

Experiências em Psicologia e Políticas Públicas

**CADERNO DO V PRÊMIO
MARGARETE DE PAIVA SIMÕES FERREIRA**

*“Estamos aí para tentar manter a chama da luta,
da vida, dos trabalhos, das coisas que a gente gosta,
das coisas que a gente acredita.”*

Margarete de Paiva Simões Ferreira

**Experiências em Psicologia
e Políticas Públicas**

Experiências em Psicologia e Políticas Públicas

Caderno do V Prêmio Margarete
de Paiva Simões Ferreira



Conselho Regional de Psicologia
do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2013

Organização do Prêmio

Ágnes Cristina da Silva Pala
Cláudia Alvernaz Harari
Juliana Silva Drummond
Zarlete da Silva Faria

Projeto Gráfico e Capa

Julia Lugon

Editora Presidente

Ágnes Cristina da Silva Pala

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Experiências em Psicologia e políticas públicas / Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro – (2013). Rio de Janeiro, CRP 05, 2013.

Caderno Anual, nº 5, ano 2013

ISSN 2175-1072

1. Psicologia 2. Políticas públicas I. Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro

CDD 150

SUMÁRIO

EDITORIAL 7

1º LUGAR - CATEGORIA PROFISSIONAL

**A internação na Reforma Psiquiátrica:
uma questão de saúde? 11**

Thainá Domingos Albernaz

2º LUGAR - CATEGORIA PROFISSIONAL

**Violência, corpo e vitimização: pensando o lugar da Psicologia
no enfrentamento à violência contra a mulher..... 29**

Rafael Reis da Luz

3º LUGAR - CATEGORIA PROFISSIONAL

A política do sintoma na prática coletiva em Saúde Mental.....41

Daniela Costa Bursztyn

1º LUGAR - CATEGORIA ESTUDANTE

**Caminhos rumo a uma clínica aberta às especificidades:
o trânsito pela margem e a construção de modos excêntricos
de habitar o mundo55**

Alessandra Martins de Araújo

2º LUGAR - CATEGORIA ESTUDANTE

**A emergência do sujeito como direção clínica e política no
trabalho com crianças e adolescentes psicóticos e autistas:
a experiência no CAPSi Pequeno Hans69**

Alex Yan da Costa Mendes

PARECERISTAS85

XIII PLENÁRIA DO CRP-RJ87

Editorial

2012, um ano que pode ser pensado como um marco no universo da psicologia brasileira pois revela os 50 anos de regulamentação da profissão. Alguns acontecimentos merecem destaque nesse ano. O primeiro refere-se à II Mostra de Psicologia organizada pelo Sistema Conselhos de Psicologia em celebração aos 50 anos da profissão visando dar visibilidade à categoria das práticas e produções na área *psi*. Se dar transparência às práticas *psi* foi um compromisso do Sistema, o Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro vem, desde 2007, instituindo essa prática como um espaço de troca, de interlocução e de afirmação da psicologia enquanto ciência e profissão pautada na égide da ética e do compromisso social.

Arelado à Mostra de Práticas Psicológicas, o CRP-RJ instituiu o Prêmio Margarete de Paiva como um dispositivo visando divulgar e coletivizar práticas *psi* atravessadas por políticas públicas, possibilitando a categoria e a sociedade perceber a Psicologia como um saber ético-político que escapa do discurso intimista de uma determinada clínica.

Constatar a afirmação desse Espaço como legítimo e legitimado pelo corpo de psicólogos que anualmente enviam trabalho ao Prêmio Margarete de Paiva muito nos orgulha.

Essa edição, referente a VI Mostra, conta com extraordinárias e belas produções.

O trabalho de Thainá Albernaz, vencedora na categoria profissional, problematiza a interação na Reforma Psiquiátrica. Lembra-nos a autora que “se a Reforma Psiquiátrica brasileira tem como metas verdadeira não só a extinção progressiva dos manicômios, como também e principalmente dos atos manicômiais, ela não pode centralizar no campo da saúde mental toda problemática referente ao internamento psiquiátrico”. De forma clara e em linguagem culta, Thainá nos convoca a pensar em constructos que vem atravessando a prática da internação, tais como a internação e a interdição; a internação e a interação bem como a internação e a conjunção.

O texto de Rafael da Luz, também na categoria profissional, tomando como ponto de análise o Centro de Referência Mulheres da Maré Carminha Rosa, nos apresenta questionamento acerca dos “(...) caminhos percorridos pela luta feminista contra a violência à mulher e, a partir disso, refletir sobre como a política feminista convoca a psicologia”. Rafael coloca em análise a lógica de dominação-vitimização que pauta o discurso/práticas de profissionais que atuam na área da violência contra mulheres, nos convida a pensar a temática sob outro olhar desviando-se das perspectivas essencializantes do que é ser homem e mulher.

O terceiro artigo premiado na categoria profissional de autoria de Daniela Bursztyn, contribui com questionamentos acerca da política do sintoma na prática coletiva em Saúde Mental. Segundo a autora, a proposta de ação clínica e política do sintoma vem se difundindo apoiada na subversão que esta produz, desde o seu nascimento, na apreensão do sintoma como categoria universal. Mas, subverte a ótica dominante e propõe novas possibilidades de leitura e intervenção ao retirar o sujeito das classificações identitárias.

Na categoria estudante, o texto de Alessandra de Araujo, vencedora dessa categoria e sob o título “Caminhos rumo a uma clínica aberta às especificidades: O trânsito pela margem e a construção de modos excêntricos de habitar o mundo”, afirma que “habitar um espaço social implica em uma construção subjetiva que envolve o exercício narrativo como forma de situar-

se subjetivamente em uma existência”. Desse modo, Alessandra, partindo de experiências de estágio curricular, problematiza a visão tradicional e funcionalista que culmina na normalização dos modos de morar, desconsiderando o modo como cada um, em sua singularidade, tenta conquistar um lugar possível no social.

Finalmente, o artigo “A emergência do sujeito como direção clínica e política no trabalho com crianças e adolescentes psicóticos e autistas: A Experiência do CAPsi Pequeno Hans”, de Alex Yan Mendes, fruto de estágio no CAPsi acima referido com crianças autistas e psicóticas, nos provoca ao trazer a discussão acerca da concepção de sujeito que recusa a redução do sujeito a um indivíduo passivo e que necessita de mero assintencialismo, ou a um sujeito biológico, cujo único tratamento possível é o medicamentoso. Nessa linha de pensamento, segundo o autor “o analista deve se deixar regular pelo trabalho do sujeito, esvaziando-se de qualquer saber prévio, para que o sujeito psicótico ou autista possa construir seu próprio saber”.

Sintetizando, o Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro, comprometido com a construção e afirmação de uma Psicologia realmente social e ética, parabeniza os vencedores do V Prêmio Margarete de Paiva e, convida todos psicólogos e psicólogas a se afetarem com os questionamentos, provocações e inovações aqui veiculadas.

Lygia Santa Maria Ayres, presidente do CRP-RJ.

1º lugar - Categoria Profissional

A internação na Reforma Psiquiátrica: uma questão de saúde?

Thainá Domingos Albernaz

Resumo

Este artigo tematiza a função e o lugar da internação em enfermaria psiquiátrica na atualidade, mais precisamente, na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Recorrendo à história e traçando a genealogia do grande internamento clássico, vislumbra as implicações sociais que regem e fundamentam tal prática desde o início. Tais implicações sociais se fazem permanentes, apesar de o internamento ter sido configurado, ao longo dos anos, como concernente de forma específica e especializada ao poder médico e à área da saúde. Através de dois fragmentos clínicos, frutos de um trabalho de residência em saúde mental no IMAS Nise da Silveira entre 2009 e 2010, foram observadas distintas trajetórias pela internação psiquiátrica. Os rumos tomados em cada uma indicam sucessos e entraves no trabalho feito com a internação e sugerem a necessidade de uma condução mais abrangente e múltipla, por trazerem como questionamento se a internação poderia ficar reduzida ao âmbito da saúde mental.

Palavras-chave: Internação. Sociedade. Clínica. Interação.

Introdução

Ano 2012. O projeto de lei Paulo Delgado fez 23 anos e a implementação da Lei Federal nº 10.216 completou seus 11 anos no último mês de abril. De 2001 a 2012 já se construiu uma trajetória de transformação dos meios e métodos de tratamento aos transtornos mentais no Brasil, transformação esta sempre alicerçada nos princípios da progressiva extinção dos manicômios e da consideração dos direitos dos sujeitos portadores de tais transtornos, dentre eles o direito de conviver em sociedade.

Nesta linha, temos serviços substitutivos ao hospício, que priorizam o tratamento dos indivíduos na comunidade, como o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) em todas as suas variações: CAPS I, II, III, ad e CAPSi, assim como ambulatórios, postos de saúde, centros de convivência, dentre outros.

Peça chave da Reforma Psiquiátrica, o CAPS se destina a atender a população com transtorno psíquico grave, tanto psicóticos quanto neuróticos, de seu território adstrito. São serviços abertos cuja proposta de tratamento está justamente na inserção social. Vemos nos CAPS, projetos de geração de renda, pontos de cultura, lazer, esporte, etc. que visam à interação de seus usuários com a comunidade.

Cada modalidade de CAPS tem suas especificidades. Os CAPS I e II funcionam nos dias úteis em dois turnos (manhã e tarde) atendem adultos e variam entre si apenas em relação ao porte e ao número de técnicos, o CAPS I destina-se a municípios entre 20.000 a 70.000 habitantes, enquanto o CAPS II a municípios entre 70.000 a 200.000 habitantes. Já o CAPS III

tem como proposta funcionar 24 horas, incluindo fins de semana e feriados. Acrescenta-se ao CAPS III a capacidade de possuir leitos noturnos, onde os pacientes podem permanecer por até 7 dias corridos ou 10 dias intercalados durante um período de 1 mês. Ou seja, o CAPS III tem a possibilidade de tratar e internar sua clientela no próprio serviço, o que vem como uma grande forma de enfrentamento à perpetuação de leitos em hospitais psiquiátricos, ressaltando a importância de a internação ser acompanhada de perto pela equipe de referência do caso.

Por sua vez, o CAPSad é dirigido à população que faz uso severo de álcool e outras drogas e, o CAPSi atende à crianças e adolescentes autistas, psicóticos ou neuróticos graves.

