

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE  
CURSO DE PSICOLOGIA

FLÁVIA CRISTINA GARABETTI PONCE

**A BUSCA PELO SUJEITO NA PSICOSE:**

Uma proposta psicanalítica para os serviços de saúde mental.

SÃO PAULO

2009

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE  
CURSO DE PSICOLOGIA

FLÁVIA CRISTINA GARABETTI PONCE

## **A BUSCA PELO SUJEITO NA PSICOSE:**

Uma proposta psicanalítica para os serviços de saúde mental.

Trabalho de conclusão de curso como exigência parcial para  
graduação no curso de Psicologia, sob orientação da Prof<sup>a</sup>.  
Maria Claudia Tedeschi Vieira.

SÃO PAULO

2009

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente aos meus pais por me darem apoio e sustentação durante todo o curso.

Agradeço à minha orientadora, que me ajudou muito e acompanhou bem de perto todas as fases deste trabalho.

Agradeço aos meus amigos e colegas da faculdade, com os quais conversei a respeito deste trabalho.

Agradeço a todos os professores do núcleo 208 – Psicose, por aulas tão esclarecedoras.

Agradeço a todos a que apoiaram durante este trabalho.

Flávia Cristina Garabetti Ponce

**A busca pelo sujeito na psicose:** uma proposta psicanalítica para os serviços de saúde mental.

2009

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Maria Claudia Tedeschi Vieira

### Resumo

Este trabalho tem como objetivo analisar os serviços substitutivos de saúde mental, tendo como base teórica para a abordagem da psicose e seu tratamento a teoria psicanalítica, com foco no modo de lidar com o paciente. O presente trabalho questiona se os serviços de saúde mental permitem que o psicótico se constitua como sujeito ou se reafirmam sua posição de objeto de gozo do Outro. Para tentar responder a tal questionamento, o trabalho foi dividido em três capítulos. O primeiro tem como foco a conceituação psicanalítica da estrutura psicótica, levando em conta a estrutura, o mecanismo de estruturação, os fenômenos mais comuns na psicose, a questão da lei na dinâmica psicótica, a condição de objeto de gozo do Outro, e a implicação da família na construção da estrutura psicótica. O segundo capítulo traz a Psicoterapia Institucional, como um tratamento possível da psicose, baseado em concepções psicanalíticas. O terceiro capítulo traz considerações a respeito da reforma psiquiátrica brasileira e os serviços substitutivos criados a partir dela. Este trabalho permitiu perceber que a instituição em si, não é responsável pela reafirmação da posição de objeto de gozo do Outro, mas sim a maneira como ela é pensada e colocada em prática.

Palavras-chave: psicose, psicanálise, Psicoterapia Institucional, Reforma Psiquiátrica, serviços substitutivos de saúde mental.

## **Sumário**

Introdução.....	6
Capítulo 1 – A estrutura psicótica para a psicanálise.....	12
Capítulo 2 – A Psicoterapia Institucional.....	20
Capítulo 3 – Política de saúde mental no Brasil.....	28
Discussão.....	34
Conclusão.....	41
Referências Bibliográficas.....	44

## Introdução

*“No recurso que preservamos do sujeito ao sujeito, a psicanálise pode acompanhar o paciente até o limite extático do “Tu és isto” em que se revela, para ele, a cifra de seu destino morta, mas não está só em nosso poder de praticantes levá-lo a esse momento em que começa a verdadeira viagem.” (Lacan, 1998, p. 103)*

O presente trabalho tem como principal objetivo estudar a psicose através de referenciais psicanalíticos, para, a partir das concepções teóricas, técnicas e éticas da psicanálise analisar os serviços substitutivos de saúde mental, focando diretamente o modo que eles encontram de lidar com os pacientes.

Em primeiro lugar, é importante dizer que utilizarei muitas vezes o termo loucura, como sinônimo de psicose. Sabe-se que este termo ganhou certo caráter pejorativo, mas mesmo Lacan se referia à psicose como loucura, já que é um termo bastante conhecido e de uso popular: “As psicoses são, se quiserem – não há razão para se dar ao luxo de recusar empregar este termo –, o que corresponde àquilo a que sempre se chamou, e a que legitimamente continua se chamando, as *loucuras*.” (2008, p. 12).

A psicanálise, principalmente a primeira teoria de Lacan, foi aqui escolhida como abordagem teórica para a compreensão da psicose, pois ela considera o louco como sujeito, que sabe sobre sua própria loucura, e dá voz a este sujeito, considerando seu discurso como algo de grande importância para compreender seu sofrimento. Essa abordagem permite que o sujeito se coloque no tratamento, como aquele que sabe sobre si e sobre sua doença, retirando dos técnicos a posição de tudo saber a seu respeito. Essa postura ética, diferentemente de outras abordagens teóricas, resgata a potencialidade do saber psicótico. Ribeiro (2007) afirma que a psicanálise é o único olhar para a psicose que se pergunta sobre um sujeito que delira, que implica o sujeito em sua loucura, supondo um saber próprio sobre sua condição.

Lacan enfatiza bastante, em sua obra, esta preocupação da psicanálise com o discurso do paciente, não só na neurose, mas também na psicose. Mais especificamente, na psicose, Lacan considera o delírio do paciente, como uma tentativa de dizer algo sobre seu sofrimento:

A psicanálise dá, em compensação, ao delírio do psicótico uma sanção singular, porque ela o legitima no mesmo plano em que a experiência analítica opera habitualmente, e que ela torna a achar no seu discurso o

que comumente descobre como discurso do inconsciente. Mas nem por isso ela acarreta o sucesso na experiência. (LACAN, 2008, p. 156)

Também sobre esse tema, Lacan diz que é de extrema importância para o psicanalista a valorização do discurso na psicose, porque ele é capaz de nos ensinar muita coisa, já que para o autor, o sujeito revela sua estrutura a partir do modo como se coloca frente ao discurso, frente à linguagem. Na psicose, percebemos que os fenômenos de linguagem se organizam de forma bem diversa: “A promoção, a valorização na psicose dos fenômenos de linguagem é para nós o mais fecundo dos ensinamentos” (2008, p. 171). Os fenômenos de linguagem, para Lacan, são os mais fecundos ensinamentos, no sentido de que são eles que permitem o conhecimento da estrutura do sujeito, e do mecanismo que lhe dá origem: “(...) a partir do discurso do sujeito, é o que nos permitirá ficar mais próximos dos mecanismos constituintes da psicose”. (2008, p. 71).

A psicanálise, ainda segundo o autor, está interessada em entender o efeito daquele discurso no interior daquele sujeito, e por essa razão, a grande importância de valorizar o delírio na psicose, pois ele diz muito sobre o sujeito, assim como o sintoma na neurose. O delírio tomado como discurso da psicose, é a forma como o sujeito pode falar sobre si sobre sua condição.

Ela [psicanálise] se atém a um discurso diferente, inscrito sobre o próprio sofrimento do ser que temos diante da gente, já articulado em alguma coisa que lhe escapa, seus sintomas e sua estrutura (...). A psicanálise visa, aliás, o efeito do discurso no interior do sujeito. (2008, p. 160)

A partir destas primeiras considerações a respeito de como a ética psicanalítica leva em conta o discurso do sujeito, é possível apresentar como a psicose é entendida pela psicanálise.

A psicose é pensada na psicanálise como um fenômeno estrutural, isso quer dizer: “(...) uma estrutura que se revela no dizer do sujeito e que corresponde a um modo particular de articulação dos registros do real, simbólico e imaginário.” (QUINET, 1997, p. 3). Há informações a respeito desta questão no primeiro capítulo deste trabalho.

A estrutura, para Lacan, é algo que envolve aspectos comuns, dentro de um mesmo conjunto e ao mesmo tempo, contempla a diversidade: “A estrutura se estabelece sempre pela referência de algo que é coerente com algo diverso, que lhe é complementar.” (LACAN, 2008, p. 215). O autor também afirma, que a estrutura é um modo particular de lidar com o significante, e dessa forma, interessar-se por estrutura é não negligenciar o significante. “(...) a noção de estrutura já é por si própria uma manifestação do significante”. (2008, p. 215).

O mecanismo estruturante da psicose é o que Lacan chama de forclusão do significante Nome-do-Pai, que leva o sujeito, segundo Quinet (1997), a se constituir como objeto de gozo<sup>1</sup> do Outro, objeto de uso do Outro, reproduzindo o primeiro tempo lógico do Édipo, quando a criança está identificada ao falo imaginário da mãe, como seu objeto de uso.

Pensando a partir desta perspectiva a cerca da psicose, os serviços substitutivos de saúde mental, que adotam a ética psicanalítica como norte, teriam como principal objetivo clínico, desenvolver estratégias para tentar deslocar o psicótico do lugar de objeto de gozo do Outro para a posição de ser sujeito de seu próprio desejo, mesmo que esse sujeito só possa se apresentar como louco.

Sabemos que no período anterior à Revolução Francesa, as internações aconteciam em massa; naquele momento, o sujeito psicótico era encarcerado e tratado como objeto, o que nada contribuía para a mudança de sua condição, mas muito contrariamente, o enlouquecia ainda mais. Posteriormente, liderados por Pinel, médico conhecido como pai da psiquiatria, a medicina começou a se apropriar dos pacientes como objetos de estudo e poder, a doença era tratada como foco, subtraindo o sujeito doente. Os hospitais deixaram de ser instituições de caridade para transformarem-se em instituições médicas, científicas, o que contribuiu para a apropriação do paciente como objeto de estudo. A saúde era hierarquizada, funcionando através de níveis de especialidades, o que acontece ainda hoje. Nas palavras de Amarante:

(...) [Este modelo médico] implica em uma relação com a doença enquanto objeto abstrato e natural, e não com o sujeito da experiência da doença. Assim, não é apenas a psiquiatria que tem esta relação genética com o hospital (ou hospitalocêntrica como se usa dizer), de ser especializada (priorizando o conhecimento isolado de órgãos, de partes do corpo), verticalizada e hierarquizada (níveis crescentes de complexidade: primário, secundário e terciário), centrada na doença e não nos sujeitos que têm as 'doenças', e assim por diante. (2007, p. 27).

As primeiras experiências de Reforma Psiquiátrica, segundo Amarante (2007), surgiram após a Segunda Guerra Mundial, no momento em que as pessoas passaram a olhar para os

---

<sup>1</sup> Gozo: Segundo J.-D. Nasio (1993) o gozo a que Lacan se refere é a energia que se desprende quando o inconsciente trabalha. O gozo não tem representação significativa, mas ocupa o lugar do furo. De um furo no sistema significativo, sempre coberto pelo véu dos sintomas e fantasias. O gozo do Outro, a que me refiro, está ligado à um estado hipotético em uma situação ideal, onde a tensão poderia ser totalmente descarregada, sem nenhum limite. Seria um ponto de felicidade absoluta que é impossível no horizonte. O gozo desmedido do Outro poderia ser imaginado como um ponto aberto no horizonte, sem borda, nem limite.



hospitais psiquiátricos como ‘campos de concentração’, onde faltava também, dignidade aos internos:

A Psicoterapia Institucional, criada por François Tosquelles, psiquiatra catalão, surgiu na França como uma tentativa de reforma. Seus idealizadores acreditavam que o fracasso dos hospitais psiquiátricos estava principalmente na forma de gestão, a partir disso pensaram numa reformulação completa dos modos de lidar com a loucura dentro da instituição. A Psicoterapia Institucional tinha como principal abordagem teórica a psicanálise lacaniana, apesar de se abrirem para a escuta de diversas formas de pensar a instituição. Esta maneira de tratar da loucura utilizava o potencial do próprio paciente em seu tratamento, sempre muito preocupada na ascensão do paciente à posição de sujeito.

