarem-se fisicamente ao mundo externo.

Para Miller (1999), com Freud inaugura-se isso que se chama o pensamento inconsciente, esse algo não mental onde nada há de harmônico, de silencioso ou adaptativo. No entanto, concorda ele, sem a mente, sem o mental como guia, os seres vivos estariam regidos pelo “puro real”, sem nada querer saber.

Por conseguinte, na atenção psicossocial o mental tem total relevância, uma vez que é na perspectiva da inserção social que se trabalha; é principalmente enquanto sujeito de deveres e direitos que um usuário do serviço de saúde mental é pensado. Desta forma, Figueiredo (1997) vem identificar três modelos hegemônicos de clínica nos serviços de saúde mental- o modelo *médico*, o modelo *psicológico* e o modelo *psicossocial* - demarcando a ética própria de cada modalidade de tratamento:

O primeiro deles, o modelo *médico*, corresponde a uma modalidade de tratamento baseado em medicamentos e caracteriza-se por estar pautado em uma “ética da tutela”, impregnado e impregnante de uma lógica instrumental, em que o sujeito-paciente é reduzido a sua fisiologia e cuja relação terapêutica é totalmente dissimétrica, pois aqui o médico é quem *sabe*. Neste sentido, diz a autora: “[...] O denominador comum é a objetivação do sintoma ou da doença como algo que o sujeito tem, que o acomete sobre o qual ele tem pouco a fazer, senão seguir as prescrições, que podem ser medicamentosas ou educativas” (FIGUEIREDO, 1997, p. 63).

O segundo modelo é o *psicológico*, sendo aquele que corresponde a uma modalidade de tratamento baseada em psicoterapias, referindo-se a uma “ética da interlocução”, caracterizada por uma supervalorização do indivíduo e da aposta em sua força de vontade e competência para lidar com seus conflitos. Neste, conforme a autora, sujeito e terapeuta compõem um cenário psicológico com certa simetria.

O modelo *psicossocial*, por outro lado, é o terceiro modelo apresentado e tem seu tratamento baseado em oficinas terapêuticas, ao qual corresponde uma “ética da ação social” e a relação terapêutica parte de uma concepção de cidadãos e de igualdade, onde se equivalem ganhos políticos e terapêuticos. Neste, o modelo de individualismo psicológico é recusado, em prol de ações coletivas. “[...] O problema reside em supor que a clínica possa ser reduzida a uma política pelas igualdades e que a doença ou o conflito psíquico sejam prioritariamente frutos da ordem social e suas ideologias” (FIGUEIREDO, 1997, p. 65).

Ou seja, tratam-se de modelos cujos fundamentos diferem bastante entre si. Ocorre que, por outro lado, Figueiredo (1997) vem demonstrar, através de alguns exemplos de ações terapêuticas no campo da saúde mental, que suas éticas podem interpor-se uma a outra e, ainda que por princípio algumas ações tenham sido fundamentadas por determinado modelo, dependendo do profissional que as conduz, estas acabam desembocando em práticas cujos procedimentos e objetivos terapêuticos são, por fim, modificados.

Assim, em seus exemplos, a autora demonstra sempre haver o prevalectimento de uma ou outra ética correspondente à terapêutica em jogo, onde salvo as práticas fundamentadas numa ética da tutela, partindo de terapêuticas medicamentosas ou subsidiárias desta (como os grupos formados com o intuito único de educar ou repetir as prescrições e condutas médicas), a psicanálise pode advir de qualquer uma delas.

Para a autora, de fato “[...] nada impede que o psicanalista se aproxime, ou mesmo se envolva em diferentes modalidades de tratamento que visam efeitos terapêuticos a partir da interlocução [...]” (FIGUEIREDO, 1997, p. 72). Interlocução esta tida como a ética que mais se aproxima da psicanálise, mas que, no entanto, deve ser tomada apenas como o ponto de partida para ela, já que na psicanálise não se trata de *interlocução*, e sim de *elocução*, da fala do sujeito, de seu estilo. Para tanto, no campo da saúde mental,

O psicanalista, para fazer funcionar a elocução, deve estar preparado para atravessar as diferentes modalidades de tratamento sem perder-se na terapia ou na pedagogia. Afirmação temerária quando se espera que, no serviço público, curar e educar sejam as principais ferramentas[...] (FIGUEIREDO, 1997, p. 72- 73).

Também Freud ([1917]1996), em sua conferencia *Psicanálise e Psiquiatria* chegou a pronunciar que nada há na psiquiatria que possa se opor a psicanálise. Para este, se há uma oposição aí não é da psiquiatria, e sim dos psiquiatras.

[...] A psicanálise relaciona-se com a psiquiatria aproximadamente como a histologia se relaciona com a anatomia: uma estuda as formas externas dos órgãos, a

outra estuda sua estruturação em tecidos e células. ...É de se esperar que, em futuro não muito distante, perceber-se-á que uma psiquiatria cientificamente fundamentada não será possível sem um sólido conhecimento dos processos inconscientes profundos da vida mental (FREUD, [1917]1996, p. 262).

De outra perspectiva, Rinaldi (2010) destaca também a ideia de uma “tensão necessária” entre os domínios da política e da clínica, tomadas por esta como “duas dimensões indispensáveis” (p. 20) no campo da atenção psicossocial: uma sustentando o discurso da reforma no âmbito das instituições, do coletivo, e a outra apontando para a singularidade do sujeito.

Caberá então ao analista, nos serviços de saúde mental, a oferta da análise como algo que vai se situar, segundo Rinaldi (2010), entre a política e suas normas, entre a multiplicidade das profissões e a demanda singular de cada usuário que procura o CAPS. Assim, a clínica seria:

[...] um ensinamento que se realiza junto ao leito do paciente, na sua particularidade e não a partir do universal do saber. Portanto, ela estará sempre aberta ao imprevisível do sujeito, que foge ao universal das normas e portarias que definem os novos modelos institucionais (RINALDI, 2010, p. 20).

Logo, é na contramão dos discursos prescritivos que a psicanálise e sua clínica se sustentam, a partir de uma lógica peculiar que está para além do saber médico. Sem negar as possibilidades e importância do trabalho em equipe, desde que a escuta do sujeito seja privilegiada. Daí a necessidade apontada por alguns psicanalistas de uma “reforma na clínica” (DELGADO, 2001; CAMPOS, 2002; e outros) aproximando deste modo os campos da política e da clínica ao campo da reforma psiquiátrica, na medida da “[...] implicação do sujeito com suas próprias questões” (RINALDI, 2010, p. 31).

Ao considerar que o sintoma tem um sentido, e que por sua vez este sentido estaria ligado à experiência particular do sujeito e à lógica do inconsciente, isto tem consequências na maneira de pensar uma ação terapêutica. Quando Freud ([1905b]1996) pergunta para Dora qual a participação dela naquilo de se queixava, ele faz o que Lacan ([1951]1998) depois sinalizou como exemplo de uma primeira inversão dialética operada pela psicanálise nesse caso. Aqui, as proposições freudianas apontam para a incidência da ação terapêutica na *relação* do sujeito com o seu sofrimento. Portanto, Dora também é responsabilizada por aquilo de que padece, por seus sintomas e, também, por seus atos.

Trata-se, assim, de uma maneira específica de conceber o adoecimento, mas principalmente o sujeito que adoce, daí a importância de diferenciarmos as condutas

terapêuticas no campo da saúde mental. De qualquer maneira, penso ser de uma dificuldade de escuta por parte dos profissionais que nos referimos. Para Tenório (2000), do ponto de vista médico,

[...] entre a “queixa” do paciente e a intervenção clínica, a única mediação é a tradução do problema nos termos do “tesouro semiológico” do médico. A indicação de conduta advém da boa observação do médico. Já o objetivo de incidir na relação do sujeito com sua queixa exige que o clínico suporte a dificuldade de receber “escutando” e não “explicando” ou “despachando” (TENÓRIO, 2000, p. 85).

O mesmo ocorre com as intervenções das equipes psicossociais nos serviços de saúde mental que, como já vimos, acabam funcionando na mesma lógica médica da “queixa-resposta”. Logo, continua Tenório (2000), não é o bastante que o paciente se queixe de seu sintoma, “É preciso que essa queixa se transforme numa demanda endereçada àquele analista e que o sintoma passe do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito, para que este seja instigado a decifrá-lo [...]” (QUINET, 1991 apud TENÓRIO, 2000, p. 87).

Por outro lado, é de suma importância diferenciar demanda de desejo, uma vez que este último, inscrito pela falta é, no final das contas, o que move o sujeito. Ao passo que na demanda, diz Moreira (2001), espera-se um “tamponamento” e um “silenciamento” das questões do sujeito. E nesta perspectiva, o que a psicanálise nos ensina é responder ao sujeito sem que façamos deste objeto de tutela ou de um cuidado que negligencie sua responsabilidade enquanto tal. Para Rinaldi,

Comprometer a escuta na perspectiva do cuidado é, de certa forma, dissolver o que ela pode trazer de realmente novo numa atitude pretensamente humanista, onde a possibilidade de uma verdadeira solidariedade, a partir do reconhecimento das diferenças em nosso destino comum, se esvanece numa prática que se confunde com o exercício da piedade. Nesse sentido, penso que seria importante inverter os termos da equação e comprometer o cuidado na perspectiva da escuta, o que deve implicar necessariamente, para os profissionais, cuidar da sua própria escuta no sentido de livrá-la dos preconceitos e de mantê-la aberta às interpelações do inconsciente.

A demanda seria, nesta perspectiva, algo que tem um endereçamento, uma vez que para a psicanálise, a demanda é sempre uma demanda imaginária de amor. E no caso de um serviço de saúde mental, ela pode estar tanto endereçada ao médico, mas também à equipe assistente. Há desta maneira, uma importância dada justamente à dimensão do sujeito e do lugar transferencial que cada profissional ocupa ou pode vir a ocupar numa instituição. E, nos dizeres de Lacan ([1966]1998, p. 332-333):

[...] não é preciso procurar muito pela ambiguidade insustentável que se propõe à psicanálise; ela está ao alcance de todos. É ela que se revela na questão do que falar quer dizer, e todos a encontram ao simplesmente acolher um discurso. Pois a própria locução em que a língua recolhe sua intenção mais ingênua – a de entender o que ele “quer dizer” – já deixa claro que ele não o diz. Mas o que quer dizer esse “quer dizer” pode ainda ser entendido de duas maneiras, e compete ao ouvinte que seja uma ou outra: ou o que o falante quer lhe dizer através do discurso que lhe dirige, ou o que esse discurso lhe ensina sobre a condição do falante. Assim, não apenas o sentido desse discurso reside naquele que o escuta, como é também de sua acolhida que depende *quem* o diz, ou seja, ou é o sujeito a quem lhe dá sua confiança e autorização, ou é esse outro que lhe é dado por seu discurso como constituído.

Consequentemente, para Tenório & Rocha (2006), ainda que o paradigma da noção de *cuidado*, próprio da *atenção psicossocial*, venha ampliar as formas de intervenção terapêutica, por outro lado, as ações são pensadas no “campo da realidade” e visando, segundo os autores, uma certa normalização do funcionamento do paciente. A psicopatologia neste sentido seria definida como “[...] aquilo do psíquico que aparece como dissonante do normal e só por isso especifica um sujeito” (TENÓRIO; ROCHA, 2006, p.57).

No que constatamos, portanto, que a noção de sujeito não é única no campo da saúde mental, podendo fazer referência tanto ao sujeito *psicológico*, ao sujeito *cidadão*, ao sujeito *da ação social* como ao sujeito do *inconsciente* (TENÓRIO, 2001), versões estas já utilizadas de maneira indiferenciada em outros momentos deste trabalho, mas que, no entanto, será feito um recorte para pensarmos sobre tal noção no campo que aqui se configura como objeto de nosso interesse.

3.2 Da questão do sujeito para o sujeito em questão

Remeto-me aqui ao trabalho de Cabas (2010) que, ao fazer um percurso na psicanálise em busca dos fundamentos sobre a noção de sujeito, nos informa que tal ideia perpassa por toda a obra freudiana. Porém, segundo o autor, Freud não foi o responsável por conceituá-la, uma vez que “[...] *acerca do sujeito - da questão do sujeito -*, Freud só deixou uma linha.” (p. 25). No que Cabas (2010) faz alusão ao texto metapsicológico *As Pulsões e suas vicissitudes* (1915), único trabalho de Freud que em um momento inédito de sua obra aparece o termo *sujeito*.

Todavia, ainda segundo o autor, neste artigo o termo *sujeito* é empregado de maneira singular e decisiva, uma vez que é a partir daí que Lacan, no Seminário Livro 11, vai demarcar seu ponto de partida para um novo direcionamento do pensamento clínico. Neste sentido, é do ponto do nascimento do sujeito, em sua dupla acepção, que falamos. De modo

que, para Lacan, a menção peculiar que Freud faz do sujeito- como resultado de um processo (do circuito pulsional), como um efeito deste- é crucial para seu constructo teórico ulterior, fazendo da questão do sujeito *sua* questão.

A divisão da consciência é tratada por Freud desde seu trabalho *Comunicação Preliminar* (1893) e leva em consideração a existência de um grupo de ideias as quais o indivíduo não quer saber. Assim, o propósito clínico de Freud de *tornar consciente o inconsciente* conduz, segundo Cabas (2010), à concepção primeira de um sujeito freudiano como sendo aquele dividido pelas instâncias consciente e inconsciente. Essa divisão seria seu traço, uma vez que é um eu inconsistente que Freud insiste em destacar desde sempre, no qual o isso - ou seja, o que não se sabe- que define sua *posição subjetiva*. Assim, conclui Cabas (2010), “[...] enquanto o inconsciente é freudiano, o sujeito é lacaniano [...]” (p. 29).

Mas o sujeito lacaniano não é o indivíduo e também não corresponde ao *eu* da consciência ou ao *self*, nem tampouco ao sujeito do enunciado. Para Lacan ([1964]2008), *eu* e *sujeito* não coincidem. O *eu* provém do registro do imaginário, é uma unidade, enquanto que o sujeito, só se faz representado. No que refere:

Não digo que Freud introduz o sujeito no mundo – o sujeito como distinto da função psíquica, a qual é um mito, uma nebulosa confusa – pois é Descartes quem o faz. Mas direi que Freud se dirige ao sujeito para lhe dizer o seguinte, que é novo – *Aqui, no campo do sonho, estás em casa* (LACAN, [1964]2008, p. 50).

Desta forma, Fink (1998) refere que, ao tentar definir com mais precisão o conceito de sujeito, Lacan aposta no encontro de *um significante de um sujeito* naquilo que este enuncia, ou seja, em seu dito. Aqui o conceito de *significante* tem o sentido restrito de uma atribuição dada pelo sujeito, enquanto que o *sujeito* diz respeito à própria divisão constitutiva (FINK, 1998).

A variedade de expressões como “sujeito fendido”, “sujeito dividido” ou “sujeito barrado” cunhadas por Lacan- todas escritas com o mesmo símbolo \$- consiste inteiramente no fato de que as duas “partes” ou avatares de um ser falante não tem nenhum traço em comum: elas estão separadas de forma radical (o eu ou falso ser exige uma negação dos pensamentos inconscientes, o pensamento inconsciente sem nenhuma preocupação que seja com a opinião positiva do eu sobre si mesmo) (FINK, 1998, p. 67).

No entanto, adverte ainda Fink (1998), que “[...] o sujeito dividido não é de forma alguma a última palavra de Lacan a respeito da subjetividade [...]” (p. 68). Lacan ([1969-1970]1992) vem referir, de maneira paradoxal, que o sujeito da psicanálise é o mesmo sujeito

da ciência moderna, inaugurado pelo *cogito* cartesiano: *Penso, logo sou*. E na topologia lacaniana, como vimos, ser e sujeito são disjuntos.

O sujeito a que Lacan se refere, diz Fink (1998), é efêmero, intermitente. Ele só se manifesta fazendo furo no discurso. Não passa de uma irrupção efêmera de algo alheio. Ele aparece e desaparece num movimento que Lacan associa diretamente ao ato de assumir o inconsciente: o sujeito lacaniano se faz em ato. Subjetivar aqui é apropriar-se do que é seu, do que é estranho em si. Daí a relação estreita do conceito de sujeito com certo artifício ético.

Ele diz de uma relação com a ordem simbólica pois, para a psicanálise lacaniana, aceitar a divisão (ou recalque) é render-se a linguagem, é estar submetida a esta, a sua estrutura. Neste sentido, a divisão do sujeito vem ser entendida como sua *condição* de existência e o deslocamento, sua *realização*, um além de sua condição. A simples “presença física do sujeito no mundo”, como nos coloca o autor, depende de “[...] um desejo por algo (prazer, vingança, satisfação, poder, imortalidade e assim por diante) por parte dos pais da criança” (FINK, 1998, p. 72). Motivos estes que continuam a agir mesmo depois do nascimento da criança, uma vez que o sujeito da linguagem é *causado* pelo desejo do Outro. E para Fink (1998), o Outro parece estar sempre “roubando a cena” na teoria lacaniana. No mesmo sentido, nos esclarece Soler (1997, p. 56):

[...] O Outro como lugar da linguagem – o Outro que fala – precede o sujeito e fala sobre o sujeito antes de seu nascimento. Assim, o Outro é a primeira causa do sujeito. O sujeito não é uma substância: o sujeito é um efeito do significante. O sujeito é representado por um significante, e antes do surgimento do significante não existe sujeito.

Ou seja, de fato, para Lacan ([1964]2008), o Outro vem ser não menos que “[...] o lugar em que se situa a cadeia significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito [...]” (p. 200). Dito de outra maneira, antes do sujeito, existe um ser vivo, mas não sujeito – este só se torna quando um significante o representa.