Para além do tratamento, existem dispositivos criados para servir de moradia àqueles que já perderam seus vínculos familiares e sociais em virtude de seus períodos de institucionalização psiquiátrica. São os serviços residenciais terapêuticos, a saber, casas ou apartamentos alugados para um pequeno número de ex-internos por unidade. A proposta é que estas pessoas possam finalmente ter uma casa com autonomia e dignidade. Os moradores possuem as chaves de casa, fazem compras, circulam pelo bairro, passeiam, vão ao tratamento, etc, sendo acompanhados por um cuidador e uma equipe de segmento vinculada ao CAPS de referência.

Apesar do panorama apresentado e dos consideráveis avanços e conquistas em âmbito nacional, vemos que, por diversas razões, tais serviços não vêm conseguindo arcar com suas funções e sua clientela. Os limites da rede de saúde são notórios, especificamente do caso da saúde mental. Muito do que foi exposto acima funciona como meta, ainda não concretizada.

Neste conflito entre o prescrito e o ocorrido, onde o prescrito pela lei não ocorre plenamente na assistência prestada pelos serviços, um dispositivo continua ocupando um papel ainda de muito destaque no atual cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Justamente o dispositivo mais combatido, que há mais de duas décadas já se tentava confrontar, o hospício.

Há que se fazer uma primeira distinção fundamental entre internação e hospício. A internação sempre será necessária, se a entendermos como recolhimento, como um retirar-se de uma situação ou lugar que se tornaram insuportáveis para o sujeito em dado momento. Tanto que, muitas vezes, os próprios clientes solicitam a internação a seus serviços de referência. Neste sentido, a internação pode ser um meio de retirar-se do mundo para poder a ele retornar, um meio de se recompor, de se refazer, sendo, portanto, imprescindível a participação ativa dos devidos serviços de referência neste processo.

Porém, quando o asilamento não é acompanhado, trabalhado, tampouco fruto de um projeto terapêutico ou quando a internação se dá ou perdura por motivos alheios à necessidade psíquica do paciente, o que temos é o hospício.

No cotidiano de trabalho da enfermagem de curta permanência do Instituto Municipal Nise da Silveira, via-se a quantidade alarmante de demandas de internação que chegavam por meio de alegações que não deveriam caber a ela, como as solicitações de internação para pacientes moradores de rua, sob a demanda de que “não ficassem na rua” (sic); ou até mesmo, casos em que os pacientes, já de alta médica, não conseguiam ser (re)inseridos nos respectivos tratamentos extra-hospitalares pois, “não havia técnicos para isso” (sic). Sem apoio de um serviço de referência e com a perda dos vínculos familiares, passavam a existir enfermarias inteiras compostas exclusivamente por pacientes já de alta médica há longo tempo.

Isto passava a impressão de que, diante das consideráveis limitações dos serviços substitutivos, o que mais possuíam era a escassez, escassez de técnicos, de recursos, de estrutura, enfim, a assistência prestada vinha apresentando falhas e brechas que continuavam a ser preenchidas pelo hospício.

Ampliando um pouco mais a questão, víamos que os recorrentes pedidos de internação referiam-se a diversas questões que atravessavam a vida do paciente, tratando-se, portanto, de temáticas de cunho social, não se devendo meramente à precarização dos serviços de saúde. Até porque tais solicitações eram feitas por agentes diversos, como família, justiça, vizinhança, polícia, etc... Desta forma, o tema da internação e, principalmente, o tema do hospício não se tornavam apenas uma questão da saúde, mas uma questão social, de ordem pública, pois diziam respeito à sociedade como um todo.

A internação tem sempre um mandado social. Desde o seu surgimento até a atualidade, ela sempre esteve e está submetida aos interesses sociais vigentes. O fato é que algo de muito perigoso perdura nesta relação entre sociedade e internação, algo que privatiza um problema que é público. Nota-se como as questões sociais, como a violência, por exemplo, atravessavam os casos que chegavam à enfermaria. A dificuldade em lidar com o problema da violência era e é geral. Porém, muitos casos vinham à enfermaria com a justificativa de “risco social”, referindo-se, geralmente, à violência nas comunidades em que residiam, problema que iria permanecer e não era o hospício que acabaria com ele.

A Internação pela História

Nas definições do dicionário Aurélio (2004), a palavra “sociedade” corresponde a:

Grupo de indivíduos que vivem por vontade própria sob normas comuns; comunidade. Grupo de pessoas que, submetidas a um regulamento, exercem atividades comuns ou defendem interesses comuns. Meio humano em que o indivíduo está integrado. Contrato pelo qual pessoas se obrigam a reunir esforços ou recursos para a consecução dum fim comum.

O que as definições do dicionário não contemplam, no entanto, é a existência daqueles que não se submetem ao regulamento e às normas comuns da sociedade, tampouco compartilham atividades e interesses. Em toda sociedade, há os que não se adequam, os que ficam fora do âmbito comum. Conseqüentemente, surge a questão de como cada sociedade lida com estes seres que, desprovidos de uma certa paridade, pouco ou nada compartilham, não se integrando à vida social. Tal questão varia com o tempo, é mutante, justamente por ser sempre atravessada e fomentada pelo momento sócio-político vigente. Todavia, apesar de sofrer mutações ao longo dos séculos, algo se mantém na relação fundada entre a sociedade, a loucura e o internamento.

Tomando como ponto de partida a sociedade ocidental, a partir da Era Clássica, assistimos ao advento de uma clara divisão entre os detentores da razão e os irracionais, dicotomia esta que implicaria em uma segregação, encarnada pelo Grande Internamento.

Na Paris do século XVII, enquanto a mendicância crescia, fazendo emergir problemas como latrocínio, libertinagem e ociosidade, René Descartes trazia à tona a certeza de uma racionalidade totalmente distinta e estranha à loucura e ao desatino. Iniciava-se, portanto, uma clara

segregação entre os detentores da razão e aqueles que não a possuiriam. A dicotomia retrataria, então, a condição dos que pensam, logo existem e daqueles que não pensam, por serem insanos, e assim deixavam de existir socialmente, sendo relegados a outro nicho da sociedade.

Neste contexto, foi fundado em Paris no ano de 1676 o Hospital Geral, sob o intuito de acolher, abrigar e alimentar os pobres que lá chegassem espontaneamente ou não. O trabalho, a disciplina, a moral e a ordem eram os grandes atributos, regendo o cotidiano do hospital geral. Não havia nenhum princípio médico, ao contrário do que o termo “hospital” possa vir a suscitar atualmente. Tratava-se muito mais de uma instância, fruto dos poderes monárquicos e burgueses, cujo principal atributo seria o isolamento, já que ele retirava da cena social a miséria e suas vicissitudes.

A prática do internamento designa uma nova reação à miséria, um novo patético – de modo mais amplo, um outro relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano na sua existência. (FOUCAULT, 2004, p.56)

Configurava-se, assim, uma sociedade amplamente dicotômica e segregadora, em que vigorava o cartesianismo das ideias. E o internamento já se mostrava como o dispositivo criado para, a sua maneira, suportar o insuportável socialmente, propondo-se a retirar da sociedade seus incômodos. A prática do internamento espalhou-se rapidamente, sendo notório o fato de que no século XVII, em Paris, um em cada cem habitantes esteve em uma casa de internamento.

Esta estrutura própria da ordem monárquica e burguesa, contemporânea de sua organização sob a forma do absolutismo, logo amplia sua rede por toda França. Um édito do rei, datado de 16 de junho de 1676, prescreve o estabelecimento de um “Hospital Geral em cada cidade do reino” (...) Em alguns anos foi toda uma rede que se espalhou pela Europa. (Ibid., p. 51)

Já no século XVIII, com o desenvolvimento industrial, a pobreza é reintroduzida na sociedade, servindo de mão-de-obra barata para as indústrias. Assim, a pobreza ganha um novo lugar social e aparece uma distinção entre o pobre válido para o trabalho e o pobre inválido. “Portanto é preciso dissociar, na velha noção de hospitalidade, aquilo que era confusamente misturado: o elemento positivo da indigência e o fardo da doença”. (Ibid., p. 409)

Neste momento, para o pobre válido surge um lugar, o do proletário e, para o pobre doente, uma questão, o que fazer com este elemento inválido para o trabalho, um peso morto para a sociedade? Em que basear essa assistência? Caberia ela ao Estado ou ao homem em sociedade?

Economistas e liberais consideram, antes, que um dever social é um dever do homem em sociedade, e não da própria sociedade. Para fixar as normas de assistência possíveis, é preciso, portanto definir no homem social, quais são a natureza e os limites dos sentimentos de piedade, de compaixão e solidariedade que podem uni-lo a seus semelhantes. (Ibid., p. 411)

É importante destacar que considerar a assistência como um dever do homem em sociedade não significava que tal dever diria respeito a todo e qualquer homem. Havia um limite claro nesta compaixão sentida pelos doentes, limite que Foucault chama de “economia da devoção”, já que o enfermo passava a ser de exclusiva responsabilidade de sua família, seus parentes, em suma, daqueles que lhe eram próximos. De modo que, já no século XVIII, os enfermos pobres eram devolvidos às suas famílias, as novas responsáveis por seus cuidados e por sua assistên-

cia. Tal mudança mostrava-se muito mais econômica para o Estado, que não precisaria mais manter, alimentar e abrigar tantos doentes.

Assim, assistimos ao esboroar do grande internamento da Era Clássica. O pobre saudável havia conquistado um lugar social no trabalho, o pobre doente na família. Restava a loucura.

Deixada sozinha e destacada de seus antigos parentescos, entre os muros desgastados do internamento, a loucura se constitui num problema – colocando questões que até então nunca havia formulado. (...) Ela, sobretudo, embaraçou o legislador, que, não podendo deixar de sancionar o fim do internamento, não mais sabia em que ponto do espaço social situá-la – na prisão, hospital ou assistência familiar. (FOUCAULT, 2004, p. 417)

Vinha à tona a questão de como se proceder no tratamento dos loucos, se seria mais próximo ao encarceramento dos criminosos ou da assistência aos doentes sem família.

A natureza deste confinamento ainda não é determinada. Não se sabe se estará próxima da correção ou da hospitalidade. No momento, uma única coisa é certa: é que o louco, no momento em que o internamento se esboroa, devolvendo os correccionários à liberdade e os miseráveis a suas famílias, se encontra na mesma situação que os prisioneiros ou condenados e os pobres ou doentes que não têm família. (Ibid., p. 424)

Em tal contexto de indecisão, a loucura ficava em um lugar ambíguo, já que a sociedade precisava proteger-se dela, tal como dos criminosos, ao mesmo tempo em que também precisava prestar-lhe uma certa assistência especial. Diante desta necessidade de, simultaneamente, afastar e prestar cuidado à loucura foi preciso reservar-lhe um tratamento especial. Tratamento este que, obviamente, implicaria em um internamento, considerando que a assistência à loucura situava-se entre a piedade e o assombro.