Penso que a Psicoterapia Institucional tem muito a nos ensinar no trato com o paciente psicótico na instituição, pois a idéia norteadora de qualquer projeto para o paciente é a de que ele possa responder como sujeito de sua própria vida, de seus próprios desejos e que é ele quem sabe sobre sua própria loucura. Esta postura, que confere ao paciente um grande saber, o saber sobre si mesmo, é uma forma de permitir que a hierarquia dentro da instituição seja quebrada. O técnico, ou o médico não são detentores de um saber sobre o sujeito, eles não têm o poder sobre o “objeto de trabalho”, porque nesta perspectiva, o outro é um sujeito e não um objeto a ser dominado.

No Brasil, após a Reforma Psiquiátrica, que ocorreu a partir da segunda metade da década de 1970, os serviços de saúde mental sofreram grandes transformações: diminuindo o número de internações, fechando as portas de alguns hospitais psiquiátricos e também criando serviços substitutivos que pudessem dar conta da demanda de saúde mental.

O principal serviço que atende pacientes psicóticos, em substituição ao hospital psiquiátrico são os CAPS (Centro de atenção psicossocial). Eles estão espalhados pelo Brasil e se articulam com outros serviços da rede de saúde, como: hospitais gerais, centros de convivência (CECCO), Programa de saúde da família (PFS), unidades básicas de saúde (UBS), entre outras. Os CAPS são equipamentos de saúde mental que contam com equipes multidisciplinares, promovendo oficinas terapêuticas, atendimentos individuais, atendimento à família, projetos terapêuticos individualizados, entre outras atividades. Segundo Amarante: “Os serviços de atenção psicossocial devem ter uma estrutura bastante flexível para que não se tornem espaços burocratizados, repetitivos, pois tais atitudes representam que estariam deixando de lidar com pessoas e sim com doenças.” (2007, p. 83).

A partir destas considerações iniciais, algumas questões ficam evidenciadas: Será que os serviços substitutivos de saúde mental funcionam regidos pela ética psicanalítica, de tomar este outro psicótico como sujeito? Será que não acabam por reproduzir a posição de objeto de gozo do outro, que marca sua estrutura? Por fim, como fazer para validar o sujeito psicótico nas instituições de saúde mental?

Já passaram-se mais de 30 anos do período da Reforma Psiquiátrica brasileira, penso que já é tempo de repensar se os ideais são ainda mantidos nos projetos e na conduta dos profissionais, para que não se perca o espírito de mudança e transformação.

É importante poder pensar nas formas que estes serviços de saúde mental lidam com a loucura, neste período de reforma, para que possam a cada momento repensar suas formas de trabalho, não permitindo a acomodação e certos papéis estabelecidos, evitando a cristalização dos serviços.

Estes questionamentos surgiram a partir de uma experiência em acompanhamento terapêutico, onde pude observar em um serviço substitutivo a dificuldade de tomar o psicótico como sujeito. Tive a impressão de que os pacientes deveriam adequar-se às regras impostas pela instituição e não ao contrário. O projeto terapêutico não podia ser desenvolvido conjuntamente com o paciente, tomando seu saber como relevante, mas era imposto por profissionais de forma bastante autoritária. Outro aspecto que chama atenção nesta instituição é seu modo de organização e rotatividade de profissionais. Todas estas impressões que tive a respeito deste serviço de saúde mental me intrigaram muito e fizeram com que eu me questionasse a respeito da saúde mental no Brasil.

Para refletir sobre as questões levantadas acima dividi o presente trabalho em três capítulos teóricos que darão subsídios para a discussão.

O primeiro capítulo traz a dinâmica da estrutura psicótica para a psicanálise lacaniana, onde procuro explicitar as idéias de alguns autores psicanalistas que trazem considerações importantes para o campo da psicose. Falarei sobre a estrutura, o mecanismo de estruturação, os fenômenos mais comuns na psicose, a questão da lei na dinâmica psicótica, a condição de objeto de gozo do Outro, implicação da família na construção da estrutura psicótica. Partirei de Freud, pois penso que suas idéias contribuíram muito para o que Lacan construiu posteriormente sobre a psicose.

O segundo capítulo trata da Psicoterapia Institucional, focando, sua história, seus objetivos, seus preceitos norteadores, sua fundamentação teórica, a implicação de algumas de suas

idéias na prática, o enfoque no sujeito como principal aspecto, assim como a quebra de alguns paradigmas sobre o trato com a loucura que a Psicoterapia Institucional proporcionou. Este segundo capítulo tem o objetivo de apresentar um tipo de manejo da loucura que leva em conta a perspectiva do sujeito, como seu principal foco, mantendo-se dentro dos princípios éticos da psicanálise.

O terceiro capítulo conta a história da Reforma Psiquiátrica brasileira, enfatizando sua história, seus objetivos, suas implicações, os serviços substitutivos de saúde mental dentro desta proposta, assim como funcionamento destes serviços. Este capítulo tem a função de situar o leitor na história da Reforma Psiquiátrica no Brasil, e os serviços que dela geraram para embasar a discussão, pois é apenas conhecendo as diretrizes que regem tais serviços que é possível pensar sobre o trabalho que neles se realizam.

Na discussão do trabalho tento articular estas três perspectivas importantes para a reflexão a respeito dos serviços de saúde mental, dentro da perspectiva psicanalítica. A discussão se dá na articulação das idéias de diversos autores no campo da saúde mental, a fim de tecer considerações necessárias para a melhora dos serviços.

É necessário dizer que a tarefa aqui proposta por este trabalho é árdua, exigindo o esforço de pensar em questões que são, muitas vezes, obturadas e que apresentam grande dificuldade principalmente porque nos encontramos num campo que afeta diretamente a cada profissional que trabalha nesta área, colocando-nos diariamente em contato com nossa própria loucura.

## **Capítulo 1 – A estrutura psicótica para a psicanálise**

A psicose aqui será abordada como uma estrutura clínica, que se diferencia da neurose. Para Quinet (1997), a psicose deve ser tratada guardando sua especificidade, levando em conta sua lógica e rigor próprios. A psicose não deve ser confundida com um “estado de espírito” que todos podem apresentar em determinado momento. Utilizar o termo “psicose” ao invés de “as psicoses” enfatiza a psicose tomada como estrutura clínica.

A psicanálise se caracteriza por sua clínica estrutural e não fenomenológica, ou seja, ela leva em consideração para o diagnóstico o tipo de relação transferencial que o paciente estabelece com o analista, não se prendendo à sintomatologia que o paciente apresenta. Nas palavras de Calligaris: “Trata-se do fato que na transferência que o discurso do paciente organiza, a partir do lugar no qual o paciente coloca o ‘terapeuta’ é que um diagnóstico é possível, é que uma clínica da psicose é possível” (1989, p. 9).

Segundo Freud, a psicose seria resultado de uma perturbação nas relações do Eu com o mundo externo. Ele já dizia, que na psicose, não só a realidade externa é recusada, como o mundo interno é esvaziado, uma vez que o mundo interno se constitui a partir de representações do mundo externo. Para ele:

Na psicose, o Eu cria onipotentemente um novo mundo externo e interno. Assim, dois aspectos ficam claros no quadro da psicose: primeiro, esse novo mundo é erguido conforme desejos do Id, e, segundo, a razão para a demolição do mundo externo são os duros impedimentos que a realidade impõe à satisfação do desejo, pois o psicótico sente tais impedimentos como intoleráveis. (FREUD, 2007, p. 97)

Lacan faz uma releitura de Freud, pensando na gênese social da personalidade como horizonte para a compreensão das patologias do comportamento. O paralelismo que Lacan faz, não é entre o mental e o orgânico, mas entre o mental e o social. Segundo Safatle:

Forma-se a personalidade através da socialização do indivíduo no interior de núcleos de interação como a família, as instituições sociais, o Estado. Tal processo de socialização implica certa gênese social da personalidade que, segundo Lacan, deve servir de horizonte para a compreensão de patologias que se manifestam no comportamento. (2007, p. 16).

Lacan introduz o sujeito na psicose, em sua teoria, reforçando a idéia de Freud de que o delírio tem a mesma função do sintoma neurótico, diz algo sobre o sujeito, devolvendo-lhe um saber, antes extraído de suas competências. Anteriormente a isso, o psicótico era considerado como um ser deficiente, que apresentava características mentais peculiares. Segundo Leite: “O avanço de Lacan constituiu em introduzir o sujeito na psicose, pois antes,

a psicose era avaliada em termos de déficit, de dissociação, de não funcionamento de certas funções mentais”. (2000, p. 148).

Segundo uma determinada concepção teórica dentro do campo psicanalítico, para melhor compreender a instauração da estrutura psicótica no processo de constituição do sujeito, é necessário lembrar que o sujeito se constitui a partir do lugar que lhe é dado na trama familiar e no meio social que o compõe. Piera Aulagnier é uma autora de grande importância na escola francesa de psicanálise. Como psiquiatra, teve muito contato com pacientes psicóticos, utilizando-se da obra de Lacan como referência para seus estudos em psicanálise, elaborando sua obra de forma autêntica, onde aponta certas divergências com a escola francesa de psicanálise de sua época. A autora ressalta em sua obra a importância da contribuição familiar e social na constituição do sujeito. Segundo Aulagnier: “(...) são estas ‘réplicas do Outro’, este discurso que começa por ser dirigido não para ele, mas para o personagem que ele encarna na cena familiar que o constituirá como sujeito” (1991, p. 54). É a partir da imagem do outro que o sujeito orienta seu desejo e sua relação com o mundo social. Assim podemos dizer que “o desejo do homem é o desejo do outro”.

O sujeito, neste sentido, só se constitui a partir do lugar de pertinência constituído através de um outro. Este lugar é o que lhe permitirá habitar seu próprio corpo e se apropriar de seu mundo.

Não há lugar sem alguém que o perceba. Ele implica e demanda um sujeito. O lugar seria tal qual o nome, um espaço de pertinência, de apropriação, de criação, um ponto a partir do qual é possível circular, viabilizando uma existência encarnada. (RIBEIRO, 2007, p. 32)

Considerando a psicose como resultado de perturbações do Eu com a realidade, Freud ao final de seu texto *Neurose e Psicose*, pergunta-se sobre qual mecanismo, análogo ao recalque, que poderia levar o Eu na psicose a se desprender do mundo externo. Lacan propõe um mecanismo que seria responsável por esse descolamento do mundo externo. Para Lacan a psicose se dá através do mecanismo de forclusão do Nome-do-Pai, implicando na não travessia do Complexo de Édipo.

Antes de nos atentarmos para este processo, é necessário que esclareçamos certos termos importantes para a compreensão do mecanismo proposto por Lacan. Forclusão é um termo utilizado por Lacan para se referir à rejeição do significante Nome-do-pai para fora do registro do simbólico, este termo é um neologismo utilizado em português, emprestado do termo francês *Forclusion*, tomado do vocabulário Jurídico, que significa que não há inclusão da lei. O Nome-do-Pai não se resume a figura do pai real, é uma metáfora que se inscreve

no lugar da lei. Para Lacan, o Nome-do-Pai é a instância responsável pela castração, introduzindo a Lei, que constituirá o sujeito na dinâmica da falta:

(...) o ponto que queremos insistir é que não é unicamente da maneira como a mãe se arranja com a pessoa do pai que convém nos ocuparmos, mas da importância que ela dá à palavra dele – digamos com clareza, a sua autoridade – ou, em outras palavras, do lugar que ela reserva ao Nome-do-Pai na promoção da lei. (1998, p. 585)

Segundo Lacan, a metáfora do Nome-do-Pai é aquilo que vem substituir a ausência da mãe. Nasio deixa claro que o Nome-do-Pai, não necessariamente é aquilo que simbolicamente representa a figura do pai real, mas algo que produz um corte, uma ruptura na relação primeira do bebê com sua mãe:

(...) o Nome-do-Pai não é simplesmente o lugar simbólico que pode ou não ser ocupado pela pessoa do pai, mas é qualquer expressão simbólica produzida pela mãe ou produzida pelo filho, representando a instância terceira, paterna, da lei, da proibição do incesto. (1989, p.158)

De acordo com Dor (1991), Lacan, propõe o Complexo de Édipo em três tempos. No primeiro o bebê é o objeto de desejo da mãe, ele é o falo da mãe. A lei materna neste tempo é onipresente, só ela é capaz de suprimir as necessidades da criança. A tríade neste caso se compõe por, mãe, bebê e falo, sendo que os últimos se igualam. É ainda neste tempo que o bebê passa a reconhecer sua imagem no espelho, o que Lacan denominou de estágio do espelho, neste momento o eu do bebê é constituído pela imagem que o outro, neste caso a mãe, lhe confere como um corpo unificado, neste momento se funda o registro imaginário na criança.