3.2.1 Tornar-se sujeito

No Seminário Livro 5, *As formações do inconsciente*, Lacan ([1957-58]1999) se pergunta sobre “o que é um sujeito?” ao fazer a proposição dos três tempos lógicos para o Édipo na constituição deste. Aqui a *castração* é tomada por lei e o *falo* como um significante.

Na teoria lacaniana, S_1 é o acontecimento significante único, mestre, que diz de um momento imaginário de *alienação* da criança a sua mãe. Assim, o primeiro tempo do Édipo é

o de identificação do filho com o *falo*, uma vez que ele o toma como o objeto do desejo da mãe e, por sua vez, desejoso de sê-lo. O bebê vem, num primeiro momento, “tapar o buraco da mãe”, se nesta posição de faltosa ela se colocar. Mas é a mãe que lhe designa um lugar, e *ser* ou *não ser* esse falo materno dependerá desta alcunha. S₁, como fundante, vem ordenar toda a trama ulterior de significantes, sendo esse Um o que se impõe e ao mesmo tempo escapa ao sujeito.

O segundo tempo corresponde à ocupação do pai do lugar de lei, antes encarnado pela mãe, no lugar do grande Outro absoluto. Com a entrada do pai na relação dual, a mãe é privada imaginariamente, tendo como resultado sua separação do filho. Lacan ([1957-58]1999) denominou como Nome-do-Pai o significante do pai que barra a mãe, correspondendo a uma operação eminentemente simbólica: o pai vem como um outro significante que irá substituir o significante materno. Essa é a metáfora paterna, a qual opera de maneira a impedir que a criança se reduza a objeto do desejo da mãe.

No terceiro e último tempo, ocorre o acesso propriamente dito do sujeito neurótico à função fálica através das identificações, inserindo-o por definitivo no campo da linguagem. Diríamos, portanto, que é com o efeito da *castração* – tempo lógico da constituição do sujeito em que a criança renuncia a posição de *ser* o objeto de desejo da mãe e passa a um esforço de *ter* o objeto – que esse significante primeiro é recalcado, dando lugar a um novo significante, S₂.

3.2.2 Alienação e Separação como sínteses do processo de constituição do sujeito

De outra maneira, no Seminário Livro 11, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Lacan ([1964]2008) sintetiza o processo denominado como os tempos da constituição do sujeito através das operações de *Alienação* e *Separação*.

A *Alienação* é definida como a uma primeira operação necessária para a emergência do sujeito, e corresponde ao processo de assujeitamento da criança ao campo do Outro a fim de que se torne sujeito: um sujeito, ainda que dividido. Somos alienados porque falados por algo “com vida própria”, e em sua máxima: “O inconsciente é estruturado como linguagem”, Lacan ([1964]2008) salienta a autonomia de funcionamento do inconsciente, cujo efeito é a aceitação do sujeito em alienar-se *na* e *pela* linguagem.

A outra operação ele define como *Separação* e diz da relação do sujeito com o desejo do Outro, ou melhor, da tentativa do sujeito de lidar com o desejo do Outro. De lidar com o fato de não se constituir como o interesse exclusivo do Outro materno.

Mas aceitar a sujeição à linguagem é também permitir ser representado por palavras e expressar-se de maneira restrita e distorcida. Há um certo fechamento em si, uma vez que a “escolha forçada” da alienação, como coloca Lacan ([1964]2008), acaba sendo, de fato, o próprio desaparecimento do sujeito. Este vem a se constituir como não-ser, ocupando um lugar de falta. E a falta é, na teoria lacaniana, “[...] o primeiro passo além do nada” (FINK, 1998, p. 74). Assim, para se operar a separação é preciso que haja esse encontro com a falta (SOLER, 1997).

É válido ressaltar que, para Soler (1997) o que se elabora neste Seminário é a concepção de libido freudiana e, segundo esta, o problema de Lacan aqui foi “[...] mostrar como o sujeito, como um efeito de linguagem e de fala, está relacionado com o ser vivo.” (p. 57), com a única substância reconhecida pela psicanálise que seria o gozo.

Desta forma é que, no momento em que o sujeito se vê castrado e, portanto inscrito na linguagem, há também a perda de gozo, de um gozo já denominado por Lacan ([1960]1998) como “gozo do ser”, ao mesmo tempo ilimitado e localizado no próprio corpo. Para Braunstein (2007, p. 42):

O sujeito nasce por estar exilado da Coisa, do gozo não simbolizado e se orienta para um “primado genital” que não é outra coisa senão a primazia do significante, tendo esse significante como fundamento o falo, suporte de todos os processos de significação.

Em sua teoria, Lacan ([1960]1998) destaca assim, a prevalência do desejo em detrimento do gozo do ser, e aponta para a submissão do sujeito à lei do desejo quando este renuncia ao gozo ilimitado. Ou seja, é por não ser consentido ao sujeito gozar deste gozo absoluto que ele vai se dirigir, através do registro da falta, a um gozo “permitido”.

Ao ser barrado, dividido, despedaçado em meio às pulsões parciais, o sujeito vai buscar no Outro aquilo que lhe falta, uma vez que as pulsões, o vivo, encontram-se do lado do Outro. É neste sentido também que Lacan ([1964]2008) refere que, “[...] as vias do que se deve fazer como homem ou como mulher são inteiramente abandonadas ao drama, ao roteiro, que se coloca no campo do Outro – o que é propriamente o Édipo” (p. 200).

Que o sujeito como tal está na incerteza em razão de ser dividido pelo efeito da linguagem, é o que lhes ensino, eu enquanto Lacan, seguindo os traços da escavação freudiana. Pelo efeito de fala, o sujeito se realiza sempre no Outro, mas ele aí já não persegue mais que uma metade de si mesmo. Ele só achará seu desejo sempre mais dividido, pulverizado, na destacável metonímia da fala. O efeito de linguagem está o tempo todo misturado com o fato, que é o fundo da experiência analítica, de que o sujeito só é sujeito por seu assujeitamento sincrônico a esse campo do Outro [...] (LACAN, [1964]2008, p. 184).

Para Laurent (1997), ao ser definido por um significante, o sujeito irá se comportar como tal ao longo de sua vida. Por outro lado, uma parte deste também fica de fora da definição total, sem cobertura, já que o sujeito não pode ser representado por inteiro no Outro. Neste processo algo se perde, mas deixa restos, sendo isso que se desloca do corpo e que é da ordem da pulsão, designado pela teoria lacaniana como objeto “a” causa de desejo.

Ou seja, algo desta primeira inscrição deixa uma marca indelével no sujeito como objeto para sempre perdido no campo do real, uma vez que este não foi recoberto pelo processo de simbolização, o que vai fazer com que este sujeito busque incansavelmente, na fantasia, seu reencontro. A fantasia seria, desta maneira, uma saída precária, mas necessária, no processo de *separação* da criança de sua mãe e, portanto, da constituição do sujeito.

Haverá aqui, segundo Zalcberg (2007), uma tentativa por parte do sujeito, através de suas fantasias, de procurar reaver o gozo perdido do momento de alienação deste com o Outro materno. O objeto “a”, também denominado de objeto mais-de-gozar, terá a função de preenchimento do vazio deixado por este gozo perdido.

Desta forma, conforme sintetiza Nasio (1993), para evitar o gozo absoluto (gozo do Outro), o neurótico goza parcialmente através do sintoma (gozo fálico) ou da fantasia (mais-de-gozar). E como na histeria a realidade é fantasiada através de um gozo sempre insatisfeito, conclui-se por isso que todo desejo é sempre histórico.

Para o autor, o gozo não tem representação significante específica, sendo seu lugar o do furo, “[...] um furo no seio do sistema significante, sempre coberto pelo véu das fantasias e dos sintomas” (NASIO, 1993, p. 33). O falo, neste ponto, é o que delimita o percurso do gozo, é um significante que dá conta de toda a dimensão sexual, sendo ele “[...] o limiar para além do qual se descortina o mundo mítico do gozo do Outro” (NASIO, 1993, p. 31).

3.3 Estabelecendo pontos de ancoragem

Em seu texto *A perda da realidade na neurose e na psicose*, Freud ([1924]1996) diferencia neurose e psicose estabelecendo um ponto nodal que diz respeito a admissão (neurose) ou rejeição (psicose) da realidade (que por fim, é a realidade da castração) diante dos impulsos pulsionais, o que no caso da psicose vai haver depois uma tentativa de reparação, criando-se uma nova realidade em substituição àquela perdida.

Para Lacan ([1957-58]1999), esse processo de deixar a realidade de fora ele chama de *forclusão* do Nome-do-Pai, o que significa que a metáfora paterna não operou. Na psicose não há clivagem, não há ocultamento do inconsciente; ele fica “a céu aberto” (LACAN, [1955-1956]2002). Compreende-se, portanto, que o sujeito não reconheceu a castração, ficando alienado ao desejo do Outro (mãe) e em certezas delirantes, sem a presença da dúvida (efeito da divisão) tão característica do neurótico.

Ou seja, para a psicanálise, o sujeito se estrutura e, portanto, o sujeito é aquele que pode ou não se constituir, o que vai depender de sua inscrição no campo da linguagem. Assim, os diferentes tipos clínicos já apontados por Freud são mantidos por Lacan, sendo proposto, no entanto, um diagnóstico por estrutura – neurose, psicose e perversão –, tendo na castração o ponto a partir do qual estas se estruturam.

Ocorre que, segundo Figueiredo e Machado (2002), a forma de pensar e fazer o diagnóstico de Lacan foi diferente conforme as variações na concepção do simbólico ao longo de sua obra, notadamente nas formulações em sua teoria dos três registros – Real, Simbólico e Imaginário. Para as autoras, estes períodos podem ser delimitados primeiramente até os anos 60, quando Lacan ainda trabalhava com as categorias da psiquiatria clássica a partir de Clérambault e nos anos 70, quando este passa a referir-se à topologia, concebendo o diagnóstico a partir dos modos de amarração dos três registros no nó borromeano.

De qualquer forma, é válido considerarmos que no campo da saúde mental, interessamos isso que Figueiredo (1997) toma como um “divisor de águas”, que seria a questão diagnóstica entendida a partir das categorias neurose e psicose, uma vez que estas “[...] ainda se mantêm como a referência mínima, a partir da qual são estabelecidas diferenças quanto ao lugar e à função do analista no manejo da transferência, e quanto às consequências de seus atos e interpretações” (p. 79).

É de fato na atualização da psicanálise feita a partir de Lacan e seu modelo estrutural que encontraremos um ponto de ancoragem no campo da saúde mental, protegendo de certa maneira a psicanálise do risco de cair em padronizações ou de subsumir a um campo fenomenológico da ordem do infundável. Para Jerusalinsky (2010, pp. 11-12),

A palavra “estrutura” já havia sido usada por Freud. Em Lacan, a encontramos do início ao fim de sua obra, mais especificamente nos *Seminário Livros O sintoma* 9[1975-1976]2008), *L'insu* 9[1976-1977]1998) e *A topologia e o tempo* ([1978-1979]inédito). Então, se ele deixou de ser estruturalista, temos que perguntarmo-nos como o estruturalismo de Lacan se modificou, porque certamente, num sentido total, não desapareceu. Lacan não renunciou, pelo menos no essencial, ao que o estruturalismo ofereceu: deduzir a verdade das ideias.

No que complementa posteriormente:

[...] os parâmetros de comportamento não são demonstrativos de quase nada. Não digo *nada*, mas *quase nada*, porque eles precisam ser confrontados com o tecido significante, o tecido simbólico, para serem lidos. O comportamento é letras entre os humanos; e, para se ler uma letra, precisa-se saber em que estrutura ela funciona; não somente a que história pertence – o que implica uma série –, mas também em que estrutura ou em que lógica ela funciona. Falar de estrutura é falar de lógica. Falar de lógica implica em como se transmite a verdade [...] O tecido se transforma, mas a lógica ordenadora do critério de verdade permanece. Em psicanálise, isso chama-se filiação (JERUSALINSKY, 2010, p. 13).

Para o autor, não se trata nem de lançar a uma leitura apenas histórica do encadeamento dos significantes, nem tampouco num modo estruturalista puro, negligenciando tal determinismo. Para este, era aí que Lacan vacilava, sem se resumir a um e outro. Nem muito menos de lançar-se a um positivismo ou fenomenologia para leitura dos acontecimentos. Para Jerusalinsky (2010), no fim das contas, na psicanálise trata-se muito mais de suspensão do método do que da estrutura. E neste ponto, especialmente na clínica com psicóticos, nos diz este, o método nunca é unívoco e o analista se faz a cada sujeito que ele escuta.

E nesta perspectiva, decerto que a questão diagnóstica não é a última palavra em psicanálise. Ao se ouvir o sujeito, ela se torna secundária na experiência, exigindo-nos uma certa suspensão do diagnóstico para podermos acompanhar o sujeito. Diante da riqueza do sujeito, a que estrutura este se refere deixa de ter importância, especialmente quando nos deparamos em nossa experiência com casos tidos como inclassificáveis. É preciso, para tanto, incluir o mutável, sem com isso render-se à imprecisão dos diagnósticos fenomenológicos.

Podemos pensar assim, a partir da teoria lacaniana, as estruturas englobando uma sintomatologia diversificada, mas cuja definição diagnóstica não é dada mediante comportamentos ou qualquer sintomatologia apresentada. A escuta do sujeito, neste sentido, diz da posição que o analista vai ocupar diante deste que, por sua vez, ao ser escutado, vai dizer de sua condição subjetiva.

Não cabe, portanto, ao analista alterar a estrutura de um sujeito, ele precisa sim ser buscado em todas as suas formas de manifestação, que pode ser em um sintoma, delírio ou alucinação. Num primeiro plano situamos esse que nos procura como sujeito, depois viria a referência ao adoecimento, de modo que, pensar assim, como sugere Tenório (2001), nos coloca numa perspectiva para além de qualquer registro do campo da psicopatologia.

A castração será entendida aqui como algo que nos permite dialetizar sobre presença-ausência, sobre vazio- pleno, sentido- falta, uma vez que é a um desamparo primordial que ela

nos remete. Portanto, não se trata mais de uma questão de sentido, da presença ou não deste, uma vez que para a psicanálise, este sempre está aí, de maneira mais ou menos velada no sujeito.

O psicanalista se dirige ao sujeito enquanto sujeito do gozo para lhe fazer questão e assim promover a queda do mais-de-gozar. Pois, aonde o significante incide, há perda de gozo. Para Lacan ([1969-197]1992):

[...] na investigação analítica o que interessa é saber como aparece, em suplência à interdição do gozo fálico, algo cuja origem definimos a partir de uma coisa totalmente diversa do gozo fálico, que é situada e, por assim dizer, mapeada, pela função do mais-de-gozar

E ainda que os efeitos terapêuticos também façam parte do tratamento, estes vêm por acréscimo ao seu objetivo maior: promover mudanças nas condições de gozo no sujeito sem prometer a felicidade. A psicanálise vai empoderar o sujeito e na medida em que o responsabiliza por seu sofrimento o Outro deixa de ser tão potente e perseguidor.

Mas a questão agora é: como transmitir esse saber em um campo eminentemente de não analistas?

3.4 A Teoria dos Quatro Discursos como possibilidade de inserção e transmissão da psicanálise

Já é lugar comum entre os psicanalistas destacar a originalidade e importância do Seminário Livro 17 de Lacan ([1969-197]1992), *O avesso da psicanálise*, onde este se utiliza do recurso dos matemas para definir os quatro discursos que fazem laço social: o Discurso do Universitário, o Discurso do Analista, o Discurso do Mestre e o Discurso da Histérica.

Tratam-se aqui de quatro discursos bastante heterogêneos entre si e que representam, conforme nos lembra Coutinho Jorge (2002), os três ofícios impossíveis mencionados por Freud em 1925: Educar, Curar (ou psicanalisar) e Governar. No que Lacan ([1969-197]1992) acrescenta uma quarta atividade da ordem da impossibilidade, o “fazer desejar”, correspondendo assim, ao Discurso da Histérica. E mais uma vez, a propósito do tema desta dissertação, ressalto a importância dada à histeria na psicanálise de Freud a Lacan. Para além do tipo clínico, Lacan ([1969-197]1992), eleva a histeria a uma forma de laço social, de relacionamento entre as pessoas.

A psicanálise é tributária da histeria, histórica e estruturalmente, pois ela nos entrega de bandeja o funcionamento do inconsciente, a origem sexual dos sintomas, o corpo como cena de gozo (a) e a transferência amorosa e passional com o outro do saber: o médico, o analista, o mestre, o professor, etc.. (QUINET, 2005, p. 110).

Para Lacan ([1969-1970]1992), discurso é a estrutura que se estabelece em cada modalidade de laço social, ele define uma realidade, ressaltando que todo discurso é sempre um discurso do gozo, salvo quando se dirige a verdade. Neste sentido, a escritura dos discursos é uma tentativa, por parte deste, de articular o campo da linguagem ao campo do gozo.

Neste Seminário, através de um aparelho algébrico, ele apresenta os quatro lugares fixos – do Agente, do Outro, da Produção e da Verdade – por onde giram os elementos discursivos em jogo — S_1 (o significante-mestre, o significante pelo qual os outros significantes são ordenados), S_2 (o saber constituído enquanto cadeia significante), $\$$ (o sujeito barrado pelo significante) e o objeto a (objeto mais-de-gozar, condensador de gozo e causado-desejo). Desta maneira, é feita uma distribuição espacial quanto às posições e aos termos da seguinte forma:

$$\frac{\text{agente}}{\text{verdade}} \rightarrow // \frac{\text{outro}}{\text{produção}}$$

Cada discurso tem um *agente*, sendo ele o que ordena a produção discursiva, é quem dá o rumo, o tom, o tipo de laço social em questão. O *outro* vem ser aquele a quem o discurso se dirige e que depende do agente para se constituir.

A *produção* é o efeito do discurso, é aquilo que resta deste. Assim, ao fazer uso das setas de conexão (\rightarrow) para orientar o sentido da cadeia significante e do quarto de giro circular responsável pela transformação de um discurso em outro, a cada giro discursivo, produz-se um resto que é do campo do real. Neste processo, enquanto algo se revela, outro se deixa velado.