A internação oferecia tratamento ao passo em que distanciava seu interno da sociedade. Configurava-se como o tratamento ideal, pois unia exclusão e cuidado. E, neste final do século XVIII, ocorre uma primeira aproximação do discurso médico com a prática do internamento, que até então permaneciam completamente alheios um ao outro. Transformava-se totalmente o internamento, que aos poucos assumia um valor terapêutico, decorrente não desta entrada da medicina, mas sim de desdobramentos sociais e políticos.

O importante é que essa transformação da casa de internamento em asilo não se fez através da introdução progressiva da medicina – espécie de invasão proveniente do exterior – mas através de uma reestruturação interna desse espaço ao qual a era clássica não havia dado outras funções além de exclusão e correção. A progressiva alteração de suas significações sociais, a crítica política da repressão e a crítica econômica da assistência, a apropriação de todo campo de internamento pela loucura, enquanto todas as outras figuras do desatino foram dele pouco a pouco afastadas, tudo isso é que faz do internamento um lugar duplamente privilegiado pela loucura: o lugar de sua verdade e o lugar de sua abolição. E, nessa medida, ele se torna realmente sua destinação; entre eles a ligação será doravante necessária. (Ibid., p. 433)

No Brasil, o poder de sequestro propiciado pelo internamento passa a vigorar oficialmente em 1903, a partir da “lei dos alienados”. Tal lei instituiu a psiquiatria como a maior autoridade

sobre a loucura, submete a internação ao parecer do médico, destitui temporariamente os bens pessoais do internado, além de tornar o hospício o único lugar apto a receber e tratar os loucos.

Cristina Rauter, em seu livro *Criminologia e subjetividade no Brasil* (2003), chama atenção para esta possibilidade ofertada pela internação psiquiátrica: excluir certos cidadãos, ainda que eles não tenham infringido qualquer artigo do Código Penal. Isto porque os loucos, assim como os criminosos, passam a ser considerados potencialmente capazes de cometer algum crime.

Desprovidos da razão, os loucos estariam incapacitados de conviver socialmente. Ao passo em que seriam tidos como doentes, necessitando, portanto, de cuidados especiais. “(...) eles não serão excluídos por infração a um código de leis explícito, como os criminosos. Mas, ao serem definidos como doentes, sua exclusão justifica-se como tratamento” (RAUTER, 2003, p.43). O internamento, mais especificamente o internamento psiquiátrico, passa a ser, portanto, o destino exclusivo de todo aquele considerado, por motivo de doença mental, inapto a conviver em sociedade. A ligação entre loucura e internamento se forma, tornando-se este o seu agente de cura.

A Internação e a Interdição

Retomando a diferenciação, feita na introdução deste artigo, entre hospício e internação, esta última diria respeito a uma intervenção pontual e necessária à condição psíquica do sujeito, totalmente vinculada a seu tratamento, enquanto o hospício diria respeito a demandas sociais de outra ordem, alheias às necessidades subjetivas dos sujeitos internados.

Refeita tal diferenciação, cabe uma nova observação: hospício e internação estão no mesmo lugar, pois ambos são práticas. Portanto, as práticas adotadas pelos profissionais da enfermaria em cada caso definirão se o que predomina: o hospício ou a internação.

No entanto, temos um limite claro nas abordagens feitas na enfermaria. Porque, se a problemática que ronda a internação não se restringe, conforme já vimos, desde a sua origem, ao âmbito da saúde, tampouco ela será sanada, única e exclusivamente, a partir das ações dos profissionais de saúde e, muito menos, unicamente da equipe da enfermaria.

Desta forma, não somente as práticas dos profissionais da enfermaria definirão a predominância do hospício ou da internação, mas as práticas dos diferentes setores sociais, indo muito além da enfermaria, envolvendo a saúde como um todo e, também, a justiça, a assistência social, entre outros.

Diversos discursos levantam a internação como um lugar de abrigo e proteção, como é o caso da justiça, com quem temos necessidade urgente de dialogar. Seus encaminhamentos para internação são diversos, a maioria sob esta alegação da proteção, do abrigamento, da retirada da violência da rua, etc. Um destes encaminhamentos é Daniel, sobre quem discorrerei a seguir.

Daniel chega à internação em enfermaria psiquiátrica devido a um mandado judicial, que refere situação de “risco social”, expressão vaga e ampla, que acaba justificando e prolongando uma série de internações em enfermarias psiquiátricas. No encaminhamento judicial de Daniel, havia inúmeros diagnósticos, desde transtorno de conduta até esquizofrenia. O que mais impressionava era que, apesar de tantos diagnósticos, não havia qualquer referência de tratamento

ou algum lugar que pudesse responder por Daniel. Fazendo uma síntese do prontuário dele, o que podíamos constatar, naquele momento inicial, era justamente esta ausência de referências.

Até aquele estágio, tudo o que tínhamos sobre ele eram apenas papéis desconexos e a força da alegação de ser uma “internação judicial”, como se, devido a isso, o caso fosse intocável. O fato de ser um encaminhamento da justiça, por vezes, constrange a equipe da enfermaria, que tende a pensar que nada pode fazer diante da ordem de um juiz, não trabalhando ou questionando tal ordem, mas apenas seguindo os imperativos da justiça.

Fechando temporariamente o parêntese da questão do mandado judicial, chego a outro problema notório no caso de Daniel. Para além de tantos diagnósticos incongruentes e laudos não assinados, havia também uma questão social, que muito chamava atenção. Daniel estava vivendo “em situação de rua”, não possuía vínculos familiares e havia, recentemente, deixado o abrigo, que morara por praticamente toda a vida, já que tinha completado dezoito anos, idade limite para ficar em abrigos de crianças e adolescentes. Desta forma, Daniel teve de ser transferido para um abrigo de adultos, necessariamente em outro município, pois seu município de origem não possuía abrigo para maiores de idade.

A partir de tal transferência intermunicipal de abrigos, constava no encaminhamento judicial que Daniel teria cometido um roubo, fato que estava sendo utilizado para comprovar o tal transtorno de conduta, um dos diagnósticos alegados.

Diante disto, se colocava a questão: Quem seria Daniel? Um perigoso psicopata? Um grave esquizofrênico? Ou apenas um menino, de recentes dezoito anos, sem abrigo? Nesta ausência de referências, havia alguém pronto para responder e mostrar os rumos de tal questão, o próprio Daniel. E posso dizer que foi ele o primeiro a tomar tal iniciativa.

Certa manhã, ele bateu na porta da sala da equipe e pediu para conversar. Disse: “Tia, eu fiz uma coisa muito feia, eu peguei a bolsa da moça, tirei o dinheiro e voltei para o meu município” (sic). Contou que preferia viver nas ruas de seu município a ter que ficar em um abrigo distante.

Sobre a vida na rua, conta que ficou mal por ter deixado de tomar as medicações. Falando a respeito dos remédios que utilizava, Daniel chega a um ponto crucial que, até então, não havia sido considerado por ninguém, ele se tratava no CAPS de seu município de origem, com o qual mantinha forte vinculação e para onde foi logo após ter “fugido” do abrigo de adultos.

Faço contato imediato com a coordenadora do CAPS, que não só confirma a vinculação de Daniel, como afirma não ter sido consultada a respeito de sua internação, sequer sabia que ele havia sido internado. Ou seja, o encaminhamento da justiça havia sido absoluto, não havendo contato prévio nem mesmo com a referência de tratamento de Daniel.

Parece que o fato de Daniel ter referências em um município e com o CAPS deste mesmo município e de ter roubado unicamente para a ele retornar não foi considerado, em nenhum momento, pelo laudo da justiça, que apenas ressaltava o roubo como um indício diagnóstico de transtorno de conduta, o que justificaria a sua internação por tempo indeterminado, ou melhor, determinado pela justiça.

O caso de Daniel nos mostrou a necessidade e importância do trabalho feito para além dos muros da enfermaria. Perdi as contas de quantos contatos telefônicos foram feitos com fórum municipal, CAPS, assistência social, abrigo, etc.

Daniel já se encontrava de alta médica havia cerca de um mês e, no entanto, só poderia sair da internação mediante ordem judicial. Certo dia, ele perguntou: “Quem dá a alta é o médico ou o juiz? Porque se for o juiz, ele precisa me ver, ele nem me conhece” (sic).

A questão levantada pelo próprio Daniel é de suma importância, pois toca em pontos cruciais a respeito de toda internação judicial. O primeiro deles é a relação entre a saúde (representada em sua frase pelo médico) e a justiça. E o segundo situa-se na necessidade de uma aproximação e de um consequente conhecimento da justiça a respeito dos casos, para que não sejam, simplesmente, encaminhados para a internação psiquiátrica, de forma impessoal e sob diagnósticos estereotipados.

A ausência de diálogo, o distanciamento e a cisão de diferentes campos, como saúde e justiça são fatores que favorecem, reforçam e mantém fortes os resquícios do hospício nas relações entre sociedade e internação. Se Daniel estava internado em enfermaria psiquiátrica por falta de abrigo municipal ou, ele estava no hospício para não ficar na rua.

Talvez seja redundante, mas é bom ressaltar, internação psiquiátrica não é abrigo ou local de moradia. Por sua vez, o hospício certamente é, pois serve a qualquer caso insuportável socialmente, o que, inclusive, justificou sua fundação. Porém, o hospício não existe mais ou, pelo menos, não deveria mais existir. Portanto, a alegação de que “é melhor que ele fique aí internado, pelo menos está protegido, na rua corria riscos” não pode mais ser acatada em hipótese alguma.

Internar, segundo o dicionário Aurélio (2004) significa, dentre outras definições, “colocar dentro, introduzir”. Toda problemática social que rondava a situação de Daniel estava sendo colocada dentro da enfermaria. Para tanto, o problema principal sinalizado pela justiça não era uma falta generalizada de abrigo em um município, mas um transtorno individual portado por Daniel. Assim, o problema existente não foi solucionado sendo exposto, tornado público para ser tratado por meio de discussões e debates entre equipes de diferentes áreas de atuação, pelo contrário, foi silenciado, individualizado, posto em uma alcova. Ou seja, ao invés de externado, todo teor social existente no caso foi internado, junto com Daniel, na enfermaria psiquiátrica.