O segundo tempo é aquele onde ocorrerá a simbolização, a mãe passa a ser simbolizada pela palavra, saindo de um estatuto de objeto primordial para ocupar o lugar de signo. É neste momento que o Nome-do-Pai, ou seja, algo no discurso da mãe que significa para a criança que o desejo da mãe se encontra em outro lugar, aparece para tirar a criança do lugar de falo da mãe e submetê-la a lei, a lei fundamental, a lei de simbolização, representada por uma intervenção da ordem da palavra. A lei é instalada para o sujeito no lugar do Outro dando origem à castração simbólica que terá efeito no imaginário como falta, instaurando-se assim o recalque originário.

No terceiro tempo, a equação se dará diferentemente para cada criança. O menino, por exemplo, passará da posição de ser o falo para ter o falo. A partir daí o sujeito é condenado a lidar com a falta, com a castração simbólica e o recalque.

A experiência da não-castração é o que funda a estrutura psicótica. Não há um ponto de significação que organize as vivências do sujeito, este ponto de significação representa o significante da falta, instaurado pelo significante Nome-do-Pai, na estrutura neurótica. A psicose, portanto: “Trata-se de um horizonte de significações que não é organizado ao redor de uma significação central que organizaria todas as outras”. (CALLIGARIS, 1989, p. 13). Segundo Lacan:

A *Verwerfung* será tida por nós, portanto, como forclusão do significante. No ponto em que, veremos de que maneira, é chamado o Nome-do-Pai, pode pois responder no Outro um puro e simples furo, o qual pela carência do efeito metafórico, provocará um furo correspondente no lugar da significação fálica. (1998, p. 564)

Na psicose a lei não pode ser incluída na dinâmica edipiana; no segundo tempo do complexo de Édipo, a lei permanece fora do circuito sem deixar de existir, não há inscrição da castração, em outras palavras, o Nome-do-pai é foracluído . Nas palavras de Nasio:

Veremos que a forclusão é, com efeito, o nome que a psicanálise dá a falta de inscrição, no inconsciente da experiência normativa da castração, experiência crucial que, na medida em que é simbolizada, permite à criança assumir seu próprio sexo e, desse modo, tornar-se capaz de reconhecer seus limites. (1989, p. 149)

Portanto, o sujeito permanece como que preso ao primeiro tempo do Édipo, como objeto de desejo da mãe, impedido de constituir-se como sujeito de seu próprio desejo. Quinet evidencia muito bem esta posição:

A posição estrutural do sujeito na psicose é a de ser o objeto do gozo do Outro, objeto de uso do Outro, este Outro absoluto que reproduz o primeiro tempo lógico do Édipo, quando a criança se encontra identificada ao falo imaginário da mãe como objeto de uso pessoal. (1997, p. 17).

Quinet diz que é através da metáfora paterna que a criança é retirada da posição de ser objeto de gozo da mãe; quando esta operação não se dá, o Desejo da Mãe permanece uma incógnita e retorna ao sujeito como gozo enigmático do outro, situando esta criança como seu objeto.

No que diz respeito à contribuição possível da mãe na constituição da estrutura psicótica, Aulagnier afirma que: “(...) a mãe do psicótico não é alguém que faz a lei, ela é a lei, o que é diferente” (1991, p.58). Para ela, as mães de psicóticos não se enquadram na mesma estrutura clínica, mas sua má inserção ou sua exclusão na ordem da lei é algo que sempre se encontra. Diferentemente de outras mães que já percebiam seus filhos durante a gravidez como um ser diferenciado, elas entendem estes bebês como que uma massa de

seu próprio interior, uma espécie de “enchimento corporal”, que só pode se desenvolver graças a elas. Para ela:

A presença, neste momento, desta única relação implica para a criança, da parte da mãe, uma primeira castração maciça: tudo o que no seu corpo lembra a contribuição paterna é negado, anulado, e em primeiro lugar, tudo o que poderia fazer lembrar que ela é o fruto de uma união sexual, que enquanto ser sexuado ela é também a filha do pai. A forclusão do nome do pai tem aqui o seu ponto de origem. (1991, p. 60- 61)

Nesta medida, a criança só terá o reconhecimento a partir do testemunho e onipotência da função materna.

Como já dito anteriormente, a forclusão é um mecanismo que deixa para fora da ordem simbólica o significante primordial do Nome-do-Pai. O significante que foi foracluído do simbólico retorna no real sob a forma de delírio. Para Lacan, o delírio aparece no momento em que o sujeito se depara com o buraco que sempre existiu. Freud já dizia que na psicose, a parte que foi rejeitada da realidade tenta continuamente se reimpor ao mundo psíquico. No “Caso Schreber”, Freud afirma: “Foi incorreto dizer que a percepção suprimida internamente é projetada para o exterior; a verdade é, pelo contrário, como agora percebemos, que aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora” (1998, p. 88). Desde esse momento, já é possível perceber em Freud um pequeno esboço do mecanismo de forclusão que foi posteriormente elaborado mais atentamente por Lacan.

Freud, no início, se referia à psicose como neuroses narcísicas, ou seja, para ele, a pulsão ao invés de procurar um objeto retorna ao próprio sujeito, para Quinet: “(...) na psicose o objeto não é separado, não é um objeto perdido marcado pela falta, e sim um objeto que está ao lado do sujeito, trazendo-lhe um gozo narcísico.” (QUINET, 1997, p. 64).

Para Quinet, o delírio é uma tentativa do sujeito de fazer uma separação desse objeto, tentando localizá-lo fora de seu corpo. A construção de obras de arte, poderia, neste sentido, ser uma outra forma, análoga ao delírio em sua tentativa de representar esse objeto através de uma construção, para assim separar-se dele.

Freud em “O Caso Schreber” já fala sobre a produção delirante como tentativa de cura: “A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução”. (1998, p. 87). O delírio é visto por ele como um processo capaz de reconstruir, assim como o sintoma neurótico, a história sobre seu sofrimento.



O delírio vem com a tentativa de cura da forclusão do Nome-do-pai, e nesse sentido não há motivo para a pretensão de curar o delírio.

Não se pode, portanto, pretender curar o delírio, pois ele mesmo já é uma tentativa de cura da forclusão do Nome-do-pai, dado que continua Freud, é 'uma peça que se cola lá onde houve uma falha na relação do sujeito com a realidade'"(QUINET, 1997, p. 97)

O delírio é o meio pelo qual o sujeito se coloca em relação com o mundo, é seu meio de comunicação utilizado como única forma possível de dizer sobre si e sobre seu sofrimento:

(...) o delírio cria uma realidade própria, singular, e com ela o sujeito se põe em relação. Parece uma armadilha, pois, mesmo com a criação delirante, o psicótico ainda transita entre si mesmo e um outro que é também si mesmo, e o que está fora-de-si parece ter poucas chances de encontrar alguma brecha nesse mundo de espelhos sem fim. (RIBEIRO, 2007, p. 102)

O delírio do psicótico traz uma verdade que não está escondida, como na neurose, mas muito bem explicitada. Na psicose, opera um mecanismo de defesa completamente oposto da neurose: "Como vemos, o mecanismo de defesa psicótico consiste, portanto, não num enfraquecimento da representação intolerável, como nas neuroses, mas numa separação radical e definitiva entre o eu e a representação." (NASIO, 1989, p. 152). A partir disto, Quinet diz que é impossível transformar um psicótico em neurótico, porque a forclusão do Nome-do-pai é incurável, mas há efeitos terapêuticos possíveis na análise dos psicóticos.

Resgatando o mecanismo de forclusão, como não-castração, o psicótico fica impossibilitado de constituir-se como sujeito, já que ser sujeito implica no reconhecimento de uma falta e na elaboração de um desejo, como tentativa de supri-la. Neste sentido, o psicótico fica aprisionado ao desejo do Outro, ocupando a posição de objeto de gozo desse Outro.

Levando em consideração estas questões a respeito da estrutura, o analista terá como papel fundamental, tomar o psicótico como sujeito, para que ele possa se apropriar de suas produções e fundar um sujeito de suas palavras e ações. Mas para que isso aconteça, é necessário que o analista atente para que não reafirme a posição de objeto de gozo do Outro.

Quinet, afirma que podemos reproduzir a condição de objeto de gozo do Outro, em que o psicótico se encontra de diversas maneiras:

O agente da polícia, por exemplo, atua sobre o louco: para que este produza o objeto(a) com o qual aquele poderá gozar: seja objeto de divertimento, sejam objetos de consumo produzidos pelo trabalho forçado dito terapêutico. (QUINET, 1997, p. 124)

Além disto aponta a postura do saber psiquiátrico que trata o louco como objeto e não como sujeito, mais uma vez afirmando sua posição de objeto de gozo do Outro:

A psiquiatria universitária trata o louco não como sujeito, mas como objeto – de estudo, exames, cuidados, farmacopéia. Pode-se depreender da prática da psiquiatria a estrutura do discurso universitário. (...) O saber psiquiátrico trata o louco como objeto, produzindo um sujeito patológico, barrado pela medicação, ou um sujeito que tenha seu acesso barrado à sociedade de seu estado civil. (QUINET, 1997, p. 124 - 125)

Berenstein, em seu livro *Família e doença mental*, enfatiza que podemos reproduzir nos tratamentos, sem nos darmos conta a organização dualista que se dá na família – o doente e os sadios:

A organização dualista a nível familiar agrupa diversas categorias. Quando se cinde em doentes e sadios, estabelece uma organização duradoura, determinada e determinante da organização familiar e que leva o grupo a procurar no contexto social o marco para legitimar esta organização. O exame psiquiátrico pode ser um agente social que, sem querer nem saber, pode enquadrar e fixar esta organização dualista. (1988, p.90).

Assim, a psicanálise vem com o objetivo de “fazer barreira ao gozo do Outro”, esse é um pedido de asilo que lhe exile deste Outro, esta também é a demanda que aparece aos hospícios, onde a barreira é concreta, como se o muro pudesse barrar o Outro do lado de fora.

O psicótico sente-se preso radicalmente às malhas do Outro, não há mediação entre o sujeito e o Outro. Sente como se o Outro soubesse absolutamente tudo a seu respeito, e isso para ele é uma verdade absoluta. “O psicótico não supõe um Outro que saiba o que lhe falta, ele é ocupado pelo Outro” (LEITE, 2000, p. 167).