A *verdade*, por fim, vem ser o que sustenta o discurso, no entanto só podendo ser acessada pelo "semi-dito". Aqui, por não poder ser toda dita, há uma interdição ($//$) entre a produção e a verdade (COELHO, 2006).

Se há algo que toda a nossa abordagem delimita, que seguramente foi renovado pela experiência analítica, é justamente que nenhuma evocação da verdade pode ser feita se não for para indicar que ela só é acessível por um semi-dizer, que ela não pode ser inteiramente dita porque, para além de sua metade, não há nada a dizer [...] Não se fala do indizível [...] (LACAN, [1969-1970]1992).

A disposição de cada discurso segue então conforme demonstrado abaixo:

Discurso do Mestre	Discurso da Histórica	Discurso do Universitário	Discurso do Analista
$\frac{S1}{\$} \rightarrow \frac{S2}{a}$ $\frac{\$}{\$} \leftarrow \frac{a}{a}$	$\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S1}{S2}$ $\frac{a}{a} \leftarrow \frac{S2}{S1}$	$\frac{S2}{S1} \rightarrow \frac{a}{\$}$ $\frac{S1}{S1} \leftarrow \frac{\$}{\$}$	$\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{\$}{S1}$ $\frac{S2}{S2} \leftarrow \frac{S1}{S1}$

O primeiro é o Discurso do Mestre, que indica a fala daquele que enuncia do lugar de lei, de poder. É de onde tudo parte; o Um necessário para que os demais se ordenem.

O segundo discurso é o Discurso da Histórica, e a histórica, com um discurso próprio, ela faz desejar, à medida que se mantém insatisfeita. Seu agente dominante aparece sob a forma de sujeito dividido e, portanto, de sintoma. É como dividida, faltosa que ela se dirige ao Outro. Há, deste modo, certa tensão entre o Discurso da Histórica e o do Mestre, uma vez que o saber se coloca para a histórica no campo do Outro. É ao mestre que esta se dirige, exigindo dele a produção de um saber da ordem da completude e, por isso, da ordem do impossível.

Segundo Lacan ([1969-1970]1992, p. 98), “[...] o discurso da histórica revela a relação do discurso do mestre com o gozo, dado que o saber vem ali no lugar do gozo.”. A histórica vem interrogar constantemente o Outro e colocar em questão o próprio saber-poder do mestre. Em sua ambiguidade, o saber do outro é demandado para depois ser recusado. Ou seja, ela se oferece, para depois desbancar o mestre.

[...] Ela quer que o outro seja um mestre, que saiba muitas e muitas coisas, mas, mesmo assim, que não saiba demais, para que não acredite que ela é o prêmio máximo de todo o seu saber. Em outras palavras, quer um mestre sobre o qual ela reine. Ela reina, e ele não governa (LACAN[1969-1970]1992, p. 136).

Por outro lado, no Discurso do Universitário é o saber que está do lado do agente. Neste, o saber é o que move as relações, deixando de fora qualquer possibilidade de não saber. Para Lacan ([1969-1970]1992), o Discurso Universitário se mantém da burocracia e dos títulos acadêmicos. Desta maneira, tal qual no Discurso do Mestre, o sujeito fica de fora. Ou seja, aqui o agente do discurso, situando o saber no lugar da verdade, dirige-se ao outro do discurso e, com isso, incita- o à produção.

Aqui, o saber ocupa a posição dominante; o sujeito sapiente é o agente. O professor veiculará o ensino. O "a", como outro, representa o estudante (ou "a"-estudante, como prefere Lacan) que, causado pelo desejo, realiza o trabalho de escrever, sendo explorado pelo discurso universitário. O produto da universidade é um \$, um sujeito barrado, incompleto, que terá desejo de saber mais. Lacan diz que o estudante entra

na universidade achando que sabe tudo e sai consciente de que não sabe nada. O S_1 aparece no lugar da verdade, que ordena: "- Vai, continua. Não pára. Continua a saber sempre mais" (LACAN,[1969-1970]1992, p. 98).

Ocorre que pra psicanálise, nos diz Alberti (2009) o saber se inscreve no campo do não saber, “infinitamente maior” que este, nos diz ela. Ao retomar um trabalho de Foucault de 1969, esta faz referência à importância dada por este quanto à ruptura da discursividade do século XIX feita por Freud e Marx, tidos como os dois exemplos maiores desta época. Como um “ato de criação”, cada um em seu domínio, o que fizeram foi único, sendo os mesmos colocados, conforme sua citação de Foucault, “em uma posição ‘transdiscursiva’[...]” (FOUCAULT, [1969]1983 apud ALBERTI, 2009, p. 120), uma vez que a partir destes abriu-se espaço para outras possibilidades discursivas.

Freud operou um corte, a partir do qual há um antes e um depois, mesmo se seus discípulos vários velaram o instrumento criado por ele. Como Freud o conceituava, esse corte surgiu simplesmente na transferência, quando, no lugar de se identificar com o mestre que comanda – lugar que, conforme explica, lhe seria de bom grado outorgado pelo paciente –, ele pode sofrer a transferência sem se identificar com ela! Apesar de médico, ou seja, apesar de ser colocado no lugar daquele que deve saber sobre o mal do qual o paciente se queixa, Freud, em função da sua particular relação com a verdade, era suficientemente honesto consigo mesmo para não crer que tinha esse saber que lhe era outorgado na transferência. E foi por não se enganar de que sabia, que pode devolver a seu paciente a possibilidade de saber, que era deste e não de Freud! Eis porque a psicanálise é portadora de uma desalienação possível e eis porque jamais um psicanalista pode saber mais sobre seu paciente do que ele próprio, sujeito (ALBERTI, 2009, p. 120).

Dito de outra maneira, segundo Quinet (2005), enquanto Breuer se encontrava enlaçado por seu *desejo sexual* e Charcot pelo *desejo de mestria*, Freud distinguiu-se de seus mestres e sustentou a transferência via seu *desejo de analista*. E explica:

O desejo do analista, operador lógico, se distingue dos dois outros por ser o desejo que motiva o analista a levar o sujeito a um percurso, sem previsão nem antecipação, que será, no entanto, absolutamente singular, para além da terapêutica, pois é um percurso particular afetivo e epistêmico que diz respeito ao ser, à história, ao desejo e ao gozo. O desejo que motivou Freud foi o de obter a pura diferença fazendo de cada sujeito, com seu sintoma, uma singularidade única (QUINET, 2005, p. 110).

Logo, para Lacan ([1969-1970]1992), o Discurso do Psicanalista, em contraposição aos outros três, é tido como o único discurso que *visa* o sujeito, à medida que é ao saber do sujeito que este se dirige. Por tratar-se de um discurso que não comparece o tempo todo, a teoria lacaniana o define como um modo diferenciado de laço social, que faz *semblante* de saber, no entanto não compartilhando da ânsia de responder, de dizer e de ensinar dos demais

discursos. É aquele capaz de fazer o giro nos demais discursos, uma vez que ele não ensina nada, estando ali como *causa de desejo*: ao deixar o sujeito falar, apontando nestes os significantes que o movem, o analista causa no outro o desejo de saber sobre sua verdade. Sua função, portanto, não passa de conduzir o sujeito a seu saber; porém um saber inconsciente, que *não sabe que sabe*, mas nem por isso desarticulado.

Portanto, não se trata aqui de um saber tal qual o da ciência, do campo do conhecimento ou da representação, uma vez que neste ponto Lacan (op.cit.) se interessa especialmente em distinguir o saber das verdades científicas do saber referido pela psicanálise, o qual se traduz no saber obtido a partir da experiência analítica. O saber, neste sentido, é aquilo que se constrói a partir de uma verdade, que por sua vez é sempre circunstancial. Desta forma, diz-se que o inconsciente é a suposição de um saber no *real* (ou sem sentido). E o que o discurso da psicanálise coloca em jogo não é a busca de sentido, mas os limites deste, os limites do saber. É neste ponto que sua ética se sustenta.

3.4.1 A teoria dos discursos na interseção com a saúde mental

Parto, portanto da possibilidade de articulação dos discursos com o cotidiano das instituições no campo da saúde mental, de maneira a estudarmos melhor as formas de intervenção do analista nestes serviços, permitindo com isso a emergência do sujeito.

Neste sentido, podemos dizer que o que se coloca em evidência nas instituições de saúde mental ainda é o saber médico enquanto Discurso do Mestre. Para Rinaldi e Bursztyn (2008), ao tomar o paciente como objeto, portador de uma doença, o saber está no médico. É ele quem nomeia a doença, propõe a terapêutica e ainda apresenta ao doente alguma probabilidade de cura. “Com isso”, referem as autoras, “ele atribui sentido a uma série de estados enigmáticos, puro não-senso, que provocam sofrimento” (s/n).

É como se, enquanto o “fazer” ficasse a cargo da equipe psicossocial, o “saber” sobre a doença e o sujeito ficassem a cargo do médico. Uma fórmula pouco pensante que se resume na frase muito comum, em geral proferida pelos pacientes usuários do CAPS e serviços de saúde em geral: “O Doutor é quem sabe!”.

A aposta cega no saber do médico, ou mesmo a negligência de saber por parte dos demais profissionais o colocam assim em um lugar inquestionável. Há, por exemplo, certo tabu no campo da saúde em se discutir os diagnósticos médicos, entendendo estes como da esfera exclusiva da medicina, fato reafirmado em manifestações pretensiosas como a do Ato Médico – Projeto de lei aprovado na Câmara que define quais as atividades de prática

exclusiva entre médicos, e dentre elas o diagnóstico nosológico e a indicação de tratamento passam a ser privativos do médico –, mas que de certa forma, a meu ver, vem apenas legitimar muito do que já acontece na prática.

Há que se saber de onde e para quem se fala, nos diz Torre e Amarante (2001), uma vez que “O ato de conhecer implica uma postura ética e política, pois produz efeitos diversos na sociedade, ou seja, a produção de conhecimento é ela própria construtora de subjetividades [...]” (p. 18). Porque “[...] quando tomamos a palavra, tomamos lugar, língua e poder.” (COUTINHO JORGE, 2002, p. 25).

E se para Alberti (2009) o Discurso do Universitário, de certa maneira, acaba abrindo possibilidades de equiparar os doutores independentemente da linhagem a que ele se refere, uma vez que, como já dito, os títulos é que importam, no campo estritamente da saúde isto está longe de acontecer, visto os salários e carga horária diferenciados dos médicos comparados aos demais profissionais.

Por outro lado, ainda que já se observe em muitos serviços os efeitos de um trabalho interdisciplinar, verticalizando as relações e com isso quebrando a rigidez e diluindo o saber sobre o paciente, o cientificismo colocou a medicina a serviço do capitalismo no momento em que passou a atrelar à tecnologia uma lógica de consumo. Para Rinaldi (2000, p. 63),

O discurso medicalizante da psiquiatria biológica, fundado no binômio verdade científica e eficiência, exerce um enorme poder de sedução sobre os médicos em formação na instituição, na medida em que responde aos anseios de sucesso de uma sociedade de consumidores, que procura eliminar, a qualquer preço e no menor tempo possível, o sofrimento psíquico como marca do sujeito.

Logo, segundo Laurent (2002), nos encontramos hoje imersos no medicamento, sendo este onipresente em nosso campo, transtornando nossa clínica, definindo ideais de eficácia, transformando nossas instituições, enfim, triunfando “[...] sobre a tradição e os significantes-mestres” (p. 25). E enquanto a equipe psicossocial dos CAPS faz eco ao Discurso do Mestre, vimos difundir-se cada vez mais certa naturalização do ato de medicalizar os sujeitos, alienando-os ao discurso do Outro.

Trata-se aqui de uma subversão do Discurso do Mestre, segundo Alberti (2000), onde o Discurso do Capitalista, tal qual formulado por Lacan em momento posterior ao seu Seminário Livro 17, vem se colocar como proposição teórica. “Corruptela do Discurso do Mestre”, nos diz esta, “no Discurso do Capitalista o mestre é ainda o significante mestre, as marcas dos *gadgets* que, no entanto, não estão no lugar do semblante mas no lugar da

verdade” (p. 47). O outro aqui é reduzido a seu lugar de gozo, que por sua vez não é mais da ordem do impossível – e sim um mandato –, onde a castração fica de fora.

[...] É como se pudéssemos dizer: o Discurso do capitalista não exige a renúncia pulsional; ao contrário, ele instiga a pulsão, impondo ao sujeito determinar relações com a demanda, sem se dar conta de que, ao fazê-lo, sustenta sobretudo, e em primeira mão, a pulsão de morte (ALBERTI, 2000, p. 47).

De fato, esta lógica de consumo não se restringe ao campo e práticas em saúde, mas neste, podemos dizer, ela dá ares de destino ao sujeito tamanha a potência de tal discurso e das tecnologias de cuidado em jogo. No entanto, nos lembra ainda Laurent (2002, p. 34),

A psicanálise não se opõe à prescrição medicamentosa; ela pode fazer do poder contingente do medicamento um auxiliar da *l'apparole*. Nesse dispositivo, o psicanalista é um parceiro que tem a chance de responder. Ele poderá prescindir do medicamento com a condição de se servir dele de uma boa maneira. O aforisma taoísta nos diz que quando lhe mostramos a lua com o dedo, o simplório olha o dedo. O medicamento é um dos significantes- mestres de nossa civilização. É o índice de um modo de gozo. Resta ao psicanalista servir-se dele para fazê-lo designar a lua de nosso discurso, a barra sobre o grande A, e fazê-lo de tal modo que o sujeito não se hipnotize com esse índice.

De tal modo, conclui-se que, ainda que haja impasses ente a medicina e a psicanálise, é possível apostar numa interseção entre estes saberes, se mantido o devido respeito entre os campos de atuação e seus limites. O risco, de fato, está em que o saber médico seja subsumido pelo Discurso do Capitalista, uma vez que, diferente do Discurso do Mestre, o Discurso do Capitalista não faz laço (ALBERTI, 2000).

Neste ponto, nos diz Alberti (2000) retomando os ensinamentos de Lacan em seu texto “Psicanálise e Medicina”, no qual salienta que a função do psicanalista aí será de acompanhar o médico na batalha contra a subserviência de seu ofício ao capitalismo e que a medicina pode encontrar na psicanálise um lugar de “refúgio”, longe que ela está de tal pragmatismo.

Nas proposições lacanianas, o Discurso do Psicanalista seria o único contraponto do Discurso do Mestre e, portanto, do Capitalista. Ao considerar que “[...] o desejo do homem é o desejo do Outro”, Lacan ([1969-1970]1992, p. 63) afirma que “Toda canalhice repousa nisto, em querer ser o Outro – refiro-me ao grande Outro – de alguém, ali onde se delineiam as figuras em que seu desejo será captado”.

Para Di Ciaccia (1999), o Discurso do Mestre, “com seu bem e seu mal” (p. 50) certamente se impõe e com isso tende a tomar conta de toda instituição. Ao contrário, o

Discurso analítico é o avesso deste e se sustenta não no Um do Mestre, mas na falta dele. Todavia diz este:

É verdade. Mas não é o suficiente. Que o desejo do homem seja o desejo do Outro é um dado de estrutura, decerto, mas que arrisca tornar-se, em nossa boca, um simples ritornelo. Estruturalmente o desejo do homem é, como tal, enganchado ao desejo do Outro. Mas nós todos também sabemos que é exatamente nesse ponto que se desdobram nossa riqueza e nossa miséria humana (DI CIACCIA, 1999, p. 51).

O desejo do analista é de outra ordem, nos diz ele. Não se trata de simples contradito entre fazer ou não fazer, uma vez que é ao ser do sujeito que ele se refere. É ao ato que ele diz respeito, à escolha do sujeito a partir de seu próprio desejo. A psicanálise impõe a perda dos ideais do sujeito ao ponto de que não se trata mais disso nele. E esvaziando o lugar dos ideais,

[...] é possível que uma instituição não se sustente apenas do Um do Mestre – necessário mesmo assim para cada instituição – mas, disso que vocês me permitirão chamar o Um do vazio, um vazio ladeado, topológico. Ora, esse Um do vazio não é o feito de um só, mas o feito de cada um, um por um. Pois cada um, em uma instituição, é chamado a fundá-la a partir de sua própria relação a esse vazio que faz o centro de seu ser. Uma instituição edificada sobre esse modelo permanece fiel a seu projeto, não na repetição do mesmo, mas na surpresa e na invenção de cada um. Os muitos não são unificados verticalmente pela identificação ao Um que é o mestre, mas são solidários na interrogação que cada um porta sobre sua própria Causa (DI CIACCIA, 1999, p. 52).

Mas ainda assim não há “todos iguais”, porque esta é uma proposição imaginária. Não se trata também de evacuar todos os “efeitos imaginários” instalando outro do saber neste lugar. O que o autor propõe é uma distribuição daquilo que, na instituição, destaca-se como do *Um* do Mestre e do que se sobrepõe como o *Um* do vazio, ambos necessários e complementares. No que complementa ele, por fim:

[...] para o que sobressai do Um do vazio, para manter isso aberto, parece-me que, além do esforço de cada um, essa tarefa é exercida por alguém que representa, na instituição, um papel pouco especial, mas essencial: o de ser o guardião do vazio central, de encarná-lo. Nem por isso mestre, nem mestre de saber, mas servidor dessa tarefa e fiador, a quem cada um da equipe possa se referenciar, em seu trabalho com os outros, a esse ponto central que chamo o Um do vazio (DI CIACCIA, 1999, p. 53).

Por outro lado, como esclarece Laurent (1999), não se trata mais também de o analista assumir uma posição de mero intelectual crítico, sem ideais, sem crédulo qualquer, uma vez que manter-se nessa posição de “vazio ambulante” impõe o fim do analista quanto a seu papel histórico. Para Laurent (1999), os analistas precisam passar da posição de “especialistas da

desidentificação” à de “analista cidadão”, sendo proposto, desta forma, resgatar aquilo do analista que diz de um vazio, de um furo, e que foi mal interpretado, para então recolocá-lo no discurso institucional.