Em “O declínio do homem público as tiranias da intimidade” (1993), Richard Sennett fala sobre o retraimento da vida pública em função da valorização de uma sociedade intimista. Neste livro, o autor traz todo um apanhado histórico para fundamentar sua tese, associa o advento do capitalismo industrial, a lógica da imanência, o crescimento urbano e a imigração à tendência a se defender do público, já que, com isso, a cidade tornava-se um local de estranhos e de exposição da pessoa. A rua configurava-se como um local perigoso do qual era preciso proteger-se. A privacidade seria uma espécie de refúgio, onde as pessoas poderiam, enfim, expressar-se.

Formou-se uma ideologia da intimidade, em que as pessoas creem que as relações interpessoais íntimas são as formas de resolver os problemas sociais, políticos e psicológicos edificadas por uma sociedade moderna e modernista (...) Há uma recusa do indivíduo em participar das decisões públicas, retraindo-se à esfera do íntimo, do privado. Nega-se qualquer relação interpessoal com sujeitos estranhos na mesma medida em que se hipervalorizam as relações impessoais. (BOTTON, 2010, p. 629)

Falar e estar entre os pares e os íntimos vigora, enquanto que o espaço público, outrora de interação e debate, esvazia-se e torna-se local de silêncio. Isso porque a alteridade se tor-

nou austera “quanto mais intimidade, menor a sociabilidade” (SENNETT, 1993, p. 325). Deste modo, podemos perceber o quanto é difícil estabelecer diálogos com a diferença, ou seja, entre diferentes campos, como a saúde e a justiça. Da mesma maneira, notamos também o quanto é importante retomar tais discussões e considera-las coletivas.

Se ao invés de resolvidas publicamente, certas questões sociais são postas em uma alcova, internadas, não são encontradas soluções verdadeiras, mas apenas condutas padronizadas e impessoais. Por exemplo, em conversa com a assistente social, responsável pelo caso de Daniel, no fórum municipal, ela diz: “O que temos para ele é um abrigo de adultos em um município vizinho” (sic). Ela refere-se justamente ao abrigo de onde ele havia fugido, pouco antes de chegar à enfermaria. A assistente social estava adotando uma conduta padrão, ignorando o fato de que tal condução já havia fracassado anteriormente. Além disso, ela não estava considerando a possibilidade de repensar tal questão, levando-a para outros espaços, para outros setores, para a esfera pública.

Justamente o público, considerado pela sociedade como local de perigo, riscos e violência. Local de onde devemos nos proteger. Nosso presente ideário social de segurança é pautado na clausura. A resposta à loucura ou a qualquer outro tipo de vulnerabilidade social não poderia ser diferente: o cárcere, que não protege, mas amplifica a violência, assim como o hospício.

Capturado pelo hospício, sem previsão de saída e nenhuma indicação de internação psiquiátrica, parece que nada mais restou a Daniel a não ser fugir da enfermaria e retornar a seu município de origem e a seu local de referência, o CAPS. Assim, Daniel livrou-se, ao menos temporariamente, do cárcere. Cárcere que não conseguiu ser derrubado pela equipe da enfermaria, nem pelo CAPS, ou pela justiça. Até porque tais equipamentos também possuem seus cárceres, seus obstáculos e interdições. Sendo o maior deles, provavelmente, a falta de diálogo e interação.

A Internação e a Interação

Interação. Novamente recorrendo ao dicionário Aurélio (2004), vemos que a palavra interação significa “ação que se exerce mutuamente entre duas ou mais coisas, ou duas ou mais pessoas”.

Talvez tenha sido isso o que faltou ou, ao menos, se mostrou ínfimo em relação ao caso de Daniel. Este “agir com”, “estar entre”, não ocorreu. A justiça permaneceu alheia e distante, conforme o próprio Daniel chegou a mencionar, “sem conhecê-lo”; a assistência social também se manteve do jeito em que estava, não se disponibilizando, por exemplo, a qualquer possibilidade de negociação ou flexibilização a respeito de novas possibilidades de moradia para o rapaz; a enfermaria, por sua vez, continuou isolada e inerte, apesar de toda tentativa feita pela equipe para reverter tal quadro.

Isso porque não há chance de movimento ou evolução entre o que parece desconexo e estanque, como os três campos mencionados acima. Gilles Deleuze e Félix Guattari, através do conceito de “rizoma”, ajudam a pensar na força da conexão, da multiplicidade e heterogeneidade. “Rizoma” é um termo utilizado pela biologia e em botânica diz respeito a certas plantas as quais os brotos são capazes de se ramificar em qualquer ponto. Tais brotos podem assumir funções distintas, como talo, ramo ou raiz, independentemente de sua localização na planta.

A partir disso, Deleuze e Guattari se valem desse termo para expressar a preciosidade de sistemas a-centrados, que podem fluir de forma múltipla e integrada, livre de hierarquias e também das dicotomias. Desta forma, rizoma é agenciamento fluido.

Um agenciamento é precisamente este crescimento das dimensões numa multiplicidade, que muda necessariamente de natureza à medida que ela aumenta suas conexões. Não existem pontos ou posições em um rizoma, como se encontra em uma estrutura, numa árvore, numa raiz. Existem somente linhas. (DELEUZE; GUATTARI, 2000, p. 16)

Retornando à situação vivida com Daniel, não pudemos, enquanto enfermaria psiquiátrica, estabelecer um contato rizomático, ou seja, verdadeiramente múltiplo, fértil e potente com os outros setores envolvidos no caso. Pelo contrário, houve hierarquia na relação da enfermaria e do CAPS com a justiça, decorrente da internação ter sido feita por uma certa imposição judicial, em que nenhum dos dois serviços de referência foi sequer consultado.

Além da hierarquia, houve também enrijecimento, já que não se pôde pensar em nenhuma outra possibilidade, não houve invenção, adequação ou improviso, apenas condutas padronizadas e repetitivas, valendo-se de terminologias e conduções generalizadas, estigmatizadoras e impessoais, como “transtorno de conduta”, “risco social”, “situação de rua”, etc. Seguindo este tipo de discurso, jamais chegaríamos a outros lugares que não fossem os lugares já percorridos e falidos anteriormente, como por exemplo, o abrigo de adultos de outro município.

Por tudo isto, entende-se porque, após considerável tempo de paciente espera na enfermaria, Daniel tenha partido sozinho, rumo às referências que havia construído e eleito durante a vida.

Vida. No trabalho com a internação lidamos, a todo tempo, com vidas. Cabe agora esmiuçar esta relação entre clínica, internação e vida. Em primeiro lugar, clínica aqui está sendo considerada “como desvio, clínica como criação de novos modos de vida” (NASCIMENTO; TEDESCO, 2009, p. 10). Ou seja, a clínica é uma possibilidade de se traçar novos rumos, de ir além. Além do previsto, do imaginado, do possível ou do que se pensava ser possível. O segundo fragmento clínico a ser apresentado ilustra um caso que mostrou o que significa ir além do que se julgava possível.

Falo agora de outro lugar, não mais como residente da Enfermaria de Curta Permanência (ECP), mas como residente de um CAPS II, designada a acompanhar certo caso em internação psiquiátrica. Foi assim que cheguei à Rebeca, mulher com cerca de trinta e cinco anos, internada há três anos em um hospital psiquiátrico conveniado ao SUS, localizado em um bairro distante do CAPS e de qualquer outra referência territorial.

Isto por si só já é uma situação importante a ser colocada. O que fez com que Rebeca fosse internada em um local totalmente fora de sua área programática foi um certo receio do CAPS de que, se ela ficasse internada próximo ao serviço, a internação não teria o efeito de isolamento que se julgava necessário ao caso.

Tal atitude tomada pelo CAPS é compreendida a partir do momento em que conhecemos Rebeca, ou melhor, em que conhecemos a Rebeca que eles, até então, conheciam. A começar por seu tipo físico robusto e intimidador, suas crises em que ficava agressiva, arremessando a própria cabeça contra parede ou quem estivesse por perto. Os choros, escândalos, gritos, brigas, confusões, o tom de voz sempre alto. Essa dificuldade de se relacionar com Rebeca

era uma constante, principalmente para a mãe dela. A relação entre ambas sempre foi muito conflituosa, pelo que parecia, piorando com o passar dos anos e das tentativas de abordagem.

No período em que me aproximo do caso, o caminho percorrido por Rebeca, por sua mãe, pelo CAPS e por tantos outros atores envolvidos já era muito grande, intenso e, principalmente, desgastado. Rebeca, já tinha muito tempo, não morava mais com sua mãe, que inclusive, fazia questão de não fornecer seu endereço. Rebeca morou sozinha e na casa de seu namorado — também usuário do CAPS —, mas parece que nada havia funcionado e, ela sempre saía destes lugares entrando em crises de grande intensidade e violência.

Em uma destas crises, Rebeca não pôde ser acolhida pelo CAPS, que passava também por um momento delicado, como acontece com qualquer outro serviço. Tendo em vista a delicadeza da situação, tanto para Rebeca quanto para o CAPS, ocorreu a internação, de fato necessária naquele momento.

A internação, no caso de Rebeca, não se configurava como algo novo, já que ela havia sido internada inúmeras vezes. A novidade era a distância que se estabelecia naquela internação. Distância inicialmente física ou geográfica, mas que acabou se tornando uma distância muito maior e mais grave. Distância que se fez distância simbólica, sem nenhuma possibilidade de presença na ausência. Distância que se expressava pela carência do CAPS em Rebeca e de Rebeca no CAPS. Distância que se manifestava pelo tempo, nos três anos consecutivos que Rebeca estava internada naquele mesmo hospital psiquiátrico.

E foi justamente para isto que fui designada a acompanhar tal caso, para agir na distância que havia se estabelecido para com Rebeca. Agir na distância, nunca à distância. Pois era preciso que eu estivesse próxima, presente, em interação com Rebeca. Passei, então, a ir semanalmente ao hospital para visita-la, atende-la, enfim, estar com ela.

A disposição de Rebeca para o trabalho clínico que estava a ser feito era notória. A começar, foi ela quem estabeleceu nosso ritmo e método de trabalho: estudaríamos letras de música, remetendo à atividade que ela mais gostava de participar na época em que frequentava o CAPS, a “oficina de música”. Logo de início, Rebeca escolheu a canção “Roda Viva”, de Chico Buarque (1967): “Não sei por que, mas acho que essa música parece comigo. Foi tudo ilusão passageira que a brisa primeira levou...” (sic). Após dizer isso, chora.

Não posso afirmar que minha disponibilidade de escuta e parceria fizeram com que Rebeca deixasse de agredir ou bater a cabeça na parede quando irritada, mas certamente proporcionaram-lhe um espaço de fala. Além de bater, ela poderia também falar, ou seja, poderia ir além do que costumava fazer.