Neste sentido, o analista deve se contrapor de forma a barrar este gozo do Outro, para Quinet: “Por intermédio de seu ato o analista se contrapõe à manobra do analisante com uma outra manobra, para que este se instaure como sujeito e não como objeto do gozo do Outro.” (1997, p. 130). Lacan fala da “Manobra de Transferência” como aquilo que é capaz de fazer barreira a este Outro :

Ela consistiria numa inversão do lugar que o paciente ocupa em relação ao analista no início da cura. O psicótico se coloca na posição de objeto e se dirige ao analista na posição de sujeito. Nessa situação o psicótico está na posição de analista e o analista na posição de paciente. Ao menos que haja uma inversão dessa posição, a análise não é possível. (...) A indicação que se retira de Lacan é a de que o terapeuta se coloque na situação de secretário do alienado. (...) O terapeuta nesse momento, ao se colocar como secretário do alienado, na verdade se coloca como sujeito castrado diante desse outro, marcando esses limites ao psicótico. (LEITE, 2000, p. 152).

A inclusão do psicótico na sociedade não deve estar ligada à sua adaptação, ou igualá-lo aos demais, mas “A inclusão de que se trata é a inclusão da diferença radical no seio da sociedade de supostos iguais” (QUINET, 2006, p.49). É necessário lembrar, que para Lacan, a loucura tem sua lógica própria e desta forma, deve ser pensada fora do “monólogo da razão sobre a loucura”.

## **Capítulo 2 – A Psicoterapia Institucional**

A Psicoterapia Institucional foi um movimento criado em 1942, por François Tosquelles, psiquiatra catalão, que fugiu para a França durante o período da Segunda Guerra Mundial e se alojou no hospital psiquiátrico de Saint-Alban, revolucionando os níveis hierárquicos presentes no hospital e revendo todo o modo de funcionamento do mesmo.

A Psicoterapia Institucional tem como grande objetivo a transformação estrutural do hospital psiquiátrico feita de dentro para fora. Ela propõe a responsabilização de todos que compõe a instituição (pacientes, funcionários, médicos) nas funções de gestão.

O objetivo da Psicoterapia Institucional é criar um coletivo orientado de tal maneira que tudo possa ser empregado (terapias biológicas, analíticas, desobstrução dos sistemas alienantes econômicos, etc) para que o psicótico tenha acesso a um campo onde ele possa se referenciar, redelimitar seu corpo numa dialética entre parte e totalidade (...). (OURY *apud* MOURA, 2003, p. 72)

É importante dizer que a Psicoterapia Institucional tem como pressuposto ético-teórico-clínico a psicanálise, principalmente a teoria Lacaniana sobre as psicoses, neste sentido priorizando o sujeito em seu percurso dentro da instituição. Apesar disto, Tosquelles enfatizou a importância do uso de diversos referenciais teóricos para a compreensão de um fenômeno que exige complexidade, a psicose. Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr. (1992) afirmam que Tosquelles procurou abolir os preconceitos em relação a outras abordagens para que o fenômeno pudesse ser melhor compreendido – a isso denominou “escuta polifônica da instituição”.

A Psicoterapia Institucional não tinha como grande objetivo acabar com hospitais psiquiátricos. Foi um movimento que não surgiu a partir de uma preocupação de inserir o psicótico na sociedade, uma vez que não considera a doença mental apenas como construção social. Birman (1992) afirma que a Psicoterapia Institucional não acredita que o único lugar possível de sujeito do louco seja no seio da sociedade que o excluiu, acredita que dentro de hospitais ou instituições também é possível a construção de um espaço para o emergir do sujeito.

O movimento da Psicoterapia Institucional, segundo Moura (2003), utilizando-se das palavras de Oury, tem como principal tarefa a criação de modos de vida que permitam ao sujeito ser tratado no nível de sua singularidade, e isso, só é possível a partir da mudança nos modos de gestão dos espaços da instituição. A partir deste fundamento, a Psicoterapia Institucional desorganiza os espaços instituídos, a fim de criar uma nova organização onde

todos (pacientes, médicos, funcionários) se envolvessem na construção de espaços, se implicando na tarefa de criar e encontrar a potência de cada um, independente de seu papel instituído.

A organização dos espaços e do que neles se passa é, portanto, atribuição de todos, sem exceção, ou seja, é pra valer. Caso contrário, desemboca-se quase que inevitavelmente no benefício secundário, cujo fortalecimento leva a um alheamento de si, estado que produz uma espécie de anemia da própria potência de existência e de criação. (MOURA, 2003, p. 100)

Neste trecho, Moura enfatiza a necessidade da implicação genuína de cada uma das partes nesse processo de construção dos espaços institucionais. O autor também frisa a importância de levar a história pessoal de cada um neste movimento de construção, mais uma vez, reafirmando a necessidade de cada um se colocar como um sujeito, portador e construtor de sua história, que o singulariza e o potencializa para a criação e desempenho de funções no âmbito institucional.

As atividades, presentes no campo da Psicoterapia Institucional não tem como finalidade tirar sujeito de seu ambiente concreto, da vida diária, como um alheamento de sua vida cotidiana, que tem por objetivo o tratamento, mas muito mais do que isto, ser produtor de experiências de vida diária e da história singular daquele sujeito. Em outras palavras, Moura explica que as atividades são como “continuidade no conjunto de suas experiências e da sua história pessoal”. (2003, p. 100)

Em relação a estas idéias, foi empregada no campo da Psicoterapia Institucional a chamada “ginástica de papéis”, o que permitia que pacientes, médicos e funcionários circulassem entre diversas funções na Instituição, não se prendendo a seus papéis pré-estabelecidos. Além disto, não havia nenhum espaço dentro da instituição na qual todos não pudessem entrar, todos os espaços eram coletivos e permitiam a participação de todos. O que mais uma vez, contribuía para que o paciente saísse de seu papel de doente, e restabelecesse sua condição de sujeito, através da participação em alguma função importante na gestão da instituição.

É em relação a tudo isso que é enfatizado a “ginástica dos papéis”, a possibilidade de transitar pelas diversas funções e pelos diversos espaços da clínica de uma forma flexível, capaz de receber as diversas demandas singulares das pessoas presentes. (VERTZMAN, CAVALCANTI, SERPA JR., 1992, p. 26.)

A partir desses pressupostos, foi criada a idéia de Clube Terapêutico como algo que daria suporte aos preceitos da Psicoterapia Institucional. O Clube é uma organização autônoma, gerida por pacientes e técnicos do hospital. Ele tem como responsabilidade a gestão

financeira e das atividades da instituição, envolvendo a participação de pacientes, funcionários e médicos. Segundo Moura: “É preciso lembrar que a gestão, tanto financeira quanto das atividades, é efetuada pelos próprios doentes, com a participação de monitores e de pessoal da administração” (2003, p. 107).

O Clube tem uma estrutura bastante flexível, ele está sujeito a mudanças de acordo com os tempos, contextos ou necessidades do momento. As oficinas são sempre decididas a partir de reuniões coletivas, que envolvem a participação de todos, desde faxineiros, pacientes até médicos, administradores. Alguns exemplos de oficinas que podem fazer parte de um clube terapêutico são: bar, banco, galinheiro, oficina trabalhos (marcenaria, concertos, pintura, etc), jornal, salão de beleza, excursões, entre outras. O Clube sustenta-se financeiramente a partir de: cotizações dos membros cooperados, lucros realizados pelas oficinas, subvenção da administração do hospital para tarefas específicas e subvenção para os fundos de solidariedade. As cotas que o clube recolhe dos membros equivale a 10% do que recebem pelo seu trabalho: na administração do hospital, nas oficinas, nos serviços do clube, prêmios de incentivo por participação na organização de alguns eventos ou prêmios de incentivo por esforços pessoais, que são decididos pelo grupo de trabalho do qual o paciente faz parte. A gestão do hospital fica a cargo de comissões de trabalho que são organizadas por áreas de atuação.

O Clube Terapêutico serve como um mediador de relações entre pessoas tanto dentro como fora do hospital, além de facilitar a responsabilização de todos num trabalho importante e coletivo, e também inserir a vida cotidiana, nos projetos terapêuticos, permitindo o engajamento de todos em funções de importância, relacionados ao cotidiano extra-hospitalar.

Embora ele [Clube Terapêutico] se tenha desenvolvido e variado de acordo com diferentes culturas e contextos, algumas de suas funções essenciais se mantêm: a mediação das trocas entre as pessoas e os grupos, considerando-se as suas relações com outras estruturas dentro e fora do hospital; a responsabilização de cada um e a articulação da vida cotidiana com os espaços terapêuticos. (MOURA, 2003, p. 109)

O Clube permite que cada um se envolva com diferentes tipos de função, permitindo o não-aprisionamento em posições, em grupos ou identidade, abrindo a possibilidade de movimentação e descoberta de diferentes experiências no campo dos saberes e afetos.

O Clube é um instrumento importante no restabelecimento da condição de sujeito do paciente, pois ele dá oportunidades reais de responsabilização sobre suas ações, de liberdade de expressão e opinião, de decisão juntamente a outros membros do clube e de

um esboço de independência econômica. Ginette Michaud (1977), afirma que é através dessa independência econômica que se reconhece o doente mental como indivíduo, pois ela é capaz de dar ao sujeito liberdade real, responsabilidade real, a possibilidade de ação e decisão nos organismos do clube.

As oficinas que compõe o Clube não são apenas um “tapa buraco” da instituição, onde os pacientes vão para fazer uma tarefa, que por si só, na opinião de alguns, já tem um sentido terapêutico. Ao contrário disso, as oficinas que compõe o Clube estão engajadas na importante tarefa de gestão da instituição, assim como implicadas na construção de vínculos e relações interpessoais horizontais entre pacientes, médicos e funcionários do hospital.

(...) não basta somente criar oficinas e inserir nelas os pacientes. É preciso que uma oficina não seja simplesmente um lugar de se executar uma tarefa. (...) o trabalho em si é uma abstração que não cura nem enferma; o que cura, enriquece a personalidade ou faz adoecer, são as condições humanas e desumanas em que o tipo de trabalho é realizado, o tipo de vínculo ou relação interpessoal que se estabelece enquanto se trabalha. (BLEGER *apud* MOURA, 2003, p. 113).

Um exemplo de grande importância no campo da Psicoterapia Institucional é a clínica de La Borde, clínica privada, fundada em 1953 por um psiquiatra francês, Jean Oury, localizada a aproximadamente duzentos quilômetros de Paris. Ela funciona a partir dos preceitos da Psicoterapia Institucional, gerida através do Clube Terapêutico. Nas palavras de Guattari (psiquiatra de grande importância que por certo tempo atuou na clínica La Borde): “A máquina institucional que instalávamos [La Borde] não se contentava em operar uma simples remodelagem das subjetividades existentes mas se propunha, de fato, a produzir um novo tipo de subjetividade.” (1992, p. 187)

Izabel Christina Friche Passos realizou uma pesquisa no ano de 2000 que tinha como objetivo descrever os modos particulares de problematização e organização das práticas no campo da saúde mental, elucidando as lógicas institucionais. Para a realização dessa pesquisa a autora colheu o material a partir de observações participantes como estagiária-voluntária na Clínica de La Borde e no departamento de saúde mental de Trieste, na Itália.

Na clínica de La Borde, segundo PASSOS (2000), todos os pacientes sabiam perfeitamente sobre sua medicação e sobre o motivo que esta lhe foi prescrita. Este simples fato permite que o paciente se aproprie de sua condição e de sua doença, permitindo que ele decida sobre sua vida, mais uma vez, simples modificação que permite ao paciente se apropriar de sua condição de sujeito.

Em La Borde, não há internação sem uma carta de consentimento escrita pelo próprio paciente, sem que este venha por vontade e pedido próprios, o que evita o controle sobre o paciente por autoridades familiares, médicas, profissionais, delegando a este a responsabilidade e o direito de escolha sobre sua vida.