Num primeiro momento o analista, diz este, “É o que sabe participar com seu dizer silencioso [...]” (p. 08-09). Mas um dizer silencioso que é distinto do silêncio e que sugere “tomadas de partido ativas”, em silenciar a cola dos grupos que perpassa por qualquer organização social. O segundo momento é o de “[...] remeter o grupo social em questão às suas verdadeiras tarefas [...]” (p.09). Por isso, diz Laurent (1999), não se trata apenas de escuta, e sim de transmissão. De transmissão daquilo que de humano e particular aponta cada caso, transformando isso em um instrumento de trabalho que pressuponha respeito ao sujeito em questão.

Nesse sentido, o analista, mais que um lugar vazio, é o que ajuda a civilização a respeitar a articulação entre normas e particularidades individuais. O analista, mais além das paixões narcísicas das diferenças, tem que ajudar, mas com os outros, sem pensar que é o único que está nessa posição. Assim, com os outros, há de ajudar a impedir que, em nome da universalidade ou de qualquer universal, seja humanista ou anti-humanista, esqueça-se a particularidade de cada um (LAURENT, 1999, p. 9).

É neste sentido também que podemos retomar as proposições de Miller (1999, p. 16) quando diz:

[...] o psicanalista, como tal, não é um trabalhador da saúde mental e talvez seja esse, precisamente, o segredo da psicanálise. Apesar do que se possa pensar e dizer para justificar esse papel, em termos de utilidade social, o segredo da psicanálise é que não se trata de saúde mental. O psicanalista não pode prometer, não pode dar a saúde mental.

Desta forma a psicanálise encontra seu lugar na humanidade, quando se ocupa justamente daquilo que a ciência exclui. Ela difere dos humanistas, dos médicos, da religião porque não promete nada. Sem pretensão de explicações totalitárias, ela não tem tradição. Nascida das falhas da ciência é como um rebotalho, um sintoma. Ela parte do mal-estar do sujeito, entendo este como estrutural. Para Lacan (2005, p. 65), “A psicanálise não triunfará: sobreviverá ou não”.

CAPÍTULO 4: “NÃO ME DÊ O QUE TE PEÇO PORQUE NÃO É ISSO”

Início este capítulo com uma questão que durante alguns anos me inquietou como psicóloga de um CAPS. Diante de um tratamento – a meu ver – fracassado, passei muito tempo me perguntando o que a equipe poderia aprender com aquilo?

Logo, neste último capítulo da dissertação, intitulado a partir de uma proposição lacaniana encontrada no Seminário Livro 16, *De um Outro ao outro* ([1968-69]2008) acerca do desejo histórico, venho apresentar fragmentos de um caso clínico que, dentre tantos outros atendidos na rotina de trabalho do CAPS, me causou questionamentos devido a sua peculiar trajetória institucional. Trata-se, a meu ver, de um caso paradigmático para pensarmos como a histeria, com um discurso próprio, é capaz de enlaçar a todos com seu desejo insatisfeito e a partir disso desestabilizar o funcionamento de uma instituição.

Desde o início, uma dupla tarefa se impôs no sentido de situá-lo tanto em relação à direção de tratamento tomada por parte da instituição, quanto em relação à escuta clínica possível aqui problematizada. Neste ponto, me pergunto se haveria espaço para a emergência do sujeito – tal qual pensado pela experiência analítica – em condições tão frágeis, quando justamente o que se coloca é o lugar de analista a ser ocupado e a assunção de sua posição singular entre os *vários* da equipe psicossocial.

Voltemos então, mais uma vez, aos ensinamentos de Freud, cuja escuta das históricas fez abertura para seu saber, deslocando-o para outros campos que não apenas o do Mestre. Aprender com a histeria, eis então o caminho. Um percurso que faremos agora, situando nossas questões nos acontecimentos em torno do tratamento de um sujeito histórico numa instituição de saúde mental, na tentativa de fazer as articulações necessárias entre o discurso do sujeito e o discurso da instituição. Refletimos, com isso, sobre os riscos de não se levar em conta os ensinamentos da psicanálise acerca do saber inconsciente.

4.1 Um lugar para Rosinha

[...] Eu preciso muito conversar com alguém... [...]
Eu tenho muito medo de enlouquecer, é muita coisa pra uma cabeça só.
Dói meu peito, dói a alma, a tristeza não aclama.
Eu queria sumir pra outro lugar e nunca mais voltar.

Estou sozinha na contramão. Não quero aqui ficar, nem morar em outro lugar. Só quero dormir e nunca mais acordar.
O punhal e a tristeza foram feitos pra matar, o punhal mata depressa e a tristeza devagar.
Pouco a pouco estou a morrer, sempre lamentando e a Deus perguntando em que família eu fui nascer.

Começo assim por um dos escritos da paciente – ou “usuária”, se quiser manter certa fidedignidade ao campo da pesquisa – feitos na época. Alguns poucos me foram endereçados, outros circulavam entre as folhas amarelas de seu velho prontuário.

Rosinha chegou ao CAPS pela primeira vez levada por alguns profissionais de um abrigo de mulheres, pois lá se encontrava havia alguns meses devido ter feito denúncia de agressões sofridas por parte de um irmão com o qual dividia residência. Era final de 2003 e sua entrada no CAPS corresponde com o mesmo período da minha: tratava-se de meu primeiro emprego e contato com uma instituição de Saúde Mental.

Neste percurso, opto por nomeá-la de Rosinha por causa das características que lhe eram peculiares: cachinhos pretos, boca carnuda sempre pintada, laço ou tiara no cabelo, brinco combinando com a bolsa que por sua vez combinava com o esmalte das unhas e com o sapato. Olhar curioso, expressão faceira, fazendo semblante de menina-moça. Rosinha era assim, sempre arrumadinha, cuja ingenuidade dos adereços por outro lado disfarçavam suas vestimentas insinuantes, blusas e shorts curtos mostrando o que quase não tinha a ser mostrado de tão magrinha que era.

Das lembranças de meu primeiro contato com Rosinha, pouco depois de seu acolhimento na instituição, guardo imagens que a princípio muito me intrigaram. No quarto de observação, e sob a mira de alguns olhares, ela debatia-se em cima de uma maca, me lembrando a cena da histérica no Hospital da Salpêtrière do filme *Freud Além da Alma* (1962), de John Huston, que havia assistido na graduação. Ali, a maioria dos técnicos, tomados aparentemente por uma curiosidade passageira, aproximavam-se e afastavam-se daquele espetáculo sem muito o que dizer.

As palavras, quando proferidas por ela, eram ofensivas e dirigidas aos profissionais do abrigo; falava aos berros de seu ódio por aqueles que até então foram seus cuidadores. Mas na maior parte do tempo parecia imersa numa intensa cólera, em meio aos gritos, urros e palavrões, numa agonia que parecia palpável, visível em cada poro de seu corpo. Pensava eu em como era possível um sofrimento tão, tão... carnal?! Ela sabia, mas eu só percebera depois, que neste dia fora levada definitivamente pelos técnicos do abrigo para o CAPS.

Na ocasião, os profissionais anunciaram que Rosinha não tinha para onde ir, mas que os mesmos já não sabiam mais o que fazer com ela diante de seus repentes de humores e comportamentos impulsivos.

No Acolhimento da paciente as queixas trazidas eram de “insônia”, “desânimo”, “irritabilidade constante”, “nervosismo”, “pensamento suicida”, “inapetência” e “dores dispersas no corpo, principalmente na cabeça”. Indagada sobre o motivo que a levou ao abrigo, justificou de maneira pueril que o irmão batia nela simplesmente porque “queria ficar sozinho na casa” e que costumava “rejeitar medicação prescrita”. Após o atendimento, a indicação da Técnica de Referência foi para que a mesma realizasse consulta médica e psicoterapia individual.

Vale esclarecer, que o dispositivo do técnico de referência foi uma função introduzida nos CAPS para o desenvolvimento de um trabalho em equipe, uma vez que esta não se restringe a uma formação profissional em particular, mas a proposta de cuidado a partir do vínculo que o técnico vai estabelecer com o paciente referenciado. É função do técnico de referência acompanhar o sujeito em seu projeto terapêutico e dar os encaminhamentos necessários ao longo de seu tratamento.

Em sua primeira consulta médica, Rosinha referiu “peso na cabeça” e “rigidez muscular” (talvez já se queixando da medicação que vinha fazendo uso). Falou do medo de sair do albergue, das brigas com o irmão acusado de ser usuário de drogas, dizia sentir-se covarde e tinha medo da mãe só de escutar sua voz. É também neste atendimento que se lê o primeiro registro sobre a maneira como ela se referia a sua mãe, como “aquela mulher” e de seu interesse por escrita, tratada como “compulsiva”, mas que destas me valho, minimamente, no trajeto que aqui tento traçar.

Rosinha disse ainda à médica assistente que tinha poucos dias de vida, mas a data indicada para sua possível morte era a mesma que o abrigo já havia estipulado para seu desligamento da referida instituição, demonstrando desde o início seu modo de atuar diante das ameaças de abandono.

O diagnóstico inicial baseado na CID 10 foi de Episódio Depressivo Grave com Sintomas Psicóticos, e tal qual a perspectiva fenomenológica de tratamento baseado em sintomas, foi prescrito um antipsicótico e um ansiolítico e mantido o antidepressivo que já vinha fazendo uso, cuja dose foi aumentada. Também é feita a indicação de acolhimento integral para a paciente – já que se tratava de um CAPS III, cuja modalidade de funcionamento é de 24 horas, dispondo de cinco leitos de observação – e solicitação de “vigilância constante devido risco de suicídio”.

A médica, tal qual a Técnica de Referência (TR), fez também a sugestão de psicoterapia individual, mas que não foi atendida de imediato com a justificativa de déficit de psicólogos no serviço, em contraponto com a grande demanda de pacientes. Além do que, havia a informação de que Rosinha já realizava acompanhamento psicológico em um Hospital Universitário, o que foi constatado depois quando inicia psicoterapia comigo e eu solicito que esta faça sua opção por uma das terapeutas.

Nesta época, recorde-me que, junto à outra colega psicóloga, discutíamos a necessidade de fortalecer o serviço de Psicologia no CAPS, garantindo com isso um mínimo de atendimentos individuais face ao privilégio que tinham os trabalhos em grupo. Ou seja, a realização de atendimentos psicológicos individuais ainda é uma questão nos CAPS, uma vez que a tendência, como já devidamente justificado em capítulo anterior, é trabalhar na perspectiva do coletivo, onde muitos profissionais entendem esta modalidade como um privilégio para poucos, devendo ser por isso evitado.

Um dos critérios pensados em supervisão clínico-institucional – que na ocasião a Gestão do CAPS dispunha de verba direcionada ao pagamento de supervisor, prática que já ocorria em alguns estados e que depois foi regularizada pelo Ministério da Saúde – diante da justificativa da pouca disponibilidade de profissionais (um por turno) foi o de acompanhamento dos usuários cuja modalidade era Intensiva (em contraposição aos Semi-Intensivos ou Não- Intensivos, cuja frequência no CAPS era menor, conforme Projeto Terapêutico) e cujos casos fossem mais graves e demandassem mais atenção por parte da equipe.

No relatório entregue pelo abrigo foram observadas importantes informações sobre Rosinha, especialmente no que dizia respeito à dinâmica desta nas instituições, que poderiam ter servido de respaldo para muitas intervenções ulteriores da equipe do CAPS. No documento é traçado seu percurso institucional desde os 17 anos de idade, quando saiu de casa e ficou na rua, sendo feita referência mais uma vez à questão de abandono, no momento em que é relatado que esta fugiu de um dos abrigos “antes que a desligassem”.

Foram ressaltados ainda seus desafetos constantes, os comportamentos reativos, com recusa em se adequar à rotina da instituição e interferência nas normas dos serviços. Rosinha também apresentava oscilações constantes do humor e era considerada de difícil convivência, pois só fazia as coisas “quando alguém que gostava a conduzia”, não podendo nunca ser contrariada. Era considerada “resistente” à alta do abrigo e à medicação. Também neste documento há registro das queixas somáticas da paciente e uma curiosa informação foi a de que Rosinha havia feito leitura do DSM IV e das bulas dos medicamentos e, portanto, tinha

conhecimento dos sintomas e dos efeitos destes, usando estas informações para questionar e manipular a equipe. E, por fim, a observação no documento de que foi conseguido um lugar para Rosinha morar, mas esta recusou; fato este de extrema importância para a compreensão das vias de seu desejo, mas também negligenciado pela equipe do CAPS.

À medida de sua aproximação com alguns técnicos do serviço, outras informações iam sendo obtidas. Rosinha tinha quatro irmãos e uma irmã, onde os três mais velhos eram envolvidos com tráfico de drogas e assaltos (sic). Sobre a família disse que os “odiava” por serem “todos falsos”, queixando-se do tempo que passou no abrigo e “ninguém foi ao menos visitá-la”. Segundo informações da família, colhidas principalmente em visitas domiciliares, ficou agressiva na adolescência, tendo morado em várias casas, mas sempre saindo das mesmas devido aos conflitos que causara. A família referiu ainda um episódio de “surto” no qual foi levada para a emergência psiquiátrica por bombeiros, e também uma tentativa de suicídio com uso de medicação.

Do pai, Rosinha sempre falou pouco, mas contou detalhes de sua morte a uma técnica da equipe noturna, para quem relatou que o pai havia cometido suicídio tomando chumbinho quando ela ainda era adolescente. Segundo ela, isto ocorreu após uma briga com um de seus irmãos (na ocasião do relato este irmão já se encontrava morto, por assassinato), em que o pai lhe feriu os olhos com uma faca e o deixou parcialmente cego. Para a usuária, depois deste episódio o pai nunca mais fora o mesmo.

Sobre a mãe, disse que depois da morte do marido esta passou a fazer tratamento numa Unidade de Saúde e fazia uso de medicação controlada. Falou desta com raiva, referindo-se às surras com ferro elétrico que já levava, e que a mesma era descontrolada, irritada e sempre maltratou os filhos quando criança. Disse que não a considerava sua mãe e que esta dificuldade no relacionamento vinha desde seus 16 anos de idade. A mãe recebeu visitas da equipe técnica algumas vezes, tendo comparecido ao CAPS apenas por ocasião de um feriado, quando os atendimentos são emergenciais e, por isso, não foi atendida adequadamente. Entretanto, fez uma fala à equipe presente para “tomar cuidado com a dissimulação *dessa* mulher”, referindo-se à filha. Em uma das visitas que recebeu, questionada sobre a moradia instável da paciente, respondeu aos técnicos que não se importava onde a filha iria morar, responsabilizando-a pelo que lhe ocorria, já que fora “causadora da venda do imóvel que morava”.

Os comportamentos por parte da genitora suscitavam observações técnicas sobre sua “aparente falta de afeto” para com Rosinha, havendo ainda referências quase sempre explícitas desta última quanto ao “desprezo” da família. Alguns investimentos nessa relação

são feitos vez por outra, especialmente por parte da Psicologia. Há inclusive o registro de que, em uma visita, a mãe disse que não se opunha à filha voltar a morar em sua casa, o que de fato acontece num dado período de seu tratamento, mas pouco tempo se passa e a paciente logo chega ao CAPS informando que estava morando novamente com a amiga e não mais com a mãe.

Na psicoterapia Rosinha sempre falava, em tom de queixa, de sua situação de fragilidade, da violência presente desde sempre em suas relações familiares, do perigo que vivia devido à marginalidade dos irmãos e, principalmente, de sua relação conflituosa com a mãe, que os “protegia”. Sentia-se preterida e se referia sempre à mãe como “aquela mulher” que não a amava, momento em que seu tom de voz mudava e ficava mais exaltada. Algumas vezes deixava também transparecer seus sentimentos ambivalentes e falava com preocupação sobre o adoecimento da mãe e de alguns irmãos, dizendo temer pelo futuro dos menores.

Embora o tratamento de Rosinha no CAPS durasse quase dois anos, boa parte de sua permanência no leito de observação se deu por seu problema de moradia. A princípio, ela solicitava intervenção da equipe para mantê-la no abrigo por mais tempo; mas, com o “quadro estabilizado”, a equipe se depara com o problema de que o abrigo não a queria mais por lá, informando o seu desligamento. No CAPS, portanto, ela ficou acolhida e lá permaneceu por alguns meses até que a sua situação ficou insustentável, já que os leitos de observação eram designados para internações passageiras.

Observo que a permanência de Rosinha à época no acolhimento noturno foi em parte justificada pela equipe devido ao estado oscilante desta. Mas, pelo que pude constatar, isto se deu também depois que a equipe tomou conhecimento de um relatório do serviço social sobre a primeira visita à família da paciente. O que foi ouvido das relações desta com a família teve um efeito na avaliação da equipe, conforme podemos observar a seguir.

De posse de sua parte no dinheiro recebido pela venda do imóvel que dividia com o irmão, surgiu entre os membros da equipe a ideia de construir uma casa de madeira para Rosinha morar em um terreno da família. Mas isto só se impõe no segundo ano de tratamento, no momento em que todos os outros recursos já haviam se esgotado.

Rosinha passa então a morar de favor com uma amiga da igreja, mas logo começam os conflitos em sua nova moradia, uma vez que suas relações eram frágeis, mantendo em geral uma posição infantilizada frente às amigas. Certa vez, ela escreveu que “o melhor dia no CAPS” foi quando se divertiu com outros usuários com brincadeiras infantis.