A possibilidade de “ir além”, seguindo a definição de “clínica” adotada neste artigo. Clínica como desvio, como forma de seguir outros rumos, de adotar novas maneiras de ser e estar no mundo. Clínica como *clinamen*, como potência de diferir, de desviar.

De acordo com o atomismo, mais precisamente com o epicurismo¹, os átomos, devido ao peso que possuem, percorrem trajetórias terminadas por linhas retas, assim como os objetos em queda livre. Casualmente e de maneira espontânea, cada átomo demonstra um desvio mínimo dessa linha reta. Tal desvio, não previsível, tampouco determinável, recebe a nomenclatura de *clinamen* que explicaria, por exemplo, a colisão entre os átomos.

A partir dos encontros e choques entre os átomos se originariam os mundos, ou seja, o epicurismo atribui a esse fenômeno de desvios mínimos, que é o *clinamen*, a potência de geração do mundo. Assim, a vida se dá através dos desvios, por menores que sejam eles.

Esse conceito da filosofia grega designa o desvio que permite aos átomos, ao caírem no vazio em virtude de seu peso e de sua velocidade, se chocarem, articulando-se na composição das coisas. Essa cosmogonia epicurista atribui a esses pequenos movimentos de desvio a potência de geração do mundo. É na afirmação desse desvio, do *clinamen*, portanto, que a clínica se faz. (PASSOS; BENEVIDES, 2001)

Sendo assim, por mais que permanecesse, por vezes, com sua postura clichê e até mesmo infantilizada de gritar e agredir-se quando frustrada, Rebeca, ao ser convocada a responder enquanto um sujeito adulto, foi capaz de pôr o que sentia em palavras, de manifestar-se de outro jeito, de desviar da sua maneira habitual de agir.

Ainda sobre esta questão da clínica como possibilidade de desviar e “ir além”, meu trabalho clínico com Rebeca não poderia se reduzir aos encontros semanais que tínhamos no hospital. Por mais importantes que fossem, seriam estéreis caso não fossem divulgados, expandidos, tornados públicos, se não fossem além. Pois não só Rebeca precisava ser convocada a responder ao que lhe ocorria de outra maneira, mas também sua mãe, o CAPS, o hospital.

Minha função, enquanto residente no caso de Rebeca, seria clínica e rizomática, seguindo a conceitualização proposta por Deleuze e Guattari, anteriormente mencionada. O trabalho que estava sendo construído por nós duas deveria ser multiplicado, espalhado por toda rede de atores que compunham o caso. Seus brotos deveriam ramificar-se, assumir funções distintas, se proliferar e gerar frutos.

A partir disso, pude localizar minha posição dentro desta rede, eu seria o “entre”, o “e”, a conjunção. Pois a função da conjunção é justamente esta: unir, juntar, ligar. Eu deveria então estar entre Rebeca e o CAPS, entre ela e a mãe, entre ela e o hospital, proporcionando novas chances de contato, outras oportunidades de conexão.

Partindo para prática, diversas foram as formas de conjunção por mim executadas. Desde exposições do caso e dos atendimentos feitos nas supervisões em equipe do CAPS e participação nas reuniões com os profissionais do hospital psiquiátrico, até idas a festas da referida instituição psiquiátrica para estar em contato com a mãe de Rebeca. Também não poderia esquecer a mensagem enviada para o grupo de e-mail do CAPS, intitulada “O CAPS e os escapes”, falando justamente da dificuldade do serviço em manter-se como referência atuante no caso.

Neste trabalho rizomático de conjunção, em que pequenas intervenções eram multiplicadas por toda uma rede de atores interligados, Rebeca passava a falar e a ser falada, o que, há muito, não ocorria. E as palavras que eram ditas traçavam novos rumos na trajetória de Rebeca, como a possibilidade dela sair de alta e ir para uma residência terapêutica. Possibilidade esta anteriormente rechaçada, apesar de Rebeca já estar de alta médica há dois anos, pois a direção do hospital psiquiátrico conveniado acreditava que ela “não teria capacidade para morar em uma residência terapêutica que não fosse de alta complexidade” (sic).

¹ Epicurismo é um sistema filosófico ensinado por Epicuro de Samos.

No entanto, a partir de participações pontuais em reuniões com a equipe do hospital, tanto minhas quanto da referência de Rebeca no CAPS, pudemos abalar algumas dessas certezas e estigmas que se tinha a respeito das capacidades e possibilidades de Rebeca, fazendo brotar os primeiros frutos do rizoma e do trabalho de conjunção.

A árvore é filiação, mas o rizoma é aliança, unicamente aliança. A árvore impõe o verbo “ser”, mas o rizoma tem como tecido a conjunção “e.. e.. e...”. Há nesta conjunção força suficiente para sacudir e desenraizar o verbo ser. (DELEUZE; GUATTARI, 2000, p.36)

E os frutos e avanços do trabalho feito não paravam de se mostrar: Rebeca finalmente voltou a frequentar o CAPS, mesmo permanecendo internada. Mais que um retorno, aquelas poucas idas de Rebeca ao CAPS marcavam uma nova chegada, pois ela já se apresentava de outro modo, física e subjetivamente. Além dos consideráveis quilos mais magra (já que era acompanhada por nutricionista no hospital psiquiátrico), Rebeca estava diferente porque colocava-se de outra maneira. Conseguia esperar por sua vez de cantar ou fazer qualquer outra atividade em oficina, permanecia sentada, conversando, bastante diferente de todo agito e agressividade que costumavam preencher os relatos de seu prontuário.

Essa “nova chegada” de Rebeca não ocorreu apenas em relação à sua presença no CAPS, mas também com a pessoa que menos esperávamos, com sua mãe. Acontece que a mãe de Rebeca se portava como uma pessoa demasiadamente austera, descrente e intransigente quando o assunto era sua filha. Dizia coisas do tipo: “Não dou meu endereço porque não quero nem que ela me visite” (sic) ou então “O problema dela é que nenhum médico descobre o que ela tem. São muitos diagnósticos e para mim ela não tem cura” (sic).

Apesar de continuar falando todas essas coisas, a mãe de Rebeca chegou de uma nova maneira, marcando também uma “nova chegada”. Mostrou-se extremamente parceira e disponível no trabalho com Rebeca. Prova disso é que ela começou a levar a filha semanalmente ao CAPS e depois trazê-la de volta ao hospital, onde ainda permanecia internada. A mãe estava sempre com Rebeca na chegada e na saída das atividades no CAPS, reclamando, mas mantendo-se atuante no rizoma.

Nestas idas semanais ao CAPS, Rebeca frequentava as reuniões chamadas “Portas abertas”. Tais reuniões diziam respeito justamente à ida para uma casa, ou melhor, para uma residência terapêutica.

O trabalho com Rebeca tornou-se múltiplo, coletivo e por isso não se esgotou com minha saída do caso e do CAPS. Pelo contrário, parece estar fluindo cada vez melhor e mais articulado. Tanto que, basta que algumas questões com o aluguel da casa sejam resolvidas e Rebeca já vai pertencer ao primeiro grupo de moradores da primeira residência terapêutica referente ao grupo “Portas abertas”. E mesmo após sua mudança para a residência e a consequente saída da internação, o trabalho clínico rizomático com Rebeca e o CAPS e a mãe e tantos outros precisa continuar e seguir e, seguir e...

O contato com Rebeca durante a residência me proporcionou uma série de aprendizados, dentre eles, me fez perceber a função da interação na internação. Porque estar internado não pode corresponder a estar alheio ou esquecido, o que na maioria das vezes ainda acaba ocorrendo por motivos diversos.

A internação é sempre marcada por fortes experiências de ruptura, já que está sempre respondendo a crises, sejam elas de que âmbito for. Crises psicóticas, familiares, comunitárias, crise dos serviços da saúde, da assistência social, da justiça, enfim, da sociedade como um todo. Todas estas rupturas precisam ser preenchidas, desconstruídas e reconstruídas, sanadas. Por isso, interagir com e na internação é tão importante e o trabalho de conjunção imprescindível.

Nesse trabalho de interligar o que se mostra desconexo, de interagir encontra-se o resgate do mandado social que rege e sempre regeu a internação, falando mais precisamente a partir do período clássico e seu Grande Internamento. Só assim podemos convocar outros campos e novos atores a pensar e responder sobre tal temática, não nos limitando exclusivamente ao campo da saúde mental.

O olho do sapo, de acordo com pesquisa feita pelos biólogos Humberto Maturana e Francisco Varela, pode enxergar as moscas somente quando em movimento e destacadas do fundo. Isso porque tamanha economia visual do olho do sapo, o mundo exterior para ele não existe, mas apenas “uma correlação interna entre o lugar de onde a retina recebe uma determinada perturbação e as contrações musculares que movem a língua, a boca, o pescoço e, em última instância, todo corpo do sapo” (MATURANA; VARELA, 1995, p. 157). Portanto, caso as moscas fiquem paradas ou caso haja qualquer outra alteração no campo visual, o sapo morrerá de fome. Isso porque sua visão é limitada.

O exemplo do olho do sapo elucida as consequências fatais de uma visão limitada e restrita. Visão esta que não pode ser repetida pelos olhares que se lançam sobre a internação. Pois enquanto a internação for enxergada com ou por olhos de sapo, a condução adotada para ela sempre será empobrecida e ineficaz.

Talvez o que fique esquecido quando alguém permanece na internação por um tempo indevido, que ultrapassa sua necessidade subjetiva, seja justamente esta relação social inerente ao internamento, relação esta com outros campos, com outros meios, com outros saberes, extravasando os tênues limites da saúde mental.

O princípio da transversalidade corresponde exatamente à intercessão necessária entre diferentes campos e saberes, já que isolados tais saberes não explicam nem inventam nada.

É no entre os saberes que a invenção acontece, é no limite de seus poderes que os saberes têm o que contribuir para um ou outro mundo possível, para uma ou outra saúde possível. (BENEVIDES, 2005)

Portanto, interagir com e no internamento e fazer com que o internamento interaja com outros setores da sociedade é fundamental para que a internação não se converta em hospício. Mais uma vez, o “entre” se faz necessário. O “entre” da interação, o “entre” do rizoma.

Sentido rizomático, saber mover-se entre as coisas, instaurar uma lógica do E, (...) É que o meio não é uma média, ao contrário, é o lugar onde as coisas adquirem velocidade. Entre as coisas não designa uma correlação localizável que vai de uma para outra, e reciprocamente, mas uma direção perpendicular, um movimento transversal, que as carrega uma e outra, riacho sem início nem fim, que rói suas duas margens e adquire velocidade no meio. (DELEUZE; GUATTARI, 2000, p.36)

Conclusão

A Internação e a Conjunção...