Apesar de ainda ser uma clínica de referência, La Borde deixou de cumprir a risca os preceitos da Psicoterapia Institucional, os médicos passaram a constituir na clínica, assim como em outras instituições, uma elite intelectual, quebrando com a permeabilidade entre funções e papéis. A psicoterapia passou a acontecer em espaços fechados, de consultórios, constituindo-se mais uma vez como uma clínica dentro de outra. Os médicos, de certa forma, abandonaram as discussões grupais que envolviam todos participantes da instituição (pacientes, funcionários e médicos) e oficinas, o que mostra certa dificuldade em romper com a hierarquização vertical, não abdicando do poder.

É importante que pensemos sobre esta questão da hierarquia íngreme, pois ela breca a tentativa de recolocar este paciente na posição de sujeito, já que, nesta situação, se vê assujeitado a um saber, a uma prática, impedido de decidir sobre os rumos de sua vida.

MOURA diz que:

Uma das principais conquistas da ruptura dos sistemas asilares tradicionais é a possibilidade do surgimento do desejo e de seu percurso até a fala. A hierarquia íngreme lhe faz, entretanto, uma contraposição, impedindo se não o surgimento desse desejo, ao menos a sua explicitação, cuja consequência, não poucas vezes se traduz pelo agir do paciente. (2003, p. 25).

É necessário que o paciente possa se responsabilizar por suas ações e por tarefas na gestão da instituição, o que só poderá ocorrer através da responsabilização dos profissionais a cerca de suas atitudes e posições que ocupam em relação a estes pacientes. MOURA alerta que além do perigo de cairmos na não-responsabilização dos doentes, há o de não considerarmos que pode haver também uma não-responsabilização do pessoal.

Neste sentido, é de grande importância, que o equipamento passe por um processo de análise institucional, pois MOURA, afirma que assim como o analista têm resistências para com a análise de seu paciente, o equipamento também resiste ao tratamento da psicose. Nas palavras do autor:

(...) deve-se também levar em conta o trabalho com as resistências do próprio pessoal de cuidados pois, assim como o analista resiste à análise (COTTET, 1982, LACAN, 1978), poderíamos também dizer que o equipamento igualmente resiste ao tratamento do doente mental (...). (2003, p. 134).



Também sobre a necessidade de pensar sobre o serviço falam os autores Dell'Acqua e Mezzina. Eles enfatizam a importância de rever aquilo que se desenvolve no serviço a fim de repensar seus modos de funcionamento para que esse se constitua como produtor de subjetividade.

Não é possível efetuar este “trabalho com o sujeito” se, simultaneamente, não se procede a um “trabalho sobre o serviço”. O problema é de desenvolver e otimizar as potencialidades terapêuticas que o serviço possui, enquanto somatória de recursos e subjetividade. (1991, p. 73)

Para pensar a respeito das relações que se estabelecem no serviço, entre profissionais e pacientes, é necessário falar sobre transferência. Sabemos que na psicanálise, a transferência tem um papel essencial no tratamento. Ela se caracteriza pelo processo de atualização de desejos inconscientes na relação analítica. Como dizem Laplanche e Pontalis a respeito da importância da transferência no tratamento analítico:

A transferência é classicamente reconhecida como o terreno em que se dá a problemática de um tratamento psicanalítico, pois são a sua instalação, as suas modalidades, a sua interpretação e a sua resolução que caracterizam este. (2001, p. 514)

Oury enfatiza a importância de considerar a transferência no contexto da psiquiatria. Segundo ele, ouve-se dizer freqüentemente que não há transferência na psicose, porém, o autor pensa que quem afirma que psicóticos não transferem é porque não vivem com eles, falam desde suas poltronas nos consultórios, pois não estão no lugar do problema.

Em seu seminário sobre a transferência, Oury cita que Lacan mostra que é impossível falar de transferência sem falar de outros conceitos. O autor diz que é também impossível falar de transferência na cura sem falar do contexto, do ambiente, que ela se desenvolve. A respeito disso, Oury diz que é impossível manter os moldes de psicoterapia tradicional com pacientes psicóticos. Com estes pacientes (ou “impacientes” como diz o autor) é importante que se pense sobre aquilo que se passa nos trajetos, no contexto, fora do setting terapêutico tradicional. Nas palavras de Oury:

A psicoterapia é bem mais complicada que o que se passa na sessão: porque a sessão é uma codificação artificial que implica um contrato, mas com os esquizofrênicos é difícil ter contratos! Deve-se, então, levar em conta o que se passa nos trajetos, no contexto. (OURY, 1998, p. 7)

Neste sentido, para que seja possível o trabalho na transferência, é necessário que a barreira da hierarquia de funções e papéis dentro da instituição seja quebrada, só assim, o

paciente poderá estabelecer relações de confiança e participar das atividades, oficinas, reuniões de forma genuína.

Para se poder trabalhar no âmbito da transferência é, portanto, imprescindível que haja uma descolagem do plano da hierarquia, tanto entre os participantes da reunião, quanto entre estes e o paciente, para se poder ir fundo nas ressonâncias que os afetam como pessoas, muito além de qualquer casca de papel, de função ou de status. (MOURA, 2003, p. 61).

Assim como Oury frisa a importância ética de considerar o psicótico como alguém que faz transferência, é importante que consideremos que o psicótico tem desejo, ou seja, pressupor que há um sujeito do desejo. Para o autor, no final das contas, no que diz respeito à transferência, no plano operatório, no plano técnico, o mais básico é o desejo do analista. Um desejo trabalhado, um desejo que sofreu uma mutação. Este desejo do analista, no caso da psicose, está em questão bem antes do desejo do paciente, mas ele enfatiza, que surpreendentemente este desejo do paciente “pode por sua vez emergir”.

Oury também afirma que na psicose é importante a heterogeneidade de espaços, lugares, coisas e pessoas, pois isso está relacionado ao que Tosquelles chama de “transferência multireferencial”. Esta parece ser uma das condições necessárias para acolher pessoas dissociadas, para que possam investir transferencialmente em objetos parciais, multireferenciais. Uma forma de transferência parcial, segundo o autor é a identificação projetiva, conceito kleiniano, como um movimento identificatório que não permite a diferenciação dos corpos, este mecanismo, para o autor, também é uma forma de transferência, pois é a maneira que o sujeito encontrou para comunicar algo sobre si ao outro. Por conta desta dissociação que marca a psicose, muitas vezes o cozinheiro, o jardineiro, os enfermeiros tomam a posição de analista, freqüentemente sem se darem conta disso, o que exemplifica a transferência multifocal.

O trabalho analítico com a psicose, segundo o autor, é o de tentar estabelecer, mesmo que artificialmente, uma possibilidade de emergência de um sujeito, a partir do corpo dissociado, do espaço fragmentado. Gisela Pankow (1989), psicanalista que trabalhou com a questão do corpo na psicose, descreve o modo de existência do doente mental como alguém que sente o próprio corpo como um recipiente vazio, como um invólucro que perdeu seu conteúdo. A autora também afirma, que o psicótico é alguém que não habita o próprio corpo, que não consegue sair da maneira de existir para a qual se retirou. A partir destas considerações, é possível pensar na transferência como condição possível da emergência de um dizer, de sentir que há uma pessoa ali, um ser unificado.

Até o momento, este trabalho trouxe algumas considerações tecidas pela psicanálise lacaniana a respeito da psicose, assim como uma forma tratamento da psicose que se utiliza desta concepção teórica em seu fazer. Neste momento, é necessário discorrer a respeito do sistema de saúde mental brasileiro, que se configura atualmente, com base na Reforma Psiquiátrica Brasileira, para que seja possível refletir a respeito destes serviços.

### **Capítulo 3 - Política de Saúde Mental no Brasil**

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início a partir da segunda metade da década de 1970. Segundo Tenório (2002), a Reforma tinha por objetivo o resgate da cidadania dos sujeitos tutelados e interditados. A reforma acontece num campo de saberes heterogêneos, incluindo as dimensões: clínica, política, social, cultural e jurídica. Apesar de datada em meados da década de 1970, duas tentativas reformistas antecederam a reforma em si. Foram elas: a implantação de comunidades terapêuticas, no final da década de 1960, e o surgimento da psiquiatria comunitária, no início da década de 1970.

As comunidades terapêuticas tinham o objetivo de transformar o hospital psiquiátrico, a partir da leitura psicanalítica do modelo discursivo/organizacional do cotidiano hospitalar. A psicanálise utilizou-se de sua teoria sobre grupos para embasar os dispositivos grupais das comunidades. Apesar da tentativa de resgatar a cidadania do doente mental num momento em que isto ainda não estava em pauta, as comunidades terapêuticas fracassaram em suas tentativas de solucionar o problema manicomial.

A segunda tentativa anterior a reforma, a psiquiatria comunitária, tinha como objetivo a intervenção preventiva na comunidade, pautados na idéia de promoção de saúde mental. Essa tentativa foi bem aceita por um tempo no país, mas logo percebeu-se que ela estava ajudando a promover a psiquiatrização e normatização do social, pautados na idéia de adaptar o doente num grupo. Logo mais, notou-se que havia um pensamento eugenista nos preceitos da psiquiatria preventiva, com a proposta de intervir no social para modificar os padrões genéticos na população.

Hoje, entende-se por psiquiatria comunitária, um tratamento que mantenha o paciente na comunidade e que possa fazer disso um recurso terapêutico, levando em consideração que o louco é capaz de habitar o social tal como é.

A partir da metade da década de 1970, começam a surgir movimentos contra os altos índices de internações no país. A maioria das internações é feita em hospitais particulares, remunerados pelo setor público. Para os donos de hospitais particulares, quanto maior o número de pacientes e maior o tempo de internação, maior o lucro que eles podem ter, uma vez que tem o menor custo possível na manutenção do hospital. Como resposta a isto, em 1978 surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Em 1987 acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos trabalhadores em Saúde Mental. Segundo Tenório:

A I Conferência representa, portanto, o fim da trajetória sanitária, de transformar apenas o sistema de saúde, e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização. O encontro que a ela segue institui um novo lema: 'Por uma sociedade sem manicômios'. (2002, p. 35.)

O Movimento da Luta Antimanicomial vem com a proposta de discutir e reconstruir a relação da sociedade com o louco e a loucura. O dia 18 de maio fica instituído como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, permitindo que a clínica psiquiátrica possa ser discutida em suas bases.

No ano de 1989, o deputado Paulo Delgado apresenta um projeto de lei na câmara legislativa que seria reconhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, ela tinha por base o impedimento de construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, prevendo um direcionamento de recursos públicos para a criação de dispositivos não-manicomiais de atendimento, obrigando a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária. Esta lei – Lei 10.216 - só foi aprovada em 6 de abril de 2001.

Ainda na década de 1980 o Brasil presenciou o surgimento de duas experiências institucionais importantes na história da Reforma Psiquiátrica. Foram elas: O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Itapeva em São Paulo e a Casa de Saúde Anchieta em Santos. Estas experiências abriram as portas para a implantação de um Programa de Saúde Mental organizado em torno de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Os NAPS são estruturas abertas, regionalizadas, responsáveis pela demanda de toda a região que ocupam, oferecendo cuidados 24 horas, possibilitando também a internação, com apenas 6 leitos por unidade. Os NAPS aceitam pacientes com freqüências irregulares no tratamento, oferecendo atividades grupais, consultas médicas e psicológicas, e visitas domiciliares.

Em 1991 e 1992 os CAPS e NAPS foram regulamentados pelo Ministério da Saúde. Eles oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Nos NAPS não há limitação numérica de clientela, têm por obrigação atender a demanda de saúde mental de seu território de referência; os CAPS limitam o atendimento à população inscrita no serviço, que já passou pela triagem. Os CAPS estão em funcionamento apenas nos dias úteis e ainda não possuem leitos de internação e acolhimento – noite, mas também trabalham com equipes multidisciplinares que se responsabilizam por atividades terapêuticas diversificadas.