4.1.1 O que fala em Rosinha?

Sinceramente...
Minha vida está uma procura, com a alma cheia de agruras... E eu choro tanto!
Eu preciso achar uma saída, apagar cenas da minha vida... Quantos desenganos!
Minha vida está em confusão. Me perseguem daqui e de lá, e se continuar desse jeito, eu não vou suportar.
Pois dói o peito, dói a alma. A tristeza não acalma!
Estou na solidão. Sozinha na contramão. A minha vida é vazia. Eu não encontro alegria!
Eu queria poder deitar pra descansar, e nunca mais acordar. Não gosto de viver. Eu prefiro morrer!
E é o que vai acontecer. Sabe por quê?
Porque sinceramente,
Eu me sinto uma indigente. Sempre a vagar. Não tenho certo um lugar. Acho que vou é me matar, já que ninguém quer me ajudar.
Sinceramente,
No meu coração tem um vagão, deixado por mãe, pai e irmão.
Sinceramente a vida é assim,
Sofro porque ninguém... gosta de mim.

Nos relatos sobre Rosinha por parte da equipe, apenas referências a seus comportamentos, com “oscilações de humor”, “queixas somáticas”, “inapetência”, “isolamento” e “dissimulações”. Assim, intercalavam-se registros referindo quadro estável alguns dias, e em outros, mais instável. Às vezes com “humor deprimido pela manhã mostrando uma melhora a tarde”, outras “com humor irritado, recusando almoço (referindo ver bichos em sua comida), isolada e por vezes provocativa.”. Um dia chorando, agitada, e no seguinte disposta, querendo sair e procurar casa para morar.

Rosinha por vezes isolava-se, apresentando-se mais introspectiva: “Plantão todo deitada no leito, não participou da festa da páscoa do noturno”. No entanto, o mais comum era mobilizar a atenção da equipe, sentando-se no parapeito de escadas e sacadas com atitude desafiadora, sugerindo jogar-se destas, ou como nos exemplos:

A usuária não aceitou medicação de horário, foi retirada do parapeito dos fundos pela equipe; portava dois ferros pontiagudos que foi retirado da mesma sem que ela visse. Quando percebeu, agrediu fisicamente outra usuária e um técnico de enfermagem.

Usuária referiu que pegou a chave reserva da farmácia em cima da geladeira no plantão noturno, chegou a abrir a farmácia, mas como estava muito escuro, pegou apenas alguns comprimidos e fechou a porta.

Era comum também sua recusa de alimentos, na maioria das vezes aceitando apenas lanches, havendo várias referências dos técnicos a seu estado emagrecido. Quando se apresentava com humor deprimido, ficava mais dócil com a equipe, no entanto mantinha-se resistente quanto ao alimentar-se, algo além disso quase sempre associado às suas queixas de cefaléia.

Recebemos o plantão noturno com a usuária [...] em acolhimento. É preocupante o seu estado, pois durante todo o plantão não se levantou do leito, referiu cefaléia, tomou 1cp de paracetamol e melhorou. Não está jantando, tomou um pouco de mingau. Sente-se fraca, sem vontade para se levantar, não está evacuando há vários dias (sic).

De outra maneira, era possível observar os ganhos secundários com seus sintomas físicos em registros do tipo: “Chegou passando mal no serviço, tonta e ficou acolhida”.

Em uma das visitas de sua irmã, que durante o primeiro ano de tratamento acompanhou-a, Rosinha recusou o almoço, mantendo uma conduta aparentemente reivindicatória frente a esta. Um de seus escritos é bastante esclarecedor sobre a qualidade de sua relação com a irmã:

Estou com uma GRANDE tristeza, mesmo assim eu gosto daqui [casa da madrinha de sua irmã], é por causa da minha irmã. Pois eu não sei o porquê, mas eu me sinto bem perto dela. Só consigo comer se ela comer junto comigo. Um tempinho que ela se ausenta para fazer suas atividades domésticas, eu já fico com medo e triste. [...] parece que algo ruim vai acontecer comigo.

Comportamentos manipuladores também eram relatados com frequência, como na ocasião em que fora estipulado pela primeira vez um Projeto Terapêutico (PT) para esta, determinando os dias que deveria ir ao CAPS. Logo depois esta é novamente internada, apresentando “crise de agitação”, “gritos” e ameaças de “ingerir material de limpeza”.

Suas mudanças de comportamento eram observadas especialmente pelas equipes dos plantões noturnos, que ressaltavam com preocupação certo desejo mórbido em Rosinha, mas que a meu ver, não passavam de elementos a compor sua cena.

Usuária muito agitada, alucinando, gritando dizendo que estava muito agoniada, pulou o muro, foi resgatada pela equipe, falando que ia morrer. Descobrimos dentro de seu caderno um pacote com medicamentos. A mesma queria ingeri-los, pois tentava se matar. Também encontramos em seus pertences, meio copo de um líquido azul (parece detergente) que guardava para beber.

Certa vez Rosinha me escreveu uma carta agradecendo um passeio cultural que participou comigo. De fato ela estava sempre escrevendo cartas doces para aqueles que, por algum motivo, caíam em suas graças. Mas este lado meigo logo se desfazia quando algo lhe frustrava nessa relação, mostrando sua outra faceta.

Do lugar de vítima, por vezes fazia queixas do CAPS e da equipe para alguns técnicos que se disponibilizavam a ouvi-la, dizendo sentir-se bem no serviço, mas que as pessoas “não acreditavam” nela.

Nas Assembleias Gerais – momento político e de integração no CAPS entre usuários, familiares e trabalhadores – Rosinha estava sempre presente, uma vez que se configurava como uma atividade propícia às suas falas queixosas e por isso exigia encaminhamentos com a devida técnica requerida aos coordenadores. Nestes momentos, ela se queixava de tudo: questionava, por exemplo, a alimentação ofertada no serviço, tanto no que dizia respeito à quantidade, quanto à qualidade, assim como os profissionais que a serviam; queixava-se da falta de medicamentos; da falta de oficinas e demais ocupações... Ofertas estas que, paradoxalmente, eram quase sempre recusadas pela mesma!

Foi possível notar, ainda, que as demandas de Rosinha eram diferentes para cada técnico, em conformidade com as competências de cada um, mas também com a qualidade da relação estabelecida: para a enfermeira, em um registro de que estava agressiva com todos, esta se justifica dizendo que estava “há quatro dias sem tomar medicação”. Em outro relato, dizia para sua Técnica de Referência que não estava fazendo uso da medicação “porque não tinha”. Para uma estagiária nova no serviço, disse que iria “tomar medicação com álcool porque lhe disseram que dá um efeito legal”. Para a Assistente Social, queixava-se de que “não se alimentava porque não tinha dinheiro” e fazia também vários pedidos para ficar acolhida no CAPS, justificando questões de moradia. Ou seja, para cada um dos técnicos, a paciente parecia falar o que queriam ouvir.

Na relação com a médica, era interessante que, diante das informações da equipe sobre sua recusa em tomar a medicação, por exemplo, Rosinha dizia que os técnicos estariam “mentindo” porque não iam “com a sua cara”. Em outro exemplo, justificava seus atos dizendo que tinha “uma coisa mais forte que ela”, “que entrava e não conseguia se controlar”, daí sentir muita raiva e vontade de agredir. Penso que aí ficou por várias vezes demonstrado o lugar desta profissional na relação transferencial: mãe boa que a supria e cujo amor era incondicional.

4.1.2 Rosinha quer um mestre...

Assim, à medida que as consultas médicas eram realizadas, o que, aliás, durante as internações aconteciam quase que diariamente, Rosinha ia comparecendo com diferentes queixas, sejam somáticas ou psíquicas, havendo referência desde a “cefaléia constante”, até a “alucinações auditivas e visuais”. Dizia que “falavam” com ela e que “via a morte” quando estava só. E em outro momento que “não viu mais a morte, porém sentia que a morte ia esperar lá fora” e “que ia andar pelo cemitério, que é o lugar que mais gostava”. Mas suas queixas de “alucinações auditivas” eram pontuais e evasivas, ora dizendo ver “morcegos” e “insetos” a seu redor, ora dizendo ver “cobras” e em outros momentos referindo ver “bichos” na comida. Ou seja, fenômenos que diziam mais de uma necessidade de ignorar a realidade do que propriamente de repúdio a mesma, tal qual observado nos quadros psicóticos.

Nestes momentos, ainda, Rosinha aproveitava para falar de suas proezas, que passava pelo buraco do ar condicionado e ia para o quintal, ou que puxava o próprio cabelo, numa primazia total de fantasias. As “ideias suicidas” eram também verbalizadas nas consultas médicas em tom de ameaças, e em geral quando esta se mostrava contrariada com alguma coisa.

Noto assim que, progressivamente, os registros destas consultas vão se constituindo em verdadeiros tratados e as lamentações da paciente são cada vez mais recheadas de detalhes. Isto acabava por reforçar sua permanência no leito de observação e também por incrementar mais ainda o arsenal de medicamentos prescritos, seja aumentando as dosagens, seja modificando as combinações. Alterações constantes, dando por vezes a impressão de que se buscava a fórmula ideal, um ajuste perfeito para sanar os males de que se lamentava nossa paciente. Ou, de que se tateava no escuro, demonstrando a dificuldade da profissional de se encontrar com a falta de respostas. De qualquer forma, uma busca frenética reforçada de muitas maneiras, como nos exemplos:

Usuária poliqueixosa, foi levada a emergência psiquiátrica [...] fez injetável e foi alterado esquema medicamentoso. Segundo médica que atendeu na emergência talvez esteja submedicada com antidepressivo.

A usuária passou o turno da manhã inquieta, referindo ansiedade. Foi retirada pelos téc. enfermagem que estavam na sala de atividades da área externa, pois possivelmente queria se jogar do local. Sugerimos que a médica da tarde faça uma avaliação da mesma.

Há também, portanto, um predomínio por parte da equipe psicossocial de encaminhamentos médicos frente às queixas de Rosinha, mais uma vez reduzindo suas ações

à farmacoterapia. Os imperativos médicos do tipo “usuária deverá fazer toda medicação no serviço” acabavam determinando seu projeto terapêutico junto ao CAPS, cujos dias, horários e mesmo sua permanência em acolhimento tinham na maioria das vezes o propósito único de uma eficiente administração dos medicamentos.

Assim, chegou-se ao ponto de que tomar ou não tomar os medicamentos tornou-se a referência única na direção de seu tratamento; tratamento este que parecia visar, acima de tudo, à domesticação de Rosinha. Mas, ironicamente, as recusas ao uso da medicação, ou mesmo alguns indicativos de que ela estava “fingindo” tomar os medicamentos eram frequentes, demonstrando a rebeldia própria à histeria.

Deste modo, o uso do medicamento parecia virar também moeda de troca nas relações de Rosinha dentro do CAPS, havendo quase sempre referência de que esta “resistiu” a medicação, mas com “jeito”, “insistência” de alguém da equipe, aceitava. Neste contexto, as falas de cunho educativo eram apresentadas como possibilidades de “intervenção”: “usuária é resistente à medicação tanto via oral quanto parental, porém há necessidade de orientar a usuária (que é consciente) quanto à importância da medicação em seu tratamento”. O problema se torna, ao que parece, de quem não consegue convencê-la.

De outra maneira, a relação com os medicamentos acabava evidenciando também os paradoxos característicos da histeria, como por exemplo, quando Rosinha passava dias sem ir ao CAPS, e depois chegava contando que ficava o dia todo dormindo em casa e não fazia uso da medicação. Neste sentido, registros como “usuária disse que não ficou bem na terça-feira porque não tomou o remédio”, se contrapunham com outros do tipo “usuária evadiu-se do serviço para não fazer injetável” ou “irmã da usuária informa no CAPS que esta não quer tomar remédio no fim de semana porque tem gosto ruim”.

De alguma maneira, Rosinha estava sempre burlando, questionando as condutas dos técnicos. E assim, mestre da falta, das oposições, o que a histeria escancara, como vimos, é a ambiguidade das coisas. Consequentemente, conflitos foram gerados entre as equipes do CAPS, que passavam a se fazer acusações mútuas.

Posições críticas eram tomadas especialmente por parte das equipes do noturno, cujo contato com a paciente era mais pontual. Questionavam, por exemplo, a falta de critérios no serviço para a guarda dos objetos considerados perigosos, fazendo pedidos de maior atenção dos demais técnicos com relação a produtos deixados a vista e com acesso dos usuários. Sobre este aspecto, me recordo que, intrigada, ouvia dos funcionários mais antigos que não havia essa diferenciação com relação aos usuários no que dizia respeito ao uso de objetos e espaços,

ainda que considerados por estes como potencialmente perigosos, pois isso seria tomado pela gestão como “manicomial”.

Houve algumas discussões também entre as equipes acerca do comportamento de Rosinha, especialmente quando esta dirigia sua agressividade a algum técnico com o qual, em geral, parte da equipe também nutria algum tipo de queixa. Certa vez ela jogou um garrafão de água em um profissional e chamou-o de “funcionariozinho”, dizendo que “se quisesse”, o “colocaria pra fora do serviço”.

Em outro episódio, a mesma tentou jogar água em uma funcionária, e os técnicos discordaram frente às intervenções. Aqui a posição da gerência do CAPS é criticada após sugerir que apenas uma pessoa interviesse com a usuária em momentos de conflito. Alguns tomam partido da funcionária, alegando que Rosinha era uma paciente “difícil”, e que “não dava para intervir sozinha com ela”, e ainda, que isso “foi aprendido em curso” e que os usuários estariam ali para “serem tratados e não para agredirem funcionário”. Enfim, discursos moralistas sobre certo e errado, que pouco dizia da paciente e de uma condução terapêutica para o caso, visto que eram os próprios técnicos que acabavam se colocando em posição de desamparo e demandando cuidado.

Assim, as acusações também giravam em torno de críticas sobre o tipo de relação estabelecida por parte de alguns funcionários com Rosinha. Por exemplo, o dia em que chegou ao serviço e ficou irritada, passando a chutar e quebrar objetos no local porque não encontrou alguns mantimentos na geladeira que dizia lhe pertencerem, mas os quais a equipe presente dizia não saber do que se tratava. Um dos encaminhamentos veio em seguida:

Equipe decide [...] que usuária só poderá receber ajuda dos funcionários fora da instituição, bem como a geladeira é de uso exclusivo interno e não mais se responsabilizará pelos alimentos que usuários pedem para guardar, pois usuária alegou ter sumido comidas do local.

A equipe então, por vezes, passa a indicar medidas mais duras com esta, como diante das recusas em tomar medicação, passando a contê-la fisicamente no CAPS, situação esta que mobilizava tanto os técnicos quanto os demais usuários. Ou seja, o psicossocial tomava para si intervenções baseadas em uma terapêutica preponderantemente fisiológica, sem se questionar sobre sua razão de ser, e mesmo sobre a eficácia de tais ações.

Numa dada ocasião, há o registro de que esta foi para o quintal e passou a jogar-se e debater-se no chão, queixando-se posteriormente com a gerente sobre a intervenção da equipe neste momento, que havia lhe contido fisicamente para que esta fizesse uso de injetável. Neste

momento, a situação passa a girar em torno dos pedidos de ponderação por parte da gerente, enquanto a equipe defendia-se das (supostas) acusações.

Em alguns registros mais isolados, é observada a necessidade de alguns profissionais, em geral de nível médio e fundamental, de enfatizar o comportamento manipulador da paciente, demonstrando um claro incômodo com esta e colocando em questão a função terapêutica do CAPS:

Usuária agrediu uma técnica e depois foi pedir desculpas [...] Está preocupada em ser cortada do passeio de lazer.

Usuária no serviço, foi contrariada [...] nesse momento chutou o balde com objetos de limpeza, jogou cadeira e o balde para outro lado do muro. Feito intervenção, a mesma mostrou claramente que estava bem.

Usuária não quis almoçar e jogou a quentinha sobre a mesa. O motivo: queria escuta no horário do almoço de sua TR; como o horário era impróprio não foi atendida realizando tal ato. No momento encontra-se irritada no leito. Usuária está bem e consciente de seus atos.

Observa-se, além disso, a rapidez com que as mudanças de terapêutica ocorriam, sugerindo respostas reativas e insegurança no lidar com a paciente por parte da equipe. Num dado momento, é sugerido um Projeto Terapêutico para a mesma, e dois dias depois a equipe sugere redução deste devido sua “dificuldade de relacionamento com outros usuários” no CAPS.

Houve, inclusive, proposta de transferi-la para outra médica assistente, na tentativa de melhorar o problema da falta de comunicação com os médicos. Assim, a cada movimento de Rosinha, um efeito correspondente era notado na equipe, muitas vezes rivalizando com esta, e outras vezes respondendo com atitudes superprotetoras.

A equipe parecia, com isso, oscilar junto com a paciente. E se, por um lado, questionavam a excessiva presença de Rosinha no serviço, entendendo esta como prejudicial e sugerindo em vários momentos redução do Projeto Terapêutico e estratégias de incentivo a seu desligamento do CAPS, por outro lado, acatavam-se as decisões da médica, a qual estava sempre sugerindo a administração da medicação de Rosinha no serviço, e, portanto, a manutenção desta na instituição, na tentativa de obter assim mais controle sobre a mesma. Vimos aí a potência do discurso médico, especialmente nos casos considerados mais graves por parte da equipe.

Em outro exemplo, num mesmo dia observam-se dois registros divergentes: um que dizia que a usuária não ficaria em acolhimento noturno, outro indicando- o. Sem direção para o tratamento, o fato é que Rosinha permanece numa condição de tutela do CAPS e a equipe se vê obrigada, no que sugere, a justificar isto constantemente com falas do tipo:

Usuária permanece no serviço por falta de lugar para morar;
Usuária permanece no serviço porque não está bem;
Solicito para hoje acolhimento noturno e observação da usuária, pois em seus poemas demonstrou ideação suicida;
Devido sonolência, permanece em acolhimento;
Queixa-se ouvir vozes que a mandam se matar. Fica em acolhimento noturno;
Chegou com pele fria e tremores, referindo uso irregular da medicação. Foi acolhida.