Daniel e Rebeca, personagens reais, tiveram suas vidas atravessadas pela internação psiquiátrica. Duas histórias, dois dilemas, duas trajetórias que desembocaram, cada uma a seu modo extremamente singular, na enfermaria psiquiátrica.

Isso mostra que o fluxo da internação é um rio de várias nascentes. Se nos atentarmos apenas para uma delas, perderemos as outras de vista. Mas todas continuarão a existir, embora possamos não perceber, como o sapo, que não percebe as moscas paradas.

Por isso a escolha por autores da filosofia, da sociologia, da história e até da biologia para fundamentar os temas e pensamentos contidos neste artigo, para que pudéssemos ir além do campo da saúde mental ao falar sobre a internação, respirar novos ares, navegar por outras nascentes.

No decorrer deste trabalho, três foram as palavras buscadas no dicionário: “sociedade”, contida na primeira parte, trazendo um apanhado histórico para sustentar o teor social que fundamenta a internação desde a sua origem; “internar”, situada na parte segunda, em que, são mostrados alguns impasses e interditos que contribuem para perpetuação do hospício no cotidiano de muitas internações atualmente; e, na parte final, a palavra “interação”, amplamente trabalhada, apontando para a necessidade de se (re)tomar a questão da internação como uma questão social e, portanto, faze-la interagir com outros meios e campos da sociedade.

“Sociedade”. “Internar”. “Interação”. Três palavras-chave que traduzem todo ideário presente neste artigo. Mais que articular palavras, se faz preciso articular ações.

Ora, se a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem como meta verdadeira não só a extinção progressiva dos manicômios, como também e principalmente dos atos manicomial, ela não pode centralizar no campo da saúde mental toda problemática referente ao internamento psiquiátrico.

O que se isola, o que não se relaciona, o que substitui todas as chances de interação social por alternativas internas é o hospício. A internação não. Pois a internação não pode se prestar a simplesmente retirar alguém da vida em sociedade pelo incômodo social que este alguém representa, pelo contrário, deve servir como um suporte para que as pessoas possam retornar ao social após um período de crise psíquica ou subjetiva. Para tanto, a internação, assim como todo o movimento da Reforma psiquiátrica brasileira, precisa se relacionar, abrir-se, expandir-se, tornar-se conhecida em diversos meios, setores e lugares, extrapolando os limites da saúde mental.

Talvez possa soar ingênua tal afirmação, mas crises de outra ordem, referentes a outros setores sociais não podem continuar sendo encarceradas, encerradas e esquecidas na enfermaria psiquiátrica em nome de uma suposta e enganosa proteção. Como já mencionado, o cárcere não protege, apenas amplifica a violência e todo tipo de risco, assim como o hospício.

Conviver com a internação é conviver com o risco constante do hospício. Não há internação sem risco. Internar é arriscar, é arriscar-se a se afogar nas águas de um rio de tantos fluxos distintos. Internação é proteção arriscada, que marca “um outro relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano na sua existência”, retomando a citação de Foucault, exposta inicialmente.

Se existe algo de muito perigoso que perdura nesta relação entre sociedade e internação, esse algo é a distância que se estabelece entre ambos. Distância marcada pelo temor, pelo estigma, pela tutela, pelo desconhecimento. Acontece que a sociedade desconhece o seu próprio mandado, faz encomendas, cria demandas e depois não se responsabiliza por elas.

O pobre, o miserável, o homem que não pode responder por sua própria existência, assumiu no decorrer do século XVI uma figura que a Idade Média não teria reconhecido. (...) Se a loucura no século XVII está como que dessacralizada é de início porque a miséria sofreu esta espécie de degradação que a faz ser encarada agora apenas no horizonte da moral. A loucura só terá hospitalidade doravante entre os muros do hospital, ao lado de todos os pobres. (...) A hospitalidade que acolhe o louco se tornará, num novo equívoco, a medida de saneamento que o põe fora do caminho. (FOUCAULT, 2004, p. 56; 63)

O grande internamento da Era Clássica inaugura, assim, uma nova relação do homem com aquilo considerado inumano na sua própria existência. Relação que segrega a diferença, assim como os seus inconvenientes. Relação esta que persiste até hoje, tornando-se naturalizada. Poderia haver algo de cunho mais social que isso?

Prender os loucos é essencialmente imunizar a sociedade contra o perigo que eles representam. (...) Os cuidados serão dispensados durante o curto período em que a doença é considerada curável; logo após o internamento retomará sua função única de exclusão. (Id., 2001, p. 430)

Tanto de um quanto do outro lado do muro do hospital psiquiátrico, este fato parece um segredo que de tão naturalizado ficou esquecido. Junto com ele, tantos e tantos personagens se perderam, caindo no esquecimento e permanecendo internados no hospício por anos.

Neste contexto, a clínica pode soar como uma intervenção que resgata pessoas e retoma tal segredo. Clínica apresentada como desvio e resistência, que gera potência de vida. Clinicar é desbravar inúmeras nascentes, pular muros, extrapolar limites, conectar. Finalmente, provocar a “interação” entre “sociedade” e aquilo que se quer “internar”.

Entre clínica, internação e vida está justamente o “entre”. O “entre” da clínica proporciona vida, efeitos de vitalização à internação psiquiátrica, ao passo em que a conecta com o que vai além.

Aliás, a própria problemática da internação em si situa-se no “entre”. Pois ela é uma questão a ser abordada entre a saúde mental, entre a justiça, entre a assistência social, entre toda a sociedade, numa roda que tem de ser viva.

Referências

- BENEVIDES, R. **A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?** Rio de Janeiro: Psicologia & Sociedade; v. 17 n.2: 21-25, 2005.
- BOTTON, F. B. **Richard Sennett, O declínio do homem público: as tiranias da intimidade.** Paraná: Antíteses, v. 3 n. 5: 623-633, 2010.
- BRASIL. **Lei 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs capitalismo e esquizofrenia.** São Paulo: 34, 2000.
- DELEUZE, G. **O abecedário de Deleuze.** Disponível em: <<http://www.oestrangeiro.net/esquizoanalise/67-o-abecedario-de-gilles-deleuze>> Acesso em: janeiro de 2011.
- FERREIRA, A. B. de H. **O dicionário da língua portuguesa.** Curitiba: Positivo, 2007.
- FOUCAULT, M. **História da loucura.** São Paulo: Perspectiva, 2004.
- MATURANA, H; VARELA, F. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas do conhecimento humano.** São Paulo: Palas Athena; 1995.
- NASCIMENTO, M. L.; TEDESCO, S. Conectando clínica e política... In: NASCIMENTO, M. L.; TEDESCO, S. (orgs). **Ética e subjetividade.** Rio Grande do Sul: Sulina, 2009.
- PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. In: **Psicologia clínica Pós-graduação e Pesquisa.** Rio de Janeiro: PUC, v.13 n.1: 89-99, 2001.
- RAUTER, C. **Criminologia e subjetividade no Brasil.** Rio de Janeiro: Revan, 2003.
- SENNETT, R. **O declínio do homem público: as tiranias da intimidade.** São Paulo: Companhia das letras, 1993.

2º lugar - Categoria Profissional

Violência, corpo e vitimização: pensando o lugar da Psicologia no enfrentamento à violência contra a mulher

Rafael Reis da Luz

Resumo

O presente estudo visa problematizar os caminhos percorridos pela luta feminista contra a violência à mulher e, a partir disso, refletir como a política feminista convoca a Psicologia. Tomando como base nossa experiência no Centro de Referência Mulheres da Maré Carminha Rosa (CRMM-CR), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), perguntamo-nos: como deve se dar nossa prática uma vez que ela está inserida em uma racionalidade científica que se apresenta híbrida (é feminista, mas ainda assenta lugares e papéis de gênero)? A partir de uma breve apresentação e análise de parte da produção bibliográfica sobre violência contra a mulher no Brasil e de uma reflexão sobre o uso do corpo como estratégia de garantia de direitos, procuramos refletir quanto ao papel da Psicologia no enfrentamento à violência contra a mulher, tornando explícitos os constrangimentos e impasses gerados no âmbito desse campo de atuação.

Palavras-chave: Feminismo. Violência. Gênero. Psicologia.

A nora, nervosa, entrou no quarto de R., fechou a porta e começou as agressões. Segundo a usuária, isso aconteceu na frente de uma de suas netas. A nora lhe desferiu chutes e socos em todo o corpo, batendo nela com o guarda-chuva, até quebrá-lo. Quando seu filho chegou, ela contou o que acontecera, mas este nada teria feito. Durante a narrativa, a usuária chegou a mostrar marcas nos braços e na barriga, que eram pouco visíveis, provavelmente por conta do tempo decorrido. Comentou até que, de tanto medo, fez suas necessidades fisiológicas pela roupa. (Trecho de um relato de atendimento ¹)

Introdução

Nos últimos anos, a violência doméstica deixou de ser um assunto estritamente privado. Sua divulgação acompanha o questionamento da autoridade do homem sobre a mulher, recebendo condenação moral e legal. Igualmente, tornou-se objeto de muitos estudos, que tentam compreender o fenômeno tanto a partir de uma visão reducionista, que foca a relação conjugal, quanto a referência de uma visão ecológica, que insere as manifestações de violência numa rede mais ampla de relações e defende a possibilidade de múltiplas causas para sua ocorrência.

A definição de violência adotada no presente trabalho se ampara na ideia do recurso à força física ou simbólica em relações em que a distribuição de poder é desigual e está em consonância com a definição utilizada nos estudos brasileiros. A violência fala do uso intencional da

¹ Nomes e referências de tempo e lugar foram omitidos no texto reproduzido para resguardar o caráter confidencial do atendimento.

força de um – o dominador – sobre o outro – o dominado, a vítima (FALEIROS; FALEIROS, 2007). Conforme defende Gregori (1993 apud CHAUI), a violência é um tipo de relação de força. Segundo Almeida (2007), a violência doméstica é um conceito que traz uma noção espacializada do fenômeno, no caso, a esfera privada. Aplica-se, portanto, para além da família, não abrangendo estranhos, diferentemente da violência de gênero, que diz respeito à violência baseada nas diferenças de gênero.