Uma boa definição do que são os CAPS está no Manual do CAPS publicado no ano de 2004 pelo Ministério da Saúde:

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu 'território', o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica. (Ministério da Saúde, 2004, p. 9).

Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS assumem um papel estratégico na organização da rede de cuidados em Saúde Mental. Eles têm como grande objetivo oferecer atendimento a população de sua área de abrangência, através de acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários, possibilitando o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento de laços sociais e familiares. A população que o CAPS tem por objetivo atender é formada por pessoas em intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar projetos de vida, são principalmente pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico. O CAPS é um dispositivo que proporciona algumas atividades como: atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento para a família, atividades comunitárias, assembléias e reuniões de organização do serviço, tratamento medicamentoso, atendimento psicoterápico, atividades de suporte social, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares.

As oficinas terapêuticas constituem-se como um importante instrumento no projeto terapêutico dos pacientes. Segundo o Ministério da Saúde:

As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecidos no CAPS. (...) Essas oficinas são atividades realizadas em grupos com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania. (Ministério da Saúde, 2004, p. 20)

As oficinas terapêuticas podem ser classificadas em três grupos: as expressivas incluindo oficinas de artes plásticas, corporais, verbais, musicais, fotográficas e teatrais; geradoras de renda; e de alfabetização. Além das oficinas, é importante que os usuários possam participar das reuniões e assembléias, para discutirem sobre as atividades terapêuticas que o serviço proporciona.

Quanto aos profissionais, os CAPS contam com uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de nível superior e de nível médio. Os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos,

professores de educação física, entre outros. Os profissionais de nível médio podem ser: técnicos ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, além dos profissionais da limpeza e cozinha.

Os CAPS se dividem em cinco tipos, que variam de acordo com a população atendida e quanto ao número desta população: O CAPS I serve municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, O CAPS II serve municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, o CAPS III serve municípios acima de 200.000 habitantes e funciona 24 horas, com leitos noturnos para internação, o CAPS i atende crianças e adolescentes com transtornos psíquicos severos e/ou persistentes, o CAPSad atende dependentes químicos. Os atendimentos nos CAPS podem ser de três tipos: Intensivo – o usuário é atendido todos os dias da semana, Semi-Intensivo – o usuário frequenta o serviço até 12 dias no mês, ou Não-Intensivo – o usuário só frequenta o CAPS até 3 dias no mês.

Os serviços de atenção psicossocial como os CAPS e NAPS devem estar articulados à todos os serviços na rede de saúde mental, para que possam na comunidade, no território em que vive o usuário, buscar alternativas mais criativas para seu tratamento. Segundo Amarante:

(...) As políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em 'rede', isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos. (AMARANTE, 2007, p. 86)

Atualmente, além das portarias que regulamentam os CAPS e NAPS, há também a mais recente, portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000, que regulamenta os “serviços residenciais terapêuticos”. As chamadas Residências Terapêuticas são casas preferencialmente inseridas na comunidade, destinadas a cuidar e oferecer moradia aos pacientes egressos de longas internações psiquiátricas, que não possuem laços sociais ou familiares.

Há também, em São Paulo os Centros de Convivência e Cooperativas (Cecco), experiência iniciada na década de 1990, que possibilitam espaços de sociabilidade, redes sociais solidárias, e o encontro de diversos sujeitos de diferentes condições sociais e culturais.

Por fim, é importante considerar o Programa de Saúde da Família (PSF), que surgiu a partir da Estratégia Saúde da Família, em 1994, com o objetivo de atuar na comunidade para reverter o modelo assistencial biomédico, centrado no tratamento e na doença. É um modelo de assistência primária à saúde, centrado na família. Esta estratégia conta com uma equipe formada por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes de saúde que devem residir naquele território de atuação. Esta

estratégia permitiu que o foco saísse da doença e se direcionasse às pessoas, à família, desta forma permitiu o desenvolvimento de novas práticas e estratégias para lidar com a saúde da comunidade. Os profissionais de saúde mental devem oferecer apoio às equipes de saúde da família para que eles possam realizar intervenções importantes, sem que seja necessário o encaminhamento para níveis mais complexos de recursos.

A partir disso, é possível dizer que a clínica em saúde mental transformou-se bastante, partindo de algo bastante fechado e estacionado, para uma abertura, que cada vez mais, pensa na saúde mental incluída no âmbito da saúde em geral, e não como algo a parte, distanciado e que deve ser mantido, também afastada da comunidade. Ana Maria Lobosque nos fala da importância da clínica em movimento, capaz de se articular com a cultura, com a comunidade e também com outros campos e serviços. Nas palavras da autora: “(...) a esta ajuda chamaremos de uma clínica em movimento: uma clínica que não caminha para si mesma, mas se combina e se articula com tudo o que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio entre os homens.” (LOBOSQUE, 2003, p. 21)

Pensando em tudo o que foi exposto no presente trabalho até o momento, a respeito dos modos possíveis de lidar com a psicose e, de como os serviços de saúde mental trabalham, ficam algumas questões: Será que os CAPS que estão preocupados no resgate à cidadania do psicótico não se esqueceram da dimensão do sujeito em sua profundidade?

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tinha como maior pressuposto o resgate à cidadania, será que o sujeito não ficou esquecido nesta luta?

Será que a Psicoterapia Institucional nos oferece subsídios clínicos para a prática em saúde mental voltada para o resgate do sujeito? Ou será que é mais alternativa de tratamento em saúde mental carcerária?

Por que a prática em favor da cidadania deve se distanciar tanto da clínica do sujeito? Será que podemos dizer que a clínica em movimento, que nos fala Lobosque, realmente está em vigor?

E, por fim, a pergunta central desse trabalho, será que os dispositivos de tratamento em saúde mental, atuais, não reproduzem a posição de objeto de gozo do Outro que o psicótico se encontra?



Estas questões vão orientar a discussão que se segue, mas com a certeza de que não teremos respostas prontas, uma vez que são questões polêmicas, que devem ser debatidas, e que o presente trabalho tem a função de apresentar algumas idéias que tem por objetivo ajudar na discussão destes temas.

## Discussão

Baseando-me nas considerações da escola francesa a cerca da psicose, e dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pretendo abordar as questões levantadas no capítulo anterior deste trabalho, para pensar os dispositivos de tratamento em saúde mental pós reforma psiquiátrica. Este trabalho dará maior ênfase ao trabalho realizado nos Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS, pois estes são os serviços que têm por objetivo a substituição do sistema asilar-hospitalar e que se destinam ao acolhimento de pacientes com transtornos mentais graves e severos.

Para tanto, retomarei alguns conceitos chaves que se encontram no primeiro capítulo deste trabalho. A psicose se constitui a partir do mecanismo de forclusão do Nome-do-Pai. Na psicose, o sujeito fica preso ao primeiro tempo do Édipo, no lugar de objeto de desejo da mãe, impossibilitado de se constituir como sujeito de seu próprio desejo, de sair das tramas de ser o desejo do Outro, de ter uma existência própria, descolada deste Outro. Por esta razão, Lacan afirma que o psicótico fica preso numa posição de ser objeto de gozo do Outro. Esta é a idéia principal que norteará as discussões que este trabalho se propõe.

Partindo deste pressuposto de que o psicótico é alguém que está preso no desejo do Outro, que é objeto de gozo deste Outro, é importante que atentemos para a prática e os dispositivos em saúde mental. Como diz Ribeiro, é necessário que se atente para não manter a alienação deste sujeito, para que ele não fique subjugado às vontades daqueles que mandam e desmandam dentro da instituição. Segundo ela:

Se entendermos o psicótico como alguém que fica preso em uma condição de alienação no outro, ou seja, alguém que não pode existir de maneira independente e autônoma, mas apenas como parte e em função de um outro – compreensão que um saber psicanalítico nos oferece – causa certo mal-estar constatar que o tratamento que se propõe para um ‘alienado’ consista ainda na manutenção de sua alienação. O louco, inicialmente entregue aos mandos e desmandos de um outro com quem se funde fica – desde o momento em que inicia seu ‘tratamento’ – entregue aos ditames ainda mais poderosos de um saber psiquiátrico que sabe tudo a seu respeito. (RIBEIRO, 2007, p. 56).

Piera Aulagnier afirma que o psicótico sabe do abuso de poder à que é submetido, mas lhe é imposta uma impotência, que lhe impede de bancar o seu Eu, sofrendo caladamente as imposições deste Outro.

O psicótico, e penso aqui especialmente na esquizofrenia, conhece o abuso de poder que se exerceu e que se exerce contra seu Eu, e a impotência que lhe é imposta. Este Eu que declararam louco, que encarceraram, que tranqüilizaram, que mergulharam no sono, continua a existir dolorosamente,

e não ignora nem seu sofrimento nem sua exclusão pelos outros.  
(Aulagnier, 1985, p. 29)

Este encarceramento, que nos fala Aulagnier, pode não só estar remetido aos muros de hospitais psiquiátricos, mas também aos serviços substitutivos que podem também encarcerar e tranquilizar através de medicamentos, da rigidez de sua estrutura, de proibições internas e a manutenção em oficinas que perderam a perspectiva clínica.

O próprio técnico do equipamento, muitas vezes se vê preso às regras impostas pela instituição, regras provenientes da direção do serviço, imposições ao seu trabalho, que lhe impedem de fazer algo novo, de permitir que o paciente participe das atividades à sua maneira, com seu modo de ser sujeito. Segundo Rômulo Ferreira da Silva:

O terapeuta se vê engessado numa forma de agir com seus pacientes que não deixa opção de escolha: ou o paciente responde às intervenções propostas ou será excluído do tratamento por não se encaixar nas regras da instituição/terapeuta. (2007, p. 23).

Através destas primeiras questões apresentadas, a respeito dos serviços substitutivos de saúde mental, é possível perceber a dificuldade que os equipamentos encontram em oferecer espaços mais sadios de tratamento. Neste sentido, é importante pensarmos o quanto a Psicoterapia Institucional tem a nos oferecer como proposta de tratamento. Como já dito, no capítulo 2, a Psicoterapia Institucional não tinha como principal objetivo fechar as portas de hospitais psiquiátricos, a sua principal idéia foi de reconstruir o hospital de modo mais democrático, acabando com a hierarquia íngreme, promovendo a ginástica de papéis, responsabilizando os sujeitos em projetos de gestão do hospital e promovendo oficinas com objetivos bem explícitos, de promover trocas intersubjetivas e o resgate do sujeito na psicose. Nas palavras de Passos (2000), a clínica de La Borde tinha o objetivo de: “(...) reconstruir o mundo e a sociedade em que vivemos pela fabricação de um espaço microsocial, protegido, apartado e concebido para abrigar a diferença.” (p. 164).

A Psicoterapia Institucional traz como principal idéia a quebra da hierarquia íngreme, como tentativa de devolver ao paciente seu lugar de sujeito e lhe permitir se responsabilizar pelos seus fazeres dentro da instituição, oferecendo-lhe a possibilidade de construir o próprio desejo.

Uma das principais conquistas da ruptura dos sistemas asilares tradicionais é a possibilidade do surgimento do desejo e de seu percurso até a fala. A hierarquia íngreme lhe faz, entretanto, uma contraposição, impedindo se não o surgimento deste desejo, ao menos a sua explicitação, cuja consequência, não poucas vezes se traduz pelo agir do paciente. (MOURA, 2003, p. 25)

Parece que na fala de Moura sobre a mudança estrutural dos sistemas de saúde mental, há algo de grande importância, que vai além do fechamento das portas dos manicômios. É necessário, assim como nos lembra o autor, que se atente para o modo como estes serviços substitutivos são constituídos, para que não se construam sob o mesmo modo de funcionamento dos hospitais, onde a hierarquia e o respeito à ela estão na base, mas que este modelo seja superado para que pacientes, médicos, terapeutas e funcionários possam gerir o serviço, cada um com seu conhecimento, com suas opiniões, mas com o mesmo poder.