Atitudes imediatistas também pareciam ser confundidas com resolatividade, como no exemplo em que havia menção a uma “tentativa de suicídio” por parte de Rosinha e o que se encaminha é: “Fica acolhida agora [mas] Deve ser liberada pela manhã”. Ou, como em um dado momento em que se apresentava “calma, acessível, almoçou, tomou medicação”, mas ao ser encontrada de posse de uma faca, foi considerada com quadro instável e internada novamente.

Em outras vezes ainda, observa-se uma espécie de miscelânea entre o que é da ordem do cuidado e o que é da ordem das contingências do serviço público, perdendo-se o referencial técnico nas intervenções:

No final do plantão, a usuária [...] pegou um garfo e tentou se jogar da sacada. Devido a equipe reduzidíssima, não há condições de mantê-la no acolhimento (há somente 01 enfa. e 02 téc. de enfermagem no plantão noturno). Será levada para a emergência psiquiátrica.

Mas além das ofertas de medicação e de acolhimento, foram várias as intervenções da equipe que não levaram em consideração as contradições e lógica própria do desejo histórico: encaminhamentos para cursos que não ia; participação em vários passeios, após os quais permanece bem, para logo em seguida retornar com todas as suas queixas; encaminhamentos para consultas com clínicos e especialistas que recusava e justificava-se, por exemplo, dizendo que não ia porque tinha “medo de tirar sangue”; assim como incansáveis pedidos de cestas básicas, sendo que Rosinha recusava constantemente o alimento.

Por outro lado, é válido ressaltar também que, o modelo médico, ao contrastar com o ideal de *desinstitucionalização* e *ressocialização* da clientela usuária dos CAPS, parecia ser gerador de angústia por parte da equipe que, sem referências, via-se absorva em opiniões pessoais e “achismos” por parte dos mais vários profissionais, rechaçando tudo aquilo que lhes tirava da comodidade de uma rotina. Também sabemos que, se realmente houvesse um trabalho em equipe, onde cada membro tivesse seu saber sobre o sujeito compartilhado e cuja direção de trabalho fosse construída a partir do não saber de cada um, não haveria necessidade de um Outro absoluto a ser eleito.

4.2 Um lugar para a equipe

Diante das constantes denúncias de Rosinha, em dado momento há o reconhecimento por parte de alguns trabalhadores, e mesmo equipes, quanto a dificuldade em lidar com a usuária, convocando a Técnica de Referência para discutir seu caso.

Por vezes foram pensadas algumas tentativas isoladas de estudos enfocando a questão do diagnóstico e direção de tratamento: “Gerente coloca a proposta da [médica] que pretende discutir os casos dos usuários que não tem quadro de psicose, mas acabam mobilizando muito os funcionários do serviço”. Uma sugestão interessante, mas que, no entanto, tinha um envolvimento pontual de alguns técnicos e também, no final das contas, restrita ainda ao saber médico.

Ocorriam Reuniões Gerais a cada mês, assim como a cada quinzena havia Grupos de Reflexão com os trabalhadores coordenados na época por um profissional psicólogo com experiência com grupos, e Supervisões Clínico- institucionais por uma professora com formação em psicanálise, ambos contratados pela Secretaria de Saúde do Município. Tratam-se de ferramentas importantes na condução de um trabalho como o do CAPS, mas acontece que os assuntos técnicos discutidos pareciam ter pouca repercussão no cotidiano do serviço, com ações fragmentadas e por isso pouco consistentes. As demais capacitações em saúde mental, quando ocorriam, ficavam em geral voltadas para discussões sobre a Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental, pontos estes problemáticos quando se leva em consideração a importância da gestão e da clínica serem pensadas de maneira indissociáveis.

Certa vez, ante os recorrentes conflitos entre os usuários, uma equipe do noturno propôs uma reunião extraordinária com aqueles que se encontravam acolhidos no leito. O objetivo era “discutir os diversos acontecimentos de agressividade” no CAPS. Nesta reunião, Rosinha “irritou-se” e “alterou a voz” quando foi falado sobre respeito, denunciando que alguns funcionários não respeitavam os usuários, que os mesmos “não eram bonzinhos”, e que estavam no CAPS porque eram pagos, assim como os objetos (televisão, telefone, rádio etc.) eram dos usuários!

Na ocasião, foi aludida por parte dos profissionais a “falta de homogeneidade nas condutas” técnicas, que acabavam “confundindo e até reforçando determinados comportamentos” nos pacientes. Ou seja, sem uma direção clara de tratamento, a equipe ficava ao sabor dos acontecimentos e das possibilidades de respostas individuais de cada

técnico. Ou mesmo funcionavam como o efeito de uma cola do grupo, a partir de certa “identidade grupal”, apresentando respostas defensivas ou cristalizadas, e com isso motivando intervenções que acabavam fadadas ao fracasso.

Assim, o trabalho em equipe, como uma das ferramentas principais de intervenção nos centros de atenção psicossocial, passa a ser iatrogênico, onde ao invés de possibilitar o encontro entre os sujeitos e o sentimento de pertencimento a um grupo, a relação do sujeito em sofrimento psíquico com os profissionais acaba muitas vezes por potencializar ideias persecutórias, marcada por sentimentos hostis e de caráter regressivo.

4.2.1 Rosinha, a que ninguém quis escutar...

Como estou hoje
Uma folha seca caída no chão
Tudo é tristeza tudo... é solidão
Meu viver é triste e cheio de dor.

Mas de fato, não podemos dizer que à Rosinha não fosse dada atenção. Talvez até esta atenção fosse excessiva, se levarmos em consideração que, na relação de um sujeito ao outro, conforme os ensinamentos da psicanálise, consequências importantes podem se dar não pela falta, mas pela “falta da falta”. Era a palavra de Rosinha que não era levada a sério.

Observo que após registros minuciosos acerca dos comportamentos impulsivos e conduta pueril da paciente, há sempre referências do tipo: tal profissional “conversou” ou outro “aconselhou”, no que a observação de uma técnica certa vez: “A usuária mostra grande demanda de atenção e escuta”.

A expressão “escuta” realmente era muito utilizada no discurso da equipe, demonstrando a influência da psicanálise neste campo, porém esta não passava de um ritornelo no CAPS, de um encaminhamento cuja implicação clínica era bastante restrita, em geral correspondendo a falas de cunho moral e/ou educativo, numa lógica do fazer, já que as dimensões subjetivas passavam ao largo das intervenções da equipe.

Em outro exemplo, em que Rosinha pulou o muro do serviço em um plantão noturno e “voltou 5 minutos depois da fuga”, com “pensamento acelerado” e “sem crítica de sua situação”, foi sugerido fazer rodízio para “atendê-la”, não a deixando “sozinha e isolada”. Tal intervenção sugeria de fato simples companhia, continência de afeto e cuidado, sem maiores questionamentos sobre as concepções de doença mental e o modo de operar.

Por vezes são encontrados registros no livro de ocorrências por parte da Psicologia sobre a dinâmica psíquica de Rosinha, principalmente quanto a seus sentimentos ambivalentes com relação ao CAPS, de sua “agitação” especialmente nas passagens de plantão, da angústia que lhe acometia em geral à noite, “necessitando”, com isso, de “mais atenção neste período”. Neste sentido, muitas são as justificativas colocadas por parte da equipe para os atos da paciente, como no exemplo:

Usuária com quadro de nervosismo, agitação, querendo tomar remédio fora de hora. Relato que a mesma estava bem, porém com os problemas apresentados pelos usuários que fazem tratamento no serviço alterou o seu quadro de saúde. Amanhã a TR fará visita domiciliar para tentar resolver esta situação.

Ha ainda registros de sua Técnica de Referência que sugerem uma tentativa de amenizar o humor de alguns profissionais diante das intempéries da paciente: “A situação da usuária no CAPS [...] é passageira”.

Na psicoterapia eram feitas pontuações acerca das consequências de seus atos impulsivos, especialmente diante de suas desavenças no CAPS, nas quais ameaçava de “fazer e acontecer”. Em atendimento comigo estendia-se bastante no relato de acontecimentos ocorridos na instituição e, sem muita implicação, falava que “não lembrava” do que fazia, das intenções de seus atos. Com isso, Rosinha sempre se mostrava surpresa, com ares de exterioridade e indiferença diante do que lhe ocorria em momentos de conflitos.

Ou seja, um *não querer saber nada disso* característico da neurose, mas que também, penso eu, era reforçado pela posição alienante que esta se encontrava diante das condutas medicamentosas excessivas empregadas em seu tratamento, e as quais constantemente Rosinha recusava, do mesmo modo que se recusava habitualmente em participar das oficinas terapêuticas e demais atividades ofertadas pelo CAPS.

Diante dos vacilos de Rosinha, me reporto a sua Técnica de Referência dizendo que a mesma não tinha “demanda para psicoterapia”, fazendo alusão às suas faltas e “resistência” ao tratamento, tendo me disponibilizado a atendê-la apenas “pontualmente”, quando a paciente “me solicitasse”. Acontece que, de várias maneiras fica claro também que minha oferta de atendimento se fazia de maneira pouco comprometida, tendo ocorrido um episódio, por exemplo, em que Rosinha fora encontrada, no horário da sessão, em outra atividade terapêutica, sendo o atendimento imediatamente remarcado, sem que isso fosse minimamente problematizado e não havendo também registro de ter sido de fato atendida depois. Ou seja, será que era só Rosinha que não queria *saber Disso*?

Noto, ainda, que os atendimentos psicológicos logo tomam o rumo de uma verdade institucional onde, por exemplo, passo a fazer intervenções acerca de seu uso irregular da medicação, tal qual o restante da equipe. Portanto, a oferta de escuta, mesmo de minha parte, não se fazia de maneira decidida e seu lugar, ao que parece, não fora demarcado, o que pode ser constatado também pelo fato de que Rosinha estava sempre sendo atendida ou fazendo solicitações de “escuta” para outros técnicos.

Tratam-se, assim, de concepções de uma clínica que, na melhor das hipóteses, acaba conduzindo o paciente com promessas de bem-estar, utilizando-se dos poderes da sugestão e da identificação. Ou seja, um misto de terapia pedagógica e de culpabilização, com forte apelo à realidade concreta.

Por outro lado, é válido ressaltar que, além dos atendimentos individuais, meu contato com a paciente era constante no serviço, seja em plantões, seja nas demais atividades coordenadas por mim. Neste sentido, algumas situações institucionais eram colocadas de modo que eu as resolvesse frente à usuária, sendo muitas das vezes a representante das regras do serviço. Neste ponto, não seria válido nos questionarmos o quanto isso pode vir a ser um complicador no estabelecimento da relação transferencial no contexto de uma instituição? Penso que principalmente quando esta não se dá de fato pelas vias do inconsciente ou, dito de outro modo, quando o lugar de analista não foi ocupado.

4.2.2 O apelo à realidade

Logo, diante da dificuldade da equipe na condução do caso, a partir do segundo ano de tratamento Rosinha já se encontrava mais irritada, menos “tolerante às frustrações”, apresentando vários episódios de “acesso de nervosismo” e “ansiedade”. Suas façanhas continuavam a ser constantemente relatadas, ocupando boa parte dos registros do cotidiano da instituição, e ‘novas personagens’ de uma ‘velha história’ surgem, incrementando os recursos terapêuticos: o uso do neuroléptico de depósito passa a ser constantemente referido quando esta se encontrava agressiva, como no exemplo: “Usuários a apelidaram e esta se armou de faca e pedaços de pau para agredi-los. Verificar se tomou o pipartil este mês”.

Em seus últimos meses no CAPS, os conflitos com Rosinha são ainda mais frequentes tanto com os usuários – em geral os que também demandavam bastante da equipe –, quanto com os técnicos do serviço. Os relatos a mencionavam como “agressiva”, “pornofônica”, “sem escuta”, “desorientada”, “confusa”.

Em um episódio ateou fogo em objetos, rasgou prontuário e ameaçou ferir funcionários, tornando-se assim, repetidos os encaminhamentos para a emergência psiquiátrica, ou mesmo ameaças, por parte de alguns técnicos, de levá-la quando não se observava melhora ou quando se comportava de maneira “manipuladora”. As ameaças de encaminhamento para a Emergência psiquiátrica eram tomadas como retaliação, uma vez que vários usuários davam seu depoimento de terem estado lá, referindo isso como uma experiência ruim, sendo considerado pela maioria um lugar de maus tratos. A emergência, de fato, era considerada como o último recurso terapêutico no CAPS.

Equipe avalia que está sendo recorrente [...] posturas da usuária [...] de frequentemente ameaçar e estimular os outros usuários para fazerem o mesmo contra os trabalhadores.

Suas contradições agora são mais intensas, e enquanto se fazia ser apanhada roubando medicamentos de outros usuários (por vezes fugindo ou escondendo os mesmos, como se ali indicasse um objeto valioso para si), por outro lado suas recusas à medicação também passam a ser colocadas para a equipe de maneira mais enfática, parecendo já não estar tão disponível a negociações. Era como se agora fizesse questão de dizer que conhecia as regras do jogo e delas também soubesse fazer uso. Sobre isso, alguns relatos parecem bem esclarecedores:

Usuária pediu café preto que foi negado e em troca ofertado Nescau. Nesse momento ficou exaltada, pornofônica, passou a recusar a medicação dizendo “quero piorar mesmo”. Usuária passa a fazer ameaças de jogar TV no chão, dizendo que ela é dos usuários e não dos funcionários e por isso pode fazer o que quer com ela. Sem escuta, pula o muro depois de duas horas e não retorna.

Usuária trancou-se no banheiro, xingou, falou de seu ódio de todos [...] tentou fugir, jogou travesseiros para a rua, ao ser impedida de sair deitou-se no chão e ao ser colocada a força pra dentro da casa passou a gritar que queria morrer. Fala da família, da falta de perspectiva de vida, não sente melhora no tratamento, apesar da quantidade de remédio que toma [...]

Acontece que, na ocasião, seu esquema medicamentoso já era bastante imponente: pipartil + cinetol + fluoxetina + clorpromazina + neozine + diazepam e mais injetável (haldol+fenergan) em situações de crise. Mas este tipo de resposta parecia não ter limites, e Rosinha continuava sendo encaminhada e receitada por médicos nos momentos de conflitos, chegando-se ao ponto da equipe propor um tratamento de choque para esta, que foi levada para a emergência psiquiátrica e lá ficou internada pela primeira vez.

Diante deste fato, Rosinha retorna depois de quatro dias para o CAPS com humor significativamente melhorado. Ela tornou-se participativa nas atividades e passou a fazer comentários enaltecendo as ações da equipe, falando aos demais usuários da “necessidade de uma maior valorização dos profissionais e objetos no CAPS”. Foi neste período que Rosinha escreveu um poema para a equipe que, por ser emblemático da maneira como esta se relacionava nestes momentos, segue por inteiro em Anexo (1).

Ocorre que, como era – ou ao menos deveria ser – de se esperar, esse seu comportamento se manteve apenas por alguns dias e logo voltaram os conflitos, o que aparentemente contrapôs-se ao fato de que a esta altura a equipe encontrava-se bastante empenhada em resolver o que acreditava ser seu problema.

Observamos que sua instabilidade emocional está relacionada à falta de moradia. Por isso a equipe tomara a seguinte providência: faremos ofícios para deputados/vereadores/madeireiras para requisitar materiais para acabar a construção da casa. Será feito um bingo beneficente para arrecadar fundos. Um usuário do serviço, que é mestre de obras, se dispõe a fazer lista de material necessária.

Várias alusões eram feitas por parte dos técnicos ao sentimento de “angústia” e episódios em que Rosinha se apresentava chorosa por não ter onde morar e, por outro lado, ao aludirem comportamentos indesejáveis de Rosinha, era também comum fazerem uma relação direta com o fato de o CAPS estar supostamente “assumindo problemas sociais”, não sendo esta “a” função do serviço. Com isso, dá-se início aos questionamentos dos casos acolhidos no serviço com “problemática social”, colocando como papel da gerente a “resolução dessas situações que remetem a questões de abrigamento”.

A ideia de construir um lugar para morar era vez por outra retomada ao longo do tratamento de Rosinha, mas esbarrava, a princípio, na relutância da avó, dona do terreno, em ceder o mesmo. Foram necessárias muitas visitas até que se chegasse a um acordo mínimo com esta familiar, intermediado pela irmã de Rosinha. Na observação dos técnicos, a família se mostrava “resistente” a aceitar a usuária.

Para ajudar na construção do espaço de Rosinha, foi feita uma espécie de campanha no CAPS onde, por exemplo, numa festa cultural, algumas brincadeiras tiveram retorno financeiro para esta, assim como outras pessoas, sejam trabalhadores, usuários e até familiares de usuários a ajudaram individualmente com doações. Com isso, já se vislumbrava uma solução para seus problemas.

Entretanto, mesmo com o andamento da construção, as queixas de Rosinha continuavam frequentes com relação ao local que ainda estava morando, lamentando-se

quanto às restrições de horário e dificuldades na relação com a amiga e família desta, assim como referia constantemente outros percalços para a construção da casa como a insuficiência dos valores que dispunha, o fato de um de seus irmãos ter furtado parte deste dinheiro (SIC) e ainda as informações atravessadas de que a avó, por vezes, dizia não mais aceitar a construção em seu terreno, no que a resposta da equipe foi imediata frente a isto: “Será dada entrada com denúncia no Ministério Público e Visita Domiciliar à avó.”

Observo que a posição questionadora de Rosinha acabava por provocar uma reação em larga escala na equipe que, mesmo sem levar em consideração os aspectos subjetivos presentes nas situações concretas de cada caso, se via mobilizada de várias maneiras e implicada em diversas frentes de atuação, quando disposta a isso.

A utilização de mais protocolos no serviço é sugerida na tentativa de evitar situações de abandono no CAPS, assim como proposições estratégicas de maior envolvimento do Ministério Público (MP) com os casos de vulnerabilidade social acompanhados pelo CAPS, e provocações para a criação das residências terapêuticas no município. Mas entre sinais e sintomas, protocolos e procedimentos, é mais uma vez o sujeito que se perde no campo do psicossocial.