As violências doméstica e de gênero ocorrem praticamente em todas as sociedades, desconhecendo qualquer fronteira, seja de classe social, cultura ou desenvolvimento econômico, podendo ocorrer em qualquer lugar e em qualquer etapa da vida das mulheres, por parte de estranhos ou, principalmente, de parentes e parceiros íntimos (SAFFIOTI; ALMEIDA, 1995). Segundo alguns dados estatísticos (NARVAZ; KOLLER, 2006a), no Brasil, a cada 4 minutos uma mulher é agredida em seu próprio lar, sendo que mais de 40% das violências resultam em lesões corporais graves.

Almeida (2003; 2007) afirma que, por essa violência tratar-se de um fenômeno com múltiplas determinações e implicações – políticas, econômicas, culturais, sociais, psicológicas e jurídicas –, a intervenção deve-se dar de modo interdisciplinar, ou seja, envolvendo diferentes áreas do conhecimento.

A Psicologia, entre outros saberes, tem se voltado para a questão da violência de gênero e doméstica defendendo que o enfrentamento desse fenômeno não envolve apenas a análise de processos intrapsíquicos, sendo necessário considerar as análises dos mecanismos históricos, sociais e políticos que mantêm e/ou reproduzem a dominação e a opressão do homem sobre a mulher e, por extensão, a violência doméstica (NARVAZ; KOLLER, 2006b). Todavia, a experiência no enfrentamento à violência de gênero no Centro de Referência Mulheres da Maré Carminha Rosa (CRMM-CR), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), tem nos mostrado que a Psicologia ainda precisa avançar no debate sobre violência familiar, além de ampliar sua participação neste campo de atuação.

Contudo, esta experiência motiva-nos a defender não apenas a maior participação do saber psicológico nesse campo de atuação mas, antes, questionar o próprio campo. Em outras palavras, julgamos necessário problematizar os caminhos percorridos pela luta feminista contra a violência à mulher e, então, refletir como a política feminista convoca a Psicologia.

Chama-nos a atenção certo uso, por parte de algumas usuárias do CRMM-CR, de sua condição de mulheres e vítimas de violência, o que parece remeter a uma peculiar apropriação das normativas dirigidas à população feminina em situação de violência. Indagamo-nos quanto aos efeitos de subjetivação informados por certo recorte particular – e político – de gênero, e até que ponto as normativas provenientes desse recorte podem gerar efeitos contrários aos que, a princípio, se propõem. Em relação à Psicologia, como deve se dar nossa prática uma vez que ela está inserida em uma racionalidade científica que se apresenta de forma híbrida, ou seja, é feminista, mas que ainda assenta lugares e papéis de gênero?

Para tal empreendimento, precisamos realizar uma breve apresentação e reflexão a respeito da produção bibliográfica sobre violência contra a mulher no Brasil, para chegarmos ao papel da Psicologia no enfrentamento à violência contra a mulher e, com base em nossa experiência no CRMM-CR, pensarmos os constrangimentos e impasses gerados no âmbito desse campo de atuação.

Estudos feministas no Brasil

Em contraste com a produção feminista mundial, os estudos feministas no Brasil tratam, em sua maioria, da violência contra a mulher. Izumino e Santos (2005) apresentam um quadro das principais tendências teóricas brasileiras sobre o tema, nos últimos vinte e cinco anos, no artigo “Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil”.

A corrente teórica que cabe apresentar é a da “dominação masculina”, do início da década de 1980, tendo Marilena Chauí como uma de suas representantes². O conjunto de trabalhos dessa época gira em torno da definição de violência contra as mulheres como resultado de uma ideologia de dominação masculina, produzida tanto por homens como por mulheres.

Chauí (1980) faz uso do conceito marxista de “ideologia”, presente na obra “A Ideologia Alemã³”, para pensar outra ideologia, a saber, a dominação masculina na relação homem-mulher. Tal ideologia é reproduzida por homens e mulheres e estabelece uma superioridade dos primeiros perante as segundas. Essa superioridade estaria fundamentada nas diferenças entre masculino e feminino, que são naturalizadas e hierarquizadas. A ação violenta visa manter essa hierarquia, dominando, explorando e oprimindo, tratando a mulher como objeto e não como sujeito. Nesse sentido, a mulher se constitui heteronomamente, isto é, como um não-sujeito, desprovida da liberdade para agir de modo autônomo. Estabelece-se, assim, a dicotomia autonomia *versus* heteronomia — onde autonomia é a capacidade de ser, agir e pensar por si próprio, em resumo, a condição de sujeito e, heteronomia é a condição de objeto.

Essa interpretação sugere que a mulher possa exercer certa “cumplicidade” na violência tanto recebida quanto praticada, uma “cumplicidade” que não se baseia em escolha ou vontade, pois a subjetividade feminina seria destituída de autonomia. Izumino e Santos (2005) questionam essa visão, pois algumas análises citadas no artigo mostram que não há “cumplicidade” nos casos de violência levados ao Judiciário, mas sim tentativas de renegociação do pacto conjugal.

O pensamento de Chauí sobre a violência contra a mulher influenciou largamente os estudos a partir da década de 1980. Contudo, conforme aponta Gregori (1993), um aspecto de sua teorização foi curiosamente desconsiderado nos primeiros estudos feministas: a questão da cumplicidade. Por que esse aspecto, que poderíamos chamar de “cumplicidade heterônoma” da mulher, não foi incluído nas análises feministas sobre violência? Como veremos, visava-se naquela época tornar público o fenômeno da violência contra a mulher mediante a construção de certa “imagem” de mulher vítima e passiva.

O estudo pioneiro sobre denúncias de violência doméstica, de Maria Amélia Azevedo, em 1981, baseia-se na concepção de violência de Chauí. Através da análise das ocorrências policiais, a autora conclui que a violência decorre de dois fatores: os condicionantes, associados às contradições da sociedade, como desigualdade social e, os precipitantes, ocasionados por situações do cotidiano familiar, como o uso de álcool e drogas. Gregori (1993) faz uma crítica ao trabalho de Azevedo que pode ser estendida à perspectiva teórica na qual esta se insere. Para Gregori, análises como a empreendida por Azevedo desconsideram as ambiguidades e tensões nas relações entre os papéis de gênero. Não se atentam para a singularidade de cada

² O artigo “Participando do debate sobre Mulher e Violência” (1985), de Marilena Chauí, é a principal referência dessa corrente.

³ Segundo Chauí (1980), baseando-se em sua leitura de Marx, a ideologia é vista como processo e efeito de transformação das ideias da classe dominante em ideias dominantes para a sociedade como um todo, de modo que a classe que domina no plano material também domine no plano das ideias.

conflito, apenas tipificam papéis e relações, realizando “determinações imediatas e mecânicas do plano dos padrões para o plano das condutas” (Ibid., p. 130). Argumenta a autora que a pré-concepção da violência enquanto expressão de dominação-vitimização, própria da definição de Chauí, impossibilita a compreensão de outras manifestações de violência, como as que ocorrem entre mulheres ou das mulheres contra seus maridos ⁴.

Todavia, a perspectiva da dominação-vitimização, embora aparente, está longe de oferecer uma compreensão satisfatória da violência, pareceu necessária para dar visibilidade ao fenômeno e, com isso, requerer a responsabilização pelo Estado. A dualidade vítima-algoz, conforme argumentado por Gregori (1993), não apreende a complexidade da violência doméstica, mas facilita a denúncia ao traduzir – e diríamos também reduzir – o fenômeno a uma lógica jurídica.

A vitimização da mulher é um aspecto bastante questionável. Embora tenha sido importante dar visibilidade às denúncias de violência, a perspectiva da vitimização desconsidera a contribuição foucaultiana sobre as relações de poder, colocando a mulher num lugar passivo, totalmente destituído de poder, o que não condiz com análises mais atuais (IZUMINO; SANTOS, 2005). Numa relação conjugal, a mulher também exerce poder, embora de maneira desigual em relação ao homem (COUTINHO, 1994 apud MASSI, 1995). Izumino e Santos (2005) argumentam, portanto, que é necessário relativizar o binômio dominação-vitimização.

A corrente teórica introduzida pelo estudo de Maria Filomena Gregori, no livro “Cenas e Queixas: Um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista” (1993), é chamada por Izumino e Santos (2005) de “relacional”, sendo a eleição da análise do contexto no qual ocorre a violência doméstica uma de suas maiores contribuições.

Este trabalho é fruto de um percurso de aproximadamente um ano no SOS Mulher de São Paulo, no início da década 1980. A referida instituição, fundada por mulheres feministas, atendia e acompanhava mulheres em situação de violência. A autora relata que os discursos das profissionais envolvidas eram marcadamente militantes e supunham a libertação da mulher mediante a conscientização feminista – uma espécie de “conversão feminista”. Todavia, ela chama a atenção para um desencontro entre esse discurso e os reais interesses das mulheres que procuravam o serviço, interesses que se resumiam na busca de terceiros, entre eles o SOS Mulher, para mediação de conflitos familiares. No espaço da referida instituição, reproduziam-se o que a autora chama de “cenas e queixas”: mulheres espancadas chegavam e contavam suas vidas difíceis, narrando com detalhes os episódios de violências que sofriam. Relatos nos quais os papéis eram sempre claramente definidos e demarcados: mulher violentada e homem violento.

Como já apontado, Gregori questiona a dominação do homem e a vitimização da mulher e argumenta que a dualidade vítima-algoz, embora facilite a denúncia, não dá conta da complexidade do fenômeno da violência. Ela afirma que essa dualidade deixa de lado o fato “de que os relacionamentos conjugais são de parceria e que a violência pode ser também uma forma de comunicação, ainda que perversa, entre parceiros” (Ibid., p. 134).