Dell'Aqua e Mezzina (1991), dois grandes nomes de referência na construção de serviços de atenção psicossocial em Trieste, na Itália, também enfatizam a importância de repensar os atuais sistemas de saúde mental. Há uma oferta diversificada de serviços e dispositivos, como os mencionados no terceiro capítulo deste trabalho, mas é necessário pensar a respeito do funcionamento de cada um deles, será que não estão baseados nas mesmas concepções sobre a loucura em que os hospitais psiquiátricos foram fundados? Será que não reproduzem a segregação e exclusão do paciente de seu próprio tratamento? Nas palavras dos autores:

O circuito psiquiátrico, que contava apenas com o hospital psiquiátrico, caminhou em direção à articulação de um modelo operativo mais complexo, mais aperfeiçoado, rico de múltiplos momentos, porém não se modificou absolutamente o modelo cultural de referência. Todas as práticas que foram desenvolvidas continuaram, de fato, a propor espaços separados de intervenção e a fragmentar em ofertas terapêuticas a resposta à necessidade de ajuda e apoio. Determinou-se uma paradoxal desproporção entre a oferta de serviços, algumas vezes abundantes e diversificados, e a possibilidade de usufruto destes mesmos serviços. (1991, p.54)

Os mesmos autores falam sobre a dificuldade de tomar o paciente como sujeito, uma vez que o termo profissional nos remete a dominação deste sobre seu objeto de trabalho, e neste caso, do profissional da saúde, o paciente é seu “objeto de trabalho”. Esta idéia, mais uma vez aponta para a dificuldade que os profissionais em saúde mental enfrentam ao tentar desmontar a hierarquia íngreme que há entre técnicos e pacientes, mas é importante levar em consideração, que é só a partir dessa postura horizontal que é possível tomar o outro como sujeito. Como nos fala Flávia Machado Seidinger (2007), é preciso que os profissionais mantenham uma postura de “saber nada saber” sobre aquele outro, psicótico, para que seja possível que ele construa seu próprio saber sobre si. Nas palavras da autora: “É compatível também com a condição do Outro a ser instalado na medida do sujeito: é um Outro que não sabe sobre ele; um Outro parceiro, e que *sabe não saber* para que caiba ao próprio sujeito construir o seu saber”. (2007, p. 216).

Outro ponto que muitas vezes barra a tentativa do paciente de ser visto e respeitado como sujeito é o discurso científico, que tem a certeza de saber tudo sobre aquele sujeito. Para Quinet: “No discurso universitário, portanto, a verdade – a verdade do sujeito – é rejeitada em prol do mandamento de tudo saber”. (2001, p. 15). A psicanálise se contrapõe a esta verdade científica, esta verdade que universaliza, porque está interessada na verdade do sujeito, na verdade do particular.

Em contraposição à uma ciência universalizante, só é possível, como propõe a psicanálise, uma ética do particular que inclua o sujeito, cuja essência, segundo Espinosa, é o desejo, pois no discurso universitário da ciência tudo que é tratado pelo saber é considerado um objeto, até mesmo um objeto de gozo, inclusive quando são homens e mulheres tratados epistemicamente. Trata-se, pois, de objetivar, de objetalizar para aplicar o saber, o que no âmbito médico, não é segredo nem novidade. (QUINET, 2001, p. 15)

A responsabilização dos pacientes por suas próprias ações, por suas próprias vidas, por seus próprios desejos só pode ser feita a partir da quebra na hierarquia íngreme, como já dito anteriormente, embora ela não seja por si suficiente. É também necessário lembrar o que já foi mencionado no capítulo 2 por Moura. O autor nos diz que é de suma importância a responsabilização da equipe, pelo serviço prestado, pela manutenção da horizontalidade, pela tentativa de enxergar no paciente um sujeito, pleno de saberes.

Falando a respeito da responsabilidade da equipe, é necessário pensar sobre as oficinas, que são dispositivos centrais dos atuais serviços substitutivos. Como também já dito no segundo capítulo deste trabalho, é de grande importância que seus objetivos estejam claros. Não se pode criar oficinas apenas para ocupar o tempo do paciente com algumas tarefas, não é a atividade em si que cura ou enferma o paciente. O que pode ser de grande valor na “melhora” do paciente são as condições das relações humanas que se estabelecem no trabalho que se realiza, mais uma vez aqui podemos mencionar a importância de realizar o trabalho com o paciente no campo da transferência.

Para que se possa trabalhar na transferência, é necessário que se desprenda do plano hierárquico, para que cada um se permita ser afetado e se afetar pelo outro, descolado do plano das funções e status sociais, reconhecendo o sujeito no paciente.

Para se poder trabalhar no âmbito da transferência é, portanto imprescindível que haja uma descolagem do plano da hierarquia, tanto entre os participantes da reunião, quanto entre estes e o paciente, para se poder ir fundo nas ressonâncias que os afetam como pessoas, muito além de qualquer casca de papel, de função ou de status. (MOURA, 2003, p. 61)

Só é possível reconhecer um sujeito no paciente ao nos colocarmos em uma posição de horizontalidade, só assim será possível reconhecer ali um outro interlocutor, sujeito de si e de seu desejo.

É neste sentido que podemos dizer que a função de acolhimento não se limita à recuperação do doente, tampouco a uma equipe de referência ou ao tratamento terapêutico especializado que eventualmente ele venha a receber. Muitas vezes, uma simples presença, um simples reconhecimento do outro pode ter efeitos com os quais até mesmo o especialista pode surpreender-se. (MOURA, 2003, p. 131)

Se o paciente que já é excluído socialmente, é desresponsabilizado por suas ações, nos dispositivos de tratamento, se é incapaz de participar das decisões que envolvem seu próprio tratamento, se é assujeitado ao saber técnico sobre ele, o paciente perde seu “papel operativo” e é possível dizer que houve uma reafirmação de sua posição de objeto, segundo Moura (2003), o sujeito fica alienado nas estruturas de tratamento.

É possível incluir o sujeito em seu tratamento através de reuniões que envolvam o paciente a fim de discutir as propostas do serviço para ele, conservando assim sua possibilidade de opinar a respeito de sua própria vida, sobre seu próprio tratamento. É necessário que o serviço possa ser flexível a ponto de se adaptar e se oferecer às demandas de cada paciente.

O tempo organizado e administrado pelo serviço deve se articular com o tempo próprio do paciente através da discussão das suas propostas e iniciativas. O respeito ao tempo próprio do paciente é, assim, um ulterior fator de reforço/conservação das suas potencialidades de ‘sujeito’ e não ‘objeto’, dominado e institucionalizado. (Dell’Aqua e Mezzina, 1991, p. 68)

A Reforma Psiquiátrica tinha como grande objetivo ser um campo “heterogêneo” que levasse em conta as perspectivas: clínica, política, social, cultural e jurídica. Infelizmente, observamos que a perspectiva clínica foi muitas vezes esquecida durante este percurso. Chamamos de perspectiva clínica aqui, o trabalho com o sujeito, sujeito e seu desejo, diferenciado de cidadão, de ser de direitos e deveres. A clínica é aqui pensada não como a clínica particular, fechada, entre quatro paredes, mas a tomada do outro como sujeito, a escuta atenta de seu desejo, a busca pelo ressurgimento deste sujeito que foi muitas vezes apagado pelo cidadão de direitos.

Penso que o essencial da reforma são as práticas de cuidado destinadas aos loucos, visando à manutenção do louco na vida social e visando a que ele possa, nos constrangimentos impostos por sua condição psíquica, exercer-se como sujeito. A isso chamo de clínica. E a clínica é uma ação social. (TENÓRIO, 2002, p. 55)

É importante que as duas dimensões sejam levadas em consideração: a dimensão do sujeito e a do cidadão. É necessário que se cuide, para através da lógica da cidadania, não enquadrar o sujeito no saber universal daquilo que parece ser bom para ele. Para Doris Rinaldi:

Do privado ao público ou do singular ao universal, estabelece-se uma linha de continuidade entre o sujeito e o cidadão. Se a noção de sujeito diz respeito à individualidade, a cidadania é o lugar do reconhecimento do sujeito na sociedade. (2006, p. 143)

A psicanálise, com sua proposta ética, traz para os ativistas da reforma a perspectiva da verdade do sujeito, não abandona a necessidade de inserir esse sujeito no social, nem nega seus direitos, mas propõe uma outra lógica para chegar a estes objetivos, pretende dar voz a esse sujeito, em primeiro lugar, para que ele possa de fato habitar o social, brigar por seus direitos e ocupar os espaços de seu território.

Se para combater a anulação do sujeito, a reforma deixa de se interessar estritamente pela clínica, e chega a ter, em seu interior, uma vertente que recusa a clínica como algo interessante para a obtenção desse objetivo, como situar aí a psicanálise? Que incidência tem ou deve ter aí a psicanálise como clínica do sujeito, como práxis que concerne à loucura? Sem prejuízo das outras dimensões em jogo, penso que nós, psicanalistas que atuamos na reforma devemos fazer um esforço de formulação no sentido de localizar, nesse campo de acontecimentos o trabalho clínico pelo qual a psicanálise procura fazer advir o sujeito na psicose. (TENÓRIO, 2001, p. 122)

A clínica do sujeito aqui tratada, e clínica ligada a reforma psiquiátrica, é a clínica em movimento, clínica que não está presa em consultórios, mas que enxerga a importância do social para que o paciente reconstrua sua história de sujeito, sua autonomia e independência. Estamos aqui falando da clínica em movimento proposta por Lobosque, clínica que se articula com o que está em torno, que estabelece um trabalho em rede, que se transforma segundo a cultura, clínica da vida cotidiana.

Trata-se, dentre outras frentes de ação, de retirar a clínica da saúde mental de sua tradicional função de controle social, feita em nome de ditames técnicos e científicos, para colocá-la a trabalho da autonomia e independência das pessoas. (LOBOSQUE, 2003, p. 20)

Essa clínica que falamos acima, esta clínica do sujeito, deve ser considerada também instrumento precioso da reforma psiquiátrica para se contrapor à clínica biológica-farmacológica e também à idéia de que a saúde está apenas pautada no bom funcionamento psicossocial, como diz Tenório (2006).

É preciso frisar que a psicanálise, não se opõe à psiquiatria em si, mas se opõe a qualquer clínica que não tome o sujeito como principal, que universalize e categorize indivíduos sem

levar a singularidade em consideração. Segundo Quinet: “A psicanálise, portanto, não se opõe à psiquiatria, mas sim a todo discurso que suprime a função do sujeito. É preciso clinicar e não há clínica dessubjetivada.” (2001, p. 20 ).

É necessário pensar os serviços substitutivos a partir de dois pontos principais. É necessário pensar a partir da perspectiva clínica, para que o sujeito possa advir, mas também não podemos nos esquecer da perspectiva política e social, de encontrar um lugar para este sujeito na sociedade. Estas não são perspectivas excludentes, são apenas diferentes perspectivas, embasadas por teorias diversas, mas indissociáveis, e podem ampliar o universo de cuidados se pensadas conjuntamente. Passos percebeu em sua pesquisa a dificuldade que estes dois campos encontram para caminharem conjuntamente, briga que iniciou com diferentes perspectivas de reforma: A Psiquiatria Democrática Italiana e a Psicoterapia Institucional Francesa, a primeira com o objetivo de inserir o louco na sociedade e a segunda de criar um equipamento clínico que se preocupasse com o sujeito na psicose. Segundo Passos:

Há na recusa de princípio, seja da idéia de ressocialização, seja na contrapartida da recusa italiana da perspectiva clínica, uma imprecisa cisão, de parte a parte, entre uma abordagem do sujeito psíquico, do desejo e da subjetividade, e uma abordagem do indivíduo, dos grupos e dos fenômenos sociais. Referenciada nas duas maiores visões de mundo que dividiram e polemizaram o campo das idéias sobre o humano no século XX – marxismo e psicanálise -, esta cisão continua determinando conflitos ideológicos nos campos ‘psi’ e de saúde mental, apesar dos muitos esforços teóricos por uma aproximação possível. (p. 220, 2000).