Assim, com o tempo, à medida que nesta posição a equipe se colocava, observo que Rosinha passa também a demandar mais desta uma solução para “seu problema” de moradia. Com isso, seus acolhimentos no período da noite no CAPS, quando não explicados por seu quadro psiquiátrico, viram quase uma obrigação, com justificativas as mais banais possíveis: porque estava com “tontura”, “cefaléia”, “porque não tinha dinheiro pra voltar pra casa”, “porque a pessoa com quem estava morando viajou” ou simplesmente “porque não tinha onde morar”.

A última visita feita a casa da avó foi realizada por mim e outra colega psicóloga, e o objetivo era “chechar informações” de que a avó teria cedido novamente o espaço para continuidade da construção do quarto. Nesta visita, além da avó ter referido que de fato não se recusava a construção, por outro lado não se sentia responsável pela paciente e entendia que esta deveria voltar a morar com a mãe. Também responsabilizava a neta pelo que lhe ocorria, devido seu humor instável, além do fato de ser agressiva com todos. Falou ainda de sua filha, mãe da paciente, como uma mulher muito sofrida, especialmente pelos problemas com os filhos homens, todos envolvidos com questões na justiça.

Noto, assim, que a família até então sempre fora culpabilizada pelas agruras da paciente, sendo os conflitos vivenciados com esta o grande mote das discussões no serviço sobre o estado de Rosinha, cuja instabilidade era quase sempre a estes relacionada. Como

exemplo, um registro da equipe em que se lê: “Quadro psiquiátrico estável, porém comunica sobre conflitos familiares os quais têm repercutido no seu humor irritado [...] [portanto] Não aderiu ao Grupo de Autos- cuidados”.

Em vários momentos ainda observo relatos em que a família é trazida com muitas expectativas por parte dos técnicos, como se exigissem desta ocupar um lugar que os próprios técnicos não davam conta. Esperava-se, por exemplo, que esta estivesse disponível para ir ao CAPS a cada novo encaminhamento para a usuária. Sem falar que tais direcionamentos, quase sempre confusos, acabavam envolvendo também os familiares no formato do laço estéril estabelecido a partir de uma terapêutica eminentemente medicamentosa. Aqui, o fato de Rosinha se encontrar no CAPS “ansiosa, angustiada, chorosa” depois de um final de semana com a família, era imediatamente relacionado ao uso irregular da medicação e aos familiares eram dirigidos comentários como: que “não estavam colaborando”, e de que seriam responsabilizados, “mesmo a contra gosto”, pela medicação da usuária.

Ou seja, além da relação de tutela com a paciente, não se levou em conta o que seria possível esperar desta família. Embora angustiados com sua impotência, os técnicos continuavam lançando mão dos únicos recursos que julgavam disponíveis. Uma trama de difícil desenlace nos termos em que era colocada, uma vez que ao tomar a paciente em posição de vítima, à equipe só restava o sentimento de culpa a cada “tolice” não tolerada por parte desta, face sua identificação com a família não cuidadora, cujo amor não fora suficiente para suportá-la.

4.2.3 Equipe X Rosinha, a indomável

Quantas mães e esposas loucas,
Pelo drama de um momento,
Quantos milhares de bocas,
Uivando de sofrimento!
Quantas crianças nascendo,
Pra morrer em seguida
Quanta carne se rompendo...
Quanta morte pela vida.
Que mundo de mal amadas,
Com as esperanças perdidas,
Que cardume de afogados!
Que pomar de suicidas!

Por fim, afóra as questões que passam pelas falhas na rede de atenção em saúde mental no que diz respeito às possibilidades de encaminhamentos que cada caso possa vir a requerer, observa-se que depois de algum tempo abrigada no CAPS e tantos outros de idas e vindas,

cuja queixa principal girava em torno da moradia, a equipe, mobilizada diante de tanta miséria e (também) já não sabendo o que fazer com Rosinha, deu-lhe o que pedia: uma casa para morar.

Mas, para a surpresa da equipe, Rosinha não reagiu com a gratidão que a maioria parecia esperar. Ao responder à demanda da paciente, foi seu desejo que deixou de ser escutado e as implicações disso pudemos testemunhar.

Desde o início era à equipe que Rosinha se endereçava e, no entanto, como em um diálogo de surdos, ambos se reportavam um ao outro em registros diferentes, onde a lógica do sintoma histérico parece ter escapado a esta, trazendo consequências para a instituição e para o sujeito em questão.

Assim, nos dias que seguem à construção e últimas providências para sua casa, a expectativa de ir morar nesta foi motivo para muitos episódios que por fim culminaram com a alta definitiva de Rosinha do CAPS. Comportamentos seus de desdém e recusa de cuidados anunciavam sua alta, como se ela soubesse que nada mais era possível ser-lhe ofertado por parte da instituição.

A equipe percebera em seu movimento o “medo em assumir [...] sua própria vida e [...] também de abandono”. Entretanto, em uma atitude pedagógica, reforçavam a ideia de “darem limites” para esta, porque assim acreditavam estar lhe ajudando a “assumir esse novo papel”.

No último retorno com sua médica assistente, Rosinha se queixou bastante do CAPS, dizendo “ainda bem que já iria para seu quarto”, frase esta sucedida de uma “crise de choro”, demonstrando muito mais que uma rebeldia, e sim um pedido de ajuda. No mesmo atendimento ela também enfatizou para a médica que “não gostava” (ou seria, não acreditava?) de haldol e cinetol, os quais faziam parte de sua prescrição. Após este episódio, algumas observações são exemplares:

Usuária recusou medicação, diz estar em excesso, foi para o quintal e só voltou às 2h da manhã;
Usuária com comportamento infantil, recusando medicação;
Usuária ainda com resistência a tomar os medicamentos alegando não precisar mais, pois está curada; ou,
[...] ainda com ideias de não querer tomar a medicação como represália a conduta médica em manter o esquema medicamentoso.

Posteriormente, foram consecutivos os registros de que a mesma faltara, retirou-se ou simplesmente não quis ficar mais para consulta médica. Sua recusa era clara e não dizia mais respeito apenas à medicação: era o mestre que havia sido destituído.

Por fim, de uma maneira sobretudo simbólica, ela rasga seu prontuário (o que compromete em parte a coleta desta pesquisa) e fala para sua Técnica de Referência que também não queria mais fazer psicoterapia, último laço a ser desfeito. Poucos dias depois, ao chegar ao CAPS, sua sentença já havia sido dada:

[...] em função da recusa da usuária em realizar seu PT, faltar consulta médica, verbalizar que não necessita do serviço, a mesma será encaminhada.

Neste momento me dou realmente conta, com pesar, de que algo havia dado errado...

Dos atendimentos comigo, pouco ou nada ficou de sua verdade, de suas identificações, nada de significantes, nenhuma construção sobre sua posição fantasmática e desejos inconscientes, apenas descrições fenomenológicas de um estado o qual me coloquei o tempo todo também como sujeito desejante (e não objeto).

O que Rosinha supunha de saber *Aquela* mulher? Devastada, bancava o homem em busca de respostas, mas como sujeito, a maior parte do tempo não passei de cúmplice de Rosinha na instituição, platéia para a atuação de seus sintomas, sem conseguir de fato ajudá-la a assumir outra posição subjetiva frente aquilo de que se queixava, continuando alienada ao desejo do outro.

Ao psicossocial, ao que parece, coube simplesmente uma postura insistente para a usuária comer, tomar medicação, comportar-se, permanecer (ou não) no CAPS. À médica, medicar. Do lado de Rosinha, recusa e ao mesmo tempo reivindicação, amor e ódio ao CAPS: por um lado, o que de fato se oferecia a ela, por outro, não era disso que se tratava, e ela sabia. Em seu grito final parecia dizer a todos “Não me dêem o que peço, porque não se trata disso!”, mas dessa condição – do sujeito desejante – a equipe não soube se desembaraçar.

4.3 O que a equipe pode aprender com Rosinha

MEU BARCO
Que cor bonita,
Meu barco azulado,
Navega tranquilo,
Sem ser perturbado
Tem águas tranquilas... que não se agitam,
E deixam o barco correr sem atrito
Que barco pequeno
Bonito e sereno
Como você!
Mais bonito seria
Se não fosse feito de papel

Diante de seu tratamento fracassado, o que nós, profissionais da atenção psicossocial, podemos aprender com Rosinha? Penso que, primeiramente, trata-se de não recuar diante da clínica. De uma clínica que vai se configurar como uma construção permanente.

Desde o início, em suas reivindicações de tratamento, Rosinha recusou-se a ser definida por seus sintomas, ainda que deles se queixasse, posto que o que ela de fato demandava era escuta. Uma escuta atenta que lhe indicasse o que era ela no desejo do outro.

Rosinha não sabia de seu desejo, mas saberia se alguém lhe escutasse e dela fizesse um sujeito. Mas para isso, era preciso acreditar no inconsciente. E neste ponto, Rosinha nos apontou a necessidade de um direcionamento clínico para a instituição. Ela desbancou o saber médico e revelou as nossas falhas, o que deixávamos a desejar. Ao demandar da equipe incessantemente, mostrou-nos mais de uma vez que não se tratava de respostas. Que estas não lhe bastavam, uma vez que o que precisava de um ponto de basta era seu gozo.

Rosinha escancarava a todos a lógica do inconsciente, mas ninguém queria saber d'Isso. Assim, chega-se ao ponto de Rosinha também não querer saber do CAPS. O saber inconsciente nos mostra que, sem ouvinte, não há sujeito. E neste ponto, Rosinha foi uma mestra.

Apesar de tudo, Rosinha foi capaz de fazer uma escolha. Procurou por “águas mais tranquilas” e seguiu seu caminho. Após sua alta esteve ainda no CAPS algumas vezes utilizando-se do leito de observação, conforme solicitação do serviço ao qual fora encaminhada. Ainda em tratamento, penso que lá encontrou um lugar para se lançar em novos questionamentos, em novas posições, seguindo seu caminho rumo ao *tornar-se* mulher.

À mim, particularmente, Rosinha revelou o que poderia ser criado a partir dos meus desacertos. Vale, no entanto dizer, que com Rosinha continuo aprendendo. Mas aí seria outra história.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades com que os profissionais de saúde mental vêm lidando com as questões clínicas nos CAPS levaram-me a interrogar, neste trabalho, sobre o tipo de tratamento ofertado em tais dispositivos de saúde, sobretudo quando o que se coloca diante da instituição é um sujeito histérico.

Para tanto, um estudo de caso foi apresentado e questionamentos trazidos no sentido de se pensar as consequências em termos da direção de tratamento nem sempre clara para estes sujeitos, o que dá margem para que a função dos CAPS venha ser interpretada ao longo dos anos das mais diversas maneiras, e sob várias perspectivas diferentes.

Decerto que, desde o início, a clínica que encontramos nos serviços de saúde mental é fortemente marcada pela crítica ao sistema manicomial, e com a criação do SUS, o modelo asilar de tratamento foi ainda mais criticado. Ocorre que tal ponto de vista, em sua radicalidade, acabou por negligenciar e até mesmo negar o conceito de doença, tomando o doente numa perspectiva unívoca de cidadão, e conseqüentemente negando as diferenças em prol da ideia de um (mesmo) lugar social para todos.

A complexidade de um serviço tipo CAPS, exige mais que atitudes humanitárias respaldadas em um projeto antimanicomial, visto que se trata de um serviço de saúde e para tanto carece de um direcionamento para sua clínica. Uma prática em saúde não pode ser feita de ideologia, ainda que esta esteja incutida em seu horizonte. Sem um discurso próprio, o modo psicossocial de cuidado acaba por ser insuficiente e a Reforma por apostar em serviços frágeis e pouco eficazes no tratamento das doenças mentais.

Na vida cotidiana com a doença mental, há que se sustentar em um saber para isso. Daí o risco do movimento antimanicomial no campo da assistência: diante do real da loucura, a ideologia fracassa e o discurso do médico se faz fortalecido, na medida em que dá respostas para as angústias. Não há espera, o tempo é urgente nos CAPS. Não há tempo para o sujeito elaborar suas questões, uma vez que nesta lógica o que se espera e se promete são respostas imediatas ao sofrimento deste. E o pior é que tudo isto ocorre em depreciação do subjetivo.

É assim que, nos “áridos tempos do cientificismo”, como nos disse Lacan ([1953]1998), a psicanálise vem como proposta de “recriação do sentido humano” (p. 290). Freud faz abertura para o saber inconsciente e Lacan nos instrumentaliza a pensar o sujeito. Sem promessas de bem ou de cura, a psicanálise toma o sujeito e sua verdade como eixo do trabalho clínico. O manejo do analista, neste sentido, deve promover a fala, garantindo uma escuta atenciosa, interessada, sem pressa em resultados, respeitando o tempo singular de cada sujeito, convertendo a pulsão em seu favor.

Ao visar a clínica, a psicanálise pratica a defesa do sujeito do inconsciente e contribui, apontando possíveis caminhos para se fazer furo no discurso médico. A questão diagnóstica é aqui retomada no sentido de fazer valer sua função clínica na assistência em saúde mental para além da visão organicista da clínica psiquiátrica contemporânea. Diferente desta última, o discurso da psicanálise se utilizará de referências coletivas mínimas para chegar ao singular,

que é seu objetivo. Sua sustentação será feita no caso a caso, possibilitando aos profissionais um manejo técnico nas vias do sujeito, e não fora ou aquém deste.

Dada a devida importância à relação e, portanto, à questão da transferência, a partir do momento que o sujeito entra no CAPS, tudo o que se faz com este pode ser potencialmente entendido como tratamento, como um ato clínico. Uma tomada de posição por parte dos profissionais de não corroborar com o círculo vicioso de exclusão do sujeito frente a responsabilidade de seus atos, isso por si só já é muito e pode ser decisivo no desenrolar de um tratamento.

Sustentar a escuta do sujeito e igualmente a circulação de um discurso acerca da subjetividade na instituição é o que vai propiciar uma troca entre os profissionais e a possibilidade de abertura para o saber da histórica, tão caro à psicanálise. Para tanto, nos serviços de saúde mental, o trabalho em equipe deve necessariamente ser valorizado, onde as reuniões de equipe são fundamentais para a construção do caso clínico.

Neste ponto, podemos então nos perguntar de uma maneira conclusiva, o que pode a psicanálise ensinar aos não psicanalistas no campo da saúde mental?

Como membro de uma equipe, não cabe ao psicanalista ensinar. Ele não está numa posição de novo mestre e nem anseia ser o grande outro. Assim como a psicanálise não se constitui como “a” resposta para todas as questões. Pelo contrário, ela nos mostra que não há salvação para o desamparo humano, e por isso aposta numa gestão interminável dos conflitos, inerentes ao viver. Sua posição ética é a de um saber *não todo*, uma vez que parte do princípio de que não é possível ao sujeito livrar-se do mal-estar que lhe é constitutivo.

Ou seja, não há o que ensinar porque o psicanalista também deverá ocupar o lugar de aprendiz, e com isso se posicionar do lado do não- saber. O enigma viria aqui como semblante da clínica, acolhendo o que não se sabe, a não urgência, agindo na contramão da lógica dos riscos e assim propiciando a emergência do sujeito na instituição.

Ao subjetivar a demanda que chega ao CAPS, os paradigmas antimanicomiais da desmedicalização e da desinstitucionalização são reafirmados no campo da saúde mental através do discurso analítico, no entanto, sendo agora sustentados por uma clínica: a “clínica do sujeito”. Logo, ao serem realocados a partir de uma dimensão clínica, os princípios da Reforma Psiquiátrica vêm reorientar as práticas assistenciais e abrir espaço na rede pública para ações mais eficientes no tratamento do sofrimento psíquico dos quadros de psicoses e neuroses graves.

E mesmo acreditando que atitudes críticas devam ser sustentadas frente aos acontecimentos de nossa época e ao construto teórico a ele referente, isto não se deve dar em

detrimento do necessário posicionamento clínico que cada instituição e profissional deva ter em razão de sua prática, e especialmente em detrimento do lugar do sujeito. Como política pública, e por isso inclinada a lógica do coletivo, há que se colocar em pauta a todo instante a direção de tratamento tomada pelos serviços de saúde mental, na tentativa de elucidar aquilo que se interpõe como movimento de *demissão subjetiva*.

Neste sentido, podemos concluir que a “clínica do sujeito” é uma aposta da psicanálise no campo da saúde mental, onde o desejo do analista diz de certa disponibilidade afetiva, e de um desejo decidido aliado ao referencial teórico necessário para uma tomada de posição que esta se inscreve. E neste ponto, considero pertinente ressaltar, a importância de um aprendizado clínico institucional ainda na formação técnica acadêmica, levando-se em consideração que o lugar do sujeito é no laço social.

Muito mais poderia ser dito, mas sabemos da impossibilidade de tudo dizer. Portanto, finalizo esta dissertação com o pensamento de que ao analista cabe reconhecer e acolher suas falhas nos atendimentos, para que uma posição de aprendizado seja ocupada a partir destas.

E no que diz respeito a este fazer, concluo também com a certeza de que nenhum lugar é dado: ele será ou não ocupado por aquele que se oferece. Para isso, é preciso se autorizar. Este é o percurso do analista; é com sua própria implicação subjetiva frente as suas idiosincrasias, com maturidade e ética profissional que ele poderá fazer isso.

O lugar do analista certamente é um lugar de delicadeza. A delicadeza da espera pelo momento certo de atuar. Nas instituições de saúde mental, ele ainda é uma construção, mas também uma realidade. Algo feito em ato e também no um a um. Por isso é preciso saber manejar, elaborar e também concluir, para que não fiquemos apostando na nostalgia de tempos melhores, acreditando, nas palavras de Chico Buarque, em um “país de delicadeza perdida”, nem esperando do outro, um novo mestre.