Como nos fala Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr., em saúde mental, é necessário que superemos o maniqueísmo em relação aos serviços, como se os bons tratassem na sociedade e os maus no asilo, segundo ele, esta é uma “falsa questão”. O que é de fato importante é o modo como cada instituição em particular funciona, pautada na ética de tomar o outro como sujeito, considerando seu saber sobre sua própria doença.



## **Conclusão**

O principal objetivo deste trabalho é o de utilizar ferramentas conceituais para analisar os atuais serviços substitutivos de saúde mental, e verificar se estes promovem a ascensão do psicótico à posição de sujeito, ou se apenas reproduzem sua condição de objeto de gozo do Outro. Este trabalho pretende oferecer material conceitual para que seja possível repensar sobre os modos de lidar com a loucura, em que se possa tomar o outro como sujeito.

Para tanto, procurei primeiramente trazer a conceituação da psicose pela psicanálise, em seguida apresentei um tipo de tratamento em saúde mental que se baseia nos preceitos da psicanálise, de tomar o psicótico como sujeito, e por fim, apresentei a reforma psiquiátrica brasileira e os serviços substitutivos que dela surgiram. Na discussão do trabalho procurei articular todas estas dimensões para pensar no principal problema deste trabalho.

Neste momento, levando em conta tudo o que foi explicitado nesta pesquisa, penso que é possível problematizar os atuais serviços substitutivos de saúde mental e pensar como estes serviços podem se beneficiar da leitura psicanalítica.

Em primeiro lugar é necessário que os serviços se mantenham em constante auto-observação. É preciso que cada um esteja atento ao fato de que rapidamente toma-se o psicótico como objeto, é fácil reproduzir a posição em que outro já se encontra, o difícil é colocá-lo em posição de sujeito frente ao seu próprio tratamento e a sua própria vida. Para que isso aconteça, como nos dizem muitos autores, é condição necessária a quebra da hierarquia, contribuição de grande valor que nos dá a Psicoterapia Institucional.

A quebra da hierarquia não parece uma tarefa simples e nem tem que acontecer de maneira utópica, onde todos médicos e técnicos dessem-se de seus “jalecos”, de seus saberes, mas deve acontecer de modo a que todos possam contribuir com seus saberes, cada qual com seu conhecimento. Os técnicos e psiquiatras colaboram com o conhecimento teórico e prático a cerca da psicose, os funcionários contribuem com seu saber cotidiano sobre os pacientes e os próprios pacientes contribuem com o saber sobre sua própria condição, sobre sua vida. Penso que essa é uma maneira importante de dissolver a hierarquia íngreme, este modo permite que cada um respeite o saber do outro como necessário para o funcionamento da instituição e extremamente precioso, já que cada um fala de um lugar, de seu lugar frente à psicose.

Essa atribuição verdadeira de um lugar ao psicótico é um preceito ético da psicanálise. Ela não dá funções arbitrárias ao paciente, sem qualquer valor prático, mas atribui a ele a condição de sujeito que sabe sobre sua própria loucura, colocando o psicanalista numa posição de “saber não saber”.

Nesta perspectiva, a cidadania do psicótico também é possível, a partir da construção do sujeito que vai em busca de seus direitos e deveres de cidadão, que se insere em seu território como sujeito, que sabe o que é necessário para exercer sua cidadania. A psicanálise não insere o psicótico na sociedade, ela cria condições para que ele se insira como sujeito, tentando não repetir a posição de objeto, onde “o inserem”, decidem o que é bom para ele, lhe injetam seus direitos e deveres de cidadão.

A partir disto, é possível pensar na reformulação dos serviços substitutivos de saúde mental a partir das idéias da Psicoterapia Institucional. Não digo aqui que devemos voltar com o modelo fechado de hospital psiquiátrico, mas assim como a Psicoterapia Institucional acreditava que o problema não era a instituição em si, mas o modo com ela funcionava, é possível pensar que o problema não esteja necessariamente nos serviços substitutivos, mas na maneira como eles funcionam.

Os serviços devem, em primeiro lugar, pensar sobre o regime fortemente hierárquico sob o qual são administrados. Como já dito em inúmeros momentos neste trabalho, a quebra da hierarquia, o modo de relação horizontal é condição necessária para que se possa tomar o outro como sujeito. É preciso também que se pense sobre a possibilidade da participação de todos (técnicos, psiquiatras, funcionários e pacientes) na administração do serviço. Assim como a Psicoterapia Institucional criou o clube terapêutico como dispositivo que incluía a todos no gerenciamento do serviço, é possível que algo semelhante seja criado nos serviços substitutivos.

Partindo desta mesma linha de pensamento, é necessário que todos os envolvidos na instituição possam experimentar a “ginástica de papéis”, para que cada um não fique enrijecido em sua posição ou status, o que impossibilitaria a troca de experiências entre diversas funções na instituição e a deixaria cada vez mais rígida.

Como conclusão para a principal pergunta deste trabalho: Será que os serviços substitutivos de saúde mental reproduzem a condição de ser objeto de gozo do Outro, em que o psicótico se encontra? Acredito que podemos, a partir de todas as considerações tecidas no presente trabalho, dizer que os serviços substitutivos de saúde mental podem ou não reproduzir a condição de ser objeto de gozo do Outro, em que o psicótico se encontra, dependendo do

modo como este serviço se organiza. Se o serviço se esquece da perspectiva clínica e só pensa na perspectiva política, decidindo o que é bom pro paciente, esta é uma maneira de reproduzir a condição de objeto. Se a gestão é mantida sob hierarquia íngreme, também se reproduz a condição de objeto. Se não se considera que “sabe não saber” sobre o psicótico, e que, portanto, se detém o saber sobre ele, reproduz a posição de objeto. Outro fator importante para a tomada deste outro como sujeito é a heterogeneidade das situações, cada qual na instituição não deve ficar preso a seus papéis e status sociais, é preciso que haja uma circulação das funções, permitindo que todos se coloquem em posições transferenciais e que o paciente possa ocupar outros lugares mais saudáveis dentro da instituição.

Enfim, o presente trabalho mostrou, como os serviços de saúde mental podem reproduzir a condição de objeto de gozo do Outro na psicose, de inúmeras maneiras, basta não tomarmos o outro psicótico como sujeito de sua própria condição. Este trabalho procurou também, mostrar formas de lidar com a loucura que permitem a ascensão à posição de sujeito.

A partir deste trabalho, pude levantar outras questões que me parecem bastante importantes para continuar refletindo sobre o campo da saúde mental:

Como suportar o trabalho com a psicose durante oito horas por dia, cinco vezes na semana, sem supervisão? O trabalho com a psicose traz muitos conhecimentos ao psicanalista, mas é um trabalho árduo no sentido da disponibilidade física e psicológica que é necessário ter para tal. É preciso pensar sobre a supervisão em equipes de saúde mental para que possam pensar a respeito do trabalho desenvolvido.

Será que um serviço como este é capaz de se sustentar sem supervisão institucional, onde haja um espaço em que seja possível o pensar sobre os rumos que o serviço toma? Se estes são problemas que estão fora do alcance das instituições em si, mas estão ligados a algo maior, à administração dos serviços pelo Estado, como fazer para não reproduzir a condição de objeto de gozo do Outro na psicose?

Estas questões, que surgiram ao longo deste trabalho, penso que são importantes na tomada de decisões no campo da saúde mental e devem ser consideradas para a melhoria dos serviços que oferecemos.

## Referências Bibliográficas

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

AULAGNIER, Piera. Observações sobre a estrutura psicótica. In: KATZ, Chaim S.(org.) **Psicose: uma leitura psicanalítica**. São Paulo: Escuta, 1991. p.51-74.

AULAGNIER, Piera. **Os destinos do prazer**. Rio de Janeiro: Imago, 1985

BERENSTEIN, L. **Família e doença mental**. São Paulo: Escuta, 1988.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

CALLIGARIS, Contardo. **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

DELL`ACQUA, Giuseppe; MEZZINA, Roberto. Resposta à Crise: estratégia e intencionalidade da intervenção. In: Delgado, Jaques (org). **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991. p. 53-79.

DOR, Joël. O pai real, o pai imaginário e o pai simbólico: a função do pai na dialética edipiana. In: Dor, Joel. **O pai e sua função em psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991. p.

FREUD, Sigmund (1924). Neurose e Psicose. In: **Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente**, volume III. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

FREUD, Sigmund. **O Caso Schreber**. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

GUATTARI, Felix. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Rio de Janeiro: Ed 34, 1992.

LACAN, Jacques (1955-1956). **O Seminário: livro 3 as psicoses**. 2 ed. rev. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J.B. **Vocabulário da psicanálise**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LEITE, Marcio Peter de Souza. **Psicanálise lacaniana: Cinco seminários para analistas kleinianos**. São Paulo: Iluminuras, 2000.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em movimento: Por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MICHAUD, Ginette. **Laborde...un pari nécessaire: De la notion d`institution à la psychothérapie institutionnelle**. Paris: Bordas, 1977.

MOURA, Arthur Hyppolito. **A Psicoterapia Institucional e o clube dos saberes**. São Paulo: Hucitec, 2003

NASIO, J. –D. **5 Lições sobre a Teoria de Jacques Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

NASIO, Juan David. **Lições sobre os 7 conceitos cruciais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

OURY, Jean. **A Transferência**. In: Seminário apresentado na clínica de Laborde. Cour-Cheverny. 1988-1989.

PANKOW, Gisela. **O homem e sua psicose**. 3.ed. Campinas: Papyrus, 1989.

PASSOS, Izabel Christina Friche. **Políticas e práticas de cuidado em saúde mental: Experiências e “modelos” em discussão**. São Paulo, 2000. 242p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de pós-graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

QUINET, Antonio. A psiquiatria e sua ciência nos discursos da contemporaneidade. In: QUINET, Antonio. (org). **Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

QUINET, Antonio. **Teoria e clínica da psicose**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

RIBEIRO, Alessandra Monachesi. **Em busca de um lugar: itinerário de uma psicanalista pela clínica das psicoses**. São Paulo: Via Lettera, 2007.

RINALDI, Doris. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental?. In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina. (org). **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 141 – 147.

SAFATLE, Vladimir. **Lacan**. São Paulo: Publifolha, 2007.

SEIDINGER, Flávia Machado. Uma reflexão sobre a reabilitação e a clínica ou o que nos ensina o dispositivo do 'convivência e arte'?. In: MERHY, Emerson Elias; AMARAL, Heloísa. (org). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007. p. 211 – 219.

SILVA, Rômulo Ferreira da. Reflexões sobre a reforma psiquiátrica a partir da vivência Cândido Ferreira. In: MERHY, Emerson Elias; AMARAL, Heloísa. (org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007. p. 19-24.

TENÓRIO, Fernando; ROCHA, Eduardo de Carvalho. A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina. (org.). **Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 55 – 72.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 25-59, jan/abr. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702002000100003&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702002000100003&script=sci_arttext&tlng=es)> Acesso em: 1 de set. 2009.

VERTZMAN, Julio; CAVALCANTI, Maria Tavares; SERPA Jr., Otavio. Psicoterapia Institucional: uma revisão. In: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria sem**

**hospício:** contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de janeiro: Relume-Dumará, 1992.