Como campo de inquietações, de contradições, de invenções cotidianas, saberes e fazeres ditos terapêuticos precisam ser questionados, subvertidos. E neste ponto, diria que o que a histeria nos ensina, a todos, é justamente essa “rebeldia”. Ela ensina que é preciso escuta, mas também transmissão. Ensina que é preciso desejar, mas também caminhar. Ensina o entusiasmo por uma clínica, por uma causa que nos ultrapassa a todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOU-YD, Miriam. Por uma clínica antimanicomial: a ousadia de um projeto. In: CAMPOS, Florianita; LANCETTI, Antonio (orgs.). **Série SaúdeLoucura no. 9**: Experiências da Reforma Psiquiátrica. Editora HUCITEC: São Paulo, 2010, p. 91-99.

ALBERTI, Sônia. **O discurso universitário**. 2009. Disponível em: <http://www.uva.br/trivium/edicao1/artigos/11-o-discurso-universitario.pdf>.

_____. Psicanálise e discurso: a clínica no campo social. In: PINHEIRO, Clara V. et al (orgs.). **Estudos Psicanalíticos na Clínica e no Social**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2011, p. 19-25.

_____. Psicanálise: a última flor da medicina. A clínica dos discursos no hospital. In: ALBERTI, Sonia; ELIA, Luciano (orgs.). **Clínica e Pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro, Rio Ambiciosos, 2000, p. 37-55.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BALLONE, Geraldo José. **Transtornos do Espectro Histérico** [online]. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br>.

BARROS, Romildo. Urgência, um novo tempo. In: VIEIRA, M. A. (org.). **Urgência sem Emergência?** Instituto de Clínica Psicanalítica. Rio de Janeiro, Editora Subversos, 2008, p. 8-9.

BASTOS, Francisco; CASTIEL, Luis David. Epidemiologia e saúde mental no campo científico contemporâneo: labirintos que se entrecruzam? In: AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 97-112.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 41-72.

_____. Discurso freudiano e medicina. In: BIRMAN, Joel; FORTES, Isabel; PERELSON, Simone. **Um novo lance de dados: psicanálise e medicina na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2010, p. 13-46.

_____. Os destinos do desejo no mal-estar na atualidade. In: **Mal-estar na atualidade a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005, p. 13-26.

BRAUNSTEIN, Néstor. **Gozo**. São Paulo: Editora Escuta, 2007.

BURSZTYN, Daniela. **O tratamento da histeria**: um enigma para a psiquiatria, um desafio para a psicanálise. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Rio de Janeiro/ Instituto de Psicologia – Rio de Janeiro, 2007.

CABAS, Antonio G. **O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan**: da questão do sujeito ao sujeito em questão. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2010.

CAMPOS, Florianita B.; LANCETTI, Antonio. Apresentação. In: CAMPOS, Florianita B.; LANCETTI, Antonio (org.). **SaúdeLoucura**: Experiências da Reforma Psiquiátrica. São Paulo: HUCITEC, 2010, no. 9, p. 07 a 09.

CAMPOS, Gastão Wagner. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2002.

CAMPOS, Rosana Onocko. Clínica, a palavra negada. Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

COELHO, Carolina Marra S. Psicanálise e laço social: uma leitura do Seminário 17. *Mental* [online], v. 4, n. 6, jun. 2006. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272006000100009&script=sci_arttext

COSTA-ROZA, Abílio. O modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaio**: Subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000, p. 141-168.

COUTINHO JORGE, Marco Antonio. Discurso e liame social: apontamentos sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos. In: RINALDI, Doris; COUTINHO JORGE, Marco (orgs.). **Saber, Verdade e Gozo**: Leituras de *O Seminário, livro 17* de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Editora Rios Ambiciosos, 2002, p. 17-32.

_____. **Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan**: a clínica fantasia. Volume 2. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2010.

CURY, Marcela Morgado. A loucura na Antipsiquiatria: um resgate da concepção de Ronald David Laing. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – São Paulo, 2011. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/63819956/30/A-clinica-na-Reforma> .

DELGADO, Pedro G. O tratamento a partir da reforma psiquiátrica. In: QUINET, Antonio (org.). **Psicanálise e Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Rios, 2001, p. 153-158.

DI CIACCIA, Antonio. Da fundação por um à prática feita por muitos. **Revista Curinga**, EBP- MG, no. 13, set. 1999, p. 49-54.

DOR, Joel. **Introdução à Leitura de Lacan**: o inconsciente estruturado como linguagem. Porto Alegre: Artes Médica, 1989.

_____. **Estruturas e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Taurus Editora, 1997.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

_____. Por uma psicanálise possível nos serviços de saúde mental. In: **Cadernos do IPUB**, no. 3. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999, p. 119-135.

_____; MACHADO, Ondina. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**. Rio de Janeiro: UFRJ, v.III, no. 2, 2000, p. 65-86.

_____; TENÓRIO, Fernando. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, ano V, no. 1, março de 2002, p. 29-43.

_____; SCHMIDT, Moema B. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 12, no. 1, março de 2009, p. 130-140.

_____. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. In: GUERRA, Andréa; MOREIRA, Jacqueline (orgs.). **A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social**. Curitiba: Editora CRV, 2010.

FIGUEIREDO, Luís Claudio. **Modos de Subjetivação no Brasil e Outros Escritos**. Editora Escuta: São Paulo, 1995.

FINK, Bruce. **O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

_____. (1980) **O Nascimento da Clínica**. 6ª edição – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

_____. (1979) **Microfísica do Poder**. (Trad. Roberto Machado). 20ª edição – Rio de Janeiro: Graal, 2004.

FREUD, Sigmund. (1888) Histeria. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira** – Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. I.

_____. (1893) Charcot. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira** – Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. III.

_____. (1893-1895) Estudos sobre histeria. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira** – Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. II.

_____. (1894) As Neuropsicoses de Defesa. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira** – Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. III.

_____. (1896) Observações Adicionais sobre as Neuropsicoses de Defesa. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira** – Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. III.

_____. (1900) A interpretação dos sonhos. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira – Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. IV.

_____. (1905a) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira – Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. VII.

_____. (1905b) Fragmento da análise de um caso de histeria. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira – Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. VII.

_____. (1915[1914]) Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira – Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. XII.

_____. (1915a) Pulsões e Destinos da Pulsão. In: **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2004. vol 1.

_____. (1915b) O Inconsciente. In: **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2004. vol 2.

_____. (1915c) O Recalque. In: **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2004. vol 1.

_____. (1915-1917) Conferência XVII: o sentido dos sintomas. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira – Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. XVI.

_____. (1915-1917) Conferência XXIII: Os caminhos da formação dos sintomas. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira – Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. XVI.

_____. (1915-1917) Conferência XVI: Psicanálise e Psiquiatria. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira – Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. XVI.

_____. (1923) A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira – Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. XIX.

_____. (1924) A dissolução do complexo de Édipo. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira – Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. XIX.

_____. (1924) A perda da realidade na neurose e na psicose. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira – Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. XIX.

_____. (1925) Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira – Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. XII.

_____. (1931) Sexualidade Feminina. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira – Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. XXI.

_____. (1933-1932) Feminilidade. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira – Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. XXII.

_____. (1933) Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira – Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. XXII.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o Inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

GURGEL, Iordan. **A histeria morreu? Viva a histeria!** Trabalho apresentado no XX Congresso Brasileiro de Psiquiatria. O encontro terapêutico na psiquiatria. Mesa redonda: A histeria morreu ou em quem se converteu? Florianópolis- SC, 2002.

_____. **Casuística da Histeria em Freud**. Material apresentado no Curso de Especialização em Teoria da Psicanálise de Orientação Lacaniana/Instituto de Psicanálise da Bahia, Salvador- BA, 2006.

JERUSALINSKY, Alfredo. As quatro estruturas fundamentais do sujeito: autismos, psicoses, neuroses e perversões. In: Estruturas Clínicas. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**. Porto Alegre, vol. 1, n. 38, jan./jun. 2010, p. 9-19.

KAËS, René. O interesse da psicanálise para considerar a realidade psíquica da instituição. In: Correa, Olga B. Ruiz (org.). **Vínculos e instituições**: Uma escuta psicanalítica. Editora Escuta: São Paulo, 2002, p. 11-31.

KEHL, Maria Rita. **Deslocamentos do Feminino**: A mulher freudiana na passagem para a modernidade. 2ª edição – Rio de Janeiro: Imago, 2008.

KINKER, Fernando Sfair. *Trabalho como produção de vida*. **Revista Terapia Ocupacional**, São Paulo: 1997, 8(1): 42-8.

_____. et. al. Desconstruindo mentalidades. In: CAMPOS, Florianita B.; LANCETTI, Antonio (org.). **SaúdeLoucura**: Experiências da Reforma Psiquiátrica. São Paulo: HUCITEC, 2010, no. 9, p. 11-47.

LACAN, Jacques. (1966) De nossos antecedentes. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, Editor, 1998.

_____. (1951) Intervenção sobre a transferência. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, Editor, 1998.

_____. (1952) **O mito individual do neurótico**, ou, A poesia e verdade na neurose. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

_____. (1953) Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1955-1956) **O Seminário, livro 3**: As Psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, Editor, 2002.

_____. (1956-1957). **O Seminário, livro 4**: A relação de objeto. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

_____. (1957-1958) **O Seminário, livro 5**: As formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

_____. (1958) Diretrizes para um congresso sobre a sexualidade feminina. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1959-1960) **O Seminário, livro 7**: A ética na psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

_____. (1960). A subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1964) **O Seminário, livro 11**: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

_____. (1966) Variantes do tratamento-padrão. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1969-1970) **O Seminário, livro 17**: O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

_____. (1972-1973) **O Seminário, livro 20**: Mais, ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

_____. **O Triunfo da Religião** (Precedido de Discurso aos Católicos). Rio de Janeiro: Jorge ZAHAR Editor, 2005.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J-B. **Vocabulário de Psicanálise**. 4ª edição – São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LAURENT, Éric. Alienação e separação I. In: FELDSTAEIN, R.; FINK, B.; JANNUS, M. (orgs.). **Para ler o Seminário 11 de Lacan**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997, p. 31-41.

_____. Alienação e separação II. Em: FELDSTAEIN, R.; FINK, B.; JANNUS, M. (orgs.). **Para ler o Seminário 11 de Lacan**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997, p. 42 a 51.

_____. O Analista Cidadão. **Revista Curinga**. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise Seção Minas Gerais, no. 13, set. 1999, p. 07 a 13.

_____. Como engolir a pílula. **Clique** – Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano, no. 1, p. 24- 35, abril 2002.

LIMA, Vitor. **Um estudo arqueológico sobre a IV Conferência de Saúde Mental e o contexto da reforma Psiquiátrica brasileira**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis, 2012.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.

_____. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

_____. Nem a fuga da teoria, nem o medo da invenção. In: CAMPOS, Florianita B.; LANCETTI, Antonio (org.). **SaúdeLoucura: Experiências da Reforma Psiquiátrica**. São Paulo: HUCITEC, 2010, no. 9, p. 255-272.

MARAZINA, Isabel Victoria. Psicanálise e clínica institucional... Navegar é preciso... In: Correa, Olga B. Ruiz (org.). **Vínculos e instituições: Uma escuta psicanalítica**. São Paulo: Escuta, 2002, p. 53-65.

MILLER, Jacques-Alain. Saúde Mental e Ordem Pública. **Revista Curinga**. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise Seção Minas Gerais, no. 13, set. 1999, p. 14 a 24.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006. 238 p.

MOREIRA, Jacqueline. Psicanálise e assistência social: uma escuta que rompe com o assistencialista. In: PINHEIRO, Clara V. et al (orgs.). **Estudos Psicanalíticos na Clínica e no Social**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2011, p. 277- 297.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Resenha de: Tratado Médico-Filosófico Sobre a Alienação Mental ou a Mania – Phillippe Pinel. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 30, p. 302-303, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000300027>

NASIO, Juan David. **A Histeria: Teoria e Clínica Psicanalítica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

_____. **Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

NERI, Regina. **A psicanálise e o feminino: um horizonte da modernidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

NICOLAU, Roseane. A psicanálise, o sujeito e a instituição: um diálogo com os profissionais de saúde sobre os processos sintomáticos do corpo. **Projeto de Pesquisa** – UFPA, Belém-PA, 2009.

OLIVEIRA, Marcus V. Um tenso equilíbrio. In: A loucura e as cidades: mapas de Minas. **Revista Minas Sem Manicômios**. Belo Horizonte: Fórum Mineiro de Saúde Mental, vol. 1, ano I, 2004, p. 99 a 103.

QUINET, Antonio. (org) **A grande histeria** – Jean-Martin Charcot. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Rios Ambiciosos, 2003.

_____. **A Lição de Charcot**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

RAMOS, Gustavo Adolfo. **Histeria e psicanálise depois de Freud**. Campinas-Sp: Editora da UNICAMP, 2008.

RINALDI, Doris Luz. O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário. In: RINALDI, Doris; COUTINHO JORGE, Marco (orgs.). **Saber, Verdade e Gozo: Leituras de O Seminário**, livro 17 de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Editora Rios Ambiciosos, 2002, p. 53-69.

_____. O desejo de analista na “prática entre muitos”: os desafios da psicanálise no campo da saúde mental. Anais da Reunião Latinoamericana de Psicanálise de Florianópolis. Florianópolis, 2005.

_____. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: LIMA, Marcia M; ALTOÉ, Sonia (orgs.). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005, p. 87-105.

_____; LIMA, Maria Cândida Neves. Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental. In: **Mental** – Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNICAMP, no. 6, vol. IV, jun. 2006, p. 53- 68.

_____; BURSZTYN, Daniela Costa. O desafio da clínica na atenção psicossocial. **Arq. bras. psicol.** Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, jun. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672008000200005&lng=pt&nrm=iso>.

_____. A clínica do sujeito no campo da saúde mental. In: PIMENTEL, Adélma et. al. (orgs.). **Itinerários de Pesquisas em Psicologia**. Amazônia Editora: Belém, 2010, p. 17-32.

_____. **O acolhimento, a escuta e o cuidado**: algumas notas sobre o tratamento da loucura [online]. Disponível em: <http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/int-biblioteca/bib-participantes.html> Acesso: 12 de setembro de 2010.

ROSAS, Paulo. O Dilema da Psicologia Contemporânea. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, 2010, 30 (num. esp.), p. 44-90.

Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

SOLER, Colete. **O que Lacan dizia das mulheres**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

_____. O sujeito e o Outro I. In: FELDSTAEIN, R.; FINK, B.; JANNUS, M. (orgs.). **Para ler o Seminário 11 de Lacan**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997, p. 52-57.

_____. O sujeito e o Outro II. In: FELDSTAEIN, R.; FINK, B.; JANNUS, M. (orgs.). **Para ler o Seminário 11 de Lacan**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997, p. 58-67.

SZASZ, Thomas. **O Mito da Doença Mental**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

TEDESCHI, Losandro. O discurso filosófico: definindo o corpo. **Revista Filosofazer**, vol. 17, no. 32, 2008. Disponível em: <http://201.86.212.89/seer/index.php/filosofazer/article/viewFile/27/36>

TENÓRIO, Fernando. Desmedicalizar e subjetivar: A especificidade da clínica da recepção. In: A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental. **Cadernos IPUB**, vol. VI, no. 17, 2000, p. 79-91.

_____; OLIVEIRA, Raquel; LEVCOVITZ, Sérgio. A importância estratégica dos dispositivos de recepção. In: A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental. **Cadernos IPUB**: vol. VI, no. 17, 2000, p. 7-14.

_____. Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In: QUINET, Antonio (org.). **Psicanálise e Psiquiatria**. Rios: 2001, p. 121-131.

_____; ROCHA, Eduardo. A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. In: ALBERTI, Sônia; FIGUEIREDO, Ana C. (orgs.). **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Companhia de Freud: Rio de Janeiro, 2006, p. 55-72.

TORRE, Eduardo G.; AMARANTE, Paulo C. História da Loucura: quarenta anos transformando a história da psiquiatria. **Revista Psicologia Clínica**, vol. 13, no. 1, 2001, p. 11-26.

TRILLAT, Etienne. **História da histeria**. São Paulo: Ed. Escuta, 1991.

ZALCBERG, Malvine. A descoberta da importância da mãe para uma menina. In: **A relação mãe e filha**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2003, p. 17-53.

_____. **Amor paixão feminina**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2007.

ANEXO

Dias atrás

Dias atrás eu andava por aí
Não tinha paz e nem razão para sorrir
O dia inteiro pelas ruas a vagar
Não tinha certo nem mesmo onde morar
A minha vida era uma humilhação
A cama o chão e o lençol de papelão
Faltava o pão para alimentar
E água para banhar
Era grande a aflição
Sem amigos e sem irmão
E até a família que eu fui nascer
Almejava o eu sofrer
Entre o ódio e o rancor
A grande falta de amor
Eu saí sem direção
Pois queria a solução
Entrei em um lugar
E comecei a chorar
Muitos... Vieram me cumprimentar
E sempre a falar "Deus vai te ajudar"
Naquela hora de agonia
Na tremenda noite fria
Cheguei a falar assim
"Se Deus gosta de mim
Ele vai me ajudar
Vai me dar um lugar

Um lugar pra morar
Onde eu possa ir e voltar
Dormir e acordar
Sem ninguém me magoar"
Então do céu o senhor
Logo me ajudou
Ouviu o meu clamor
Com todo o seu poder
Mudou o meu viver
Deus me deu a solução
Me tirou da aflição
Me deu uma casinha
Que é só minha...
E é com muita alegria
Que escrevo esta poesia
Para agradecer ao senhor
Por seu imenso amor
E digo a você... Que está a ler
Não importa o teu problema, não
Não importa a situação...
Deus tem a solução
Ele faz do fraco o campeão.
Aqui agradeço a casa mental
Que eme deram uma mansão
Que não é de papelão.