Tendo como referência a obra “Fragmentos do discurso amoroso” de Roland Barthes, Gregori postula que a agressão possa ser um ato de comunicação entre os parceiros. A violência conjugal envolve mais um jogo relacional do que uma disputa por poder; é um jogo no qual se atualizam

⁴ Almeida (2003; 2007) também faz uma importante crítica à distinção entre vitimação e vitimização, na qual trabalhos como o de Azevedo se baseiam. Enquanto a primeira refere-se à violência estrutural, característica de sociedades desiguais, a segunda refere-se à violência interpessoal, como uma forma de aprisionar a vontade e o desejo do sujeito. Essa polarização das duas formas de violência dá margem à compreensão de que elas não se influenciam mutuamente.

por via da violência papéis masculinos e femininos. Concordando com Chauí, a autora alega que a mulher age como “cúmplice” da violência no sentido em que, assim como o homem, ela provoca ou mantém a violência, assumindo o papel de vítima apenas no contexto que envolve a queixa. A autora, contudo, admite que essa suposição carece de mais análises e reflexões; todavia, a despeito de quem inicia um episódio de violência, o corpo da mulher é o mais atingido. Se há alguma “cumplicidade”, esta é relacionada à heteronomia e pode ser mantida pelo medo. Permanece, nesse sentido, a opressão do homem sobre a mulher. Nas palavras da autora:

... é o corpo da mulher que sofre maiores danos, é nela que o medo se instala. E, paradoxalmente, é ela que vai se aprisionando ao criar sua própria vitimização. O pior não é ser vítima (passiva) diante de um infortúnio; é agir para reiterar uma situação que provoca danos físicos e psicológicos. O difícil para esse tipo de vítima é que ela coopera na sua produção como um não-sujeito. Isto é, ela ajuda a criar aquele lugar no qual o prazer, a proteção ou o amparo se realizam desde que se ponha como vítima. Esse é o ‘buraco negro’ da violência contra a mulher: são situações em que a mulher se produz – não é apenas produzida – como não-sujeito. (Ibid., p. 184)

Apesar das muitas críticas feitas por mulheres do movimento e da academia, o trabalho de Gregori inaugurou, na década de 1990, um importante debate que resultou na adoção do termo “mulheres em situação de violência”, nos estudos sobre o tema, ao invés de “violência contra a mulher” (IZUMINO; SANTOS, 2005). O primeiro termo, ao contrário do segundo, parece apreender de modo mais significativo o aspecto dinâmico da violência, enriquecendo assim a análise do fenômeno.

Izumino e Santos concluem seu artigo afirmando que o surgimento do conceito gênero, entendido como construção social do masculino e do feminino, também foi importante para relativizar a perspectiva da dominação-vitimização. A violência de gênero, nesse sentido, é um conceito mais amplo e torna mais clara a compreensão do gênero como um campo no qual o poder é sempre articulado.

Contudo, o uso do conceito “gênero” parece inadequado em alguns estudos atuais, pois, sob a rubrica “violência baseada no gênero” permanece a “violência contra a mulher”. Parece-nos que tal apropriação e redução do conceito estão relacionadas à construção de certa ciência e militância feministas, que geraram efeitos ainda presentes por meio das políticas que se seguiram a elas. Mais do que isso: parece-nos que as políticas públicas e dispositivos jurídicos voltados para a questão da violência doméstica, nos últimos anos, constituíram-se sobre a perspectiva da dominação-vitimização, não problematizando a rigidez dos papéis de gênero. Nesse sentido, por exemplo, a Lei 11.340/2006, popularmente conhecida como Lei Maria da Penha, não obstante estabelece políticas de prevenção da violência mediante a promoção do respeito à diversidade de gênero, assenta-se em determinada construção da mulher, reafirmando, por extensão, a perspectiva da dominação-vitimização e as tipificações decorrentes desta.

E o feminismo, então, na luta contra a violência à mulher, convoca a Psicologia. Diante das questões apresentadas, como o profissional *psi* deve atuar de modo a não reproduzir a lógica da dominação-vitimização, que enrijece e reafirma papéis, limitando a expressão das singularidades e, com isso, reduzindo as possibilidades de superação? Como o profissional *psi* deve atuar em contextos que, a princípio são favoráveis à promoção da autonomia, podem converter-se em contextos de assujeitamento?

O trabalho do psicólogo no Centro de Referência de Mulheres da Maré Carminha Rosa (CRMM-CR)

Conforme estabelece a Norma Técnica de Uniformização (BRASIL, 2006, p.15):

Os Centros de Referência são espaços de acolhimento/atendimento psicológico, social, orientação e encaminhamento jurídico à mulher em situação de violência, que proporcione o atendimento e o acolhimento necessários à superação da situação de violência ocorrida, contribuindo para o fortalecimento da mulher e o resgate da sua cidadania.

Localizado na Vila do João, bairro da Maré, e aberto a todas as mulheres dessa região, o CRMM-CR é um projeto de extensão do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas em Direitos Humanos Suely de Souza Almeida (NEPP-DH), órgão suplementar do Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH) da UFRJ. Foi implantado em 2000, em decorrência de um convênio entre a Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH) e a organização não governamental Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação (CEPIA), que recebeu financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do Fundo das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM), com o objetivo de estimular, apoiar e ampliar as iniciativas e alternativas para assegurar as condições de exercício da cidadania das mulheres daquele bairro⁵.

Cabe destacar que o bairro da Maré é composto por 16 microbairros, todos eles marcados pela violência urbana, seja pela presença de facções criminosas que disputam territórios de domínio, seja por conflitos constantes destas com as forças policiais. Temos como importante desafio oferecer alternativas às mulheres desta comunidade em situação de violência doméstica que, usualmente, recorrem aos “meninos” (traficantes locais) para resolver a referida situação. Chamou-nos atenção o número de usuárias do nosso serviço que utilizaram deste recurso como garantia de afastamento do agressor de casa e do seu convívio.

O CRMM-CR tem como missão ampliar e consolidar o atendimento e acompanhamento psicológico, social e jurídico às mulheres em situação de violência de gênero, em sua expressão doméstica. O projeto também realiza atividades globais previstas em sua Norma Técnica (Ibid.), através do dispositivo “Oficinas Sociais”, nas quais, por meio de aprendizado artesanal, as usuárias encontram a oportunidade de ampliar suas possibilidades de geração de renda. Esse espaço funciona como uma importante porta de entrada do serviço, posto que é aberto às mulheres da comunidade e não se limita àquelas em situação de violência doméstica.

No tocante à atuação do profissional psicólogo, entre outros, a Norma Técnica (Ibid., p. 11) estabelece: “O atendimento psicossocial tem o objetivo de promover o resgate da autoestima da mulher em situação de violência e sua autonomia, auxiliar a manter, a buscar e implantar mecanismos de proteção e/ou auxiliar a mulher a superar o impacto da violência sofrida.”

Mais à frente, em relação a atendimento psicológico, o documento informa, entre outras coisas:

Consiste no atendimento realizado por profissional de Psicologia, com o objetivo de promover o resgate da autoestima da mulher e a resiliência da mulher atendida, de forma a tratar possíveis sintomas de depressão e ansiedade crônica; promover paradigmas que possibilitem à mulher em situação de violência

⁵ Essas e outras informações estão disponíveis no site do CRMM-CR. Disponível em: <<http://www.nepp-dh.ufrj.br/crmm>>

internalizar o conceito de que a violência é inaceitável e insustentável em qualquer tipo de relacionamento, por mais que possa ser frequente no padrão do tecido social em que ela está inserida; facilitar à mulher atendida a aquisição de técnicas de contracontrole que lhe forneça instrumentos para assumir o controle da situação saindo do papel de vítima passiva da violência doméstica e do trabalho, e de técnicas e estratégias de proteção e segurança pessoal. (Ibid., p. 37)

Embora seu papel ainda seja remetido a um espaço clínico, de trabalho estritamente terapêutico e individual, o profissional *psi*, entre outros, deve atuar como facilitador de mudanças subjetivas, que promovam autonomia e, conseqüentemente, abram possibilidades de superação.

Não obstante, a Norma Técnica apresenta a necessidade de saída “do papel de vítima passiva da violência”, e a importância do atendimento psicológico nesse aspecto, a lógica da dominação-vitimização se faz presente no cotidiano. Inseridas numa região marcada pela ausência do Estado e carente das benesses sociais, as mulheres, para acessarem o serviço prestado pelo CRMM-CR – cuja finalidade básica é atender, orientar e acompanhar mulheres em violência –, algumas vezes podem adequar sua demanda original a uma demanda de violência; em outras palavras, para garantirem sua cidadania no acesso a um serviço público, elas precisam reproduzir, nas palavras de Gregori (1993), suas “cenas e queixas”. Dessa forma, é comum que muitos relatos de atendimento descrevam episódios violentos nos quais as figuras masculina e feminina, além de suas ações, estejam bem especificadas. É comum que a usuária apresente o corpo, ou as marcas no corpo, para legitimar sua demanda, para comprovar ou tornar física – e por isso mais palpável – sua dor. O atendimento pode tornar-se, assim, uma estratégia de convencimento por parte da usuária, uma tentativa de convencer o profissional e a instituição de que ela é vítima de violência e que, portanto, merece ser ouvida.

A reflexão empreendida por Fassin (2003) quanto ao corpo como instrumento de reivindicação de direitos pode contribuir para a presente questão, pois permite pensar como determinado uso do corpo parece se adequar à lógica da dominação-vitimização. Baseando-se em estudos de casos realizados na França, um sobre a distribuição de subsídios a desempregados e outro sobre a regularização de estrangeiros no país em nome da razão humanitária, Fassin mostra como o corpo – e o relato construído em torno dele – se coloca como último recurso para se conseguir algum direito. Os relatos dos solicitantes falam da intimidade de seus autores, suas dificuldades e desamparo, apresentam o corpo doente, fraco, desprovido de bens. O corpo torna-se estratégia de convencimento dos juizes, que decidirão pela concessão do benefício para desempregados e pela permanência do imigrante ilegal.

Institui-se, assim, uma “biolegitimidade” (FASSIN, 2003, p. 53, tradução livre), que abriga práticas individuais e coletivas que, por sua vez, qualificam o reconhecimento social da vida como um bem. Esta “biolegitimidade”, que envolve a exposição de si mesmo, parece estar em consonância com a forma contemporânea de governo, a saber, o biopoder (FOUCAULT, 1994). Conforme aponta Fassin (2003), estaríamos diante de um governo dos corpos e pelos corpos, um biopoder e uma “biolegitimidade”, a segunda aparentemente fundamentada no primeiro.

No espaço de acolhimento à mulher, dentro do CRMM-CR, o corpo marcado é apresentado como estratégia para garantia de atendimento. E, ao apresentar esse corpo, a mulher usuária se ampara na lógica da dominação-vitimização para atualizar suas “cenas e queixas”; em outras palavras, ela procura manter sua heteronomia, ela própria atualiza sua condição de não-sujeito ao tentar manter seu lugar de mulher oprimida.

O trecho do atendimento apresentado na epígrafe deste texto é um exemplo de tal processo. Durante vários atendimentos, a usuária R. ocupa todo o seu discurso ora narrando as violências diariamente sofridas, ora descrevendo a pessoa de sua agressora, a nora. Em determinado atendimento, o psicólogo sugere “deixar de lado” a figura da nora “por um tempo” e convida a usuária a pensarem juntos em estratégias de enfrentamento e superação da situação. Nesse sentido, buscou-se responsabilizar a usuária, não no sentido de culpabilizá-la ou apontar sua suposta cumplicidade nas violências sofridas, mas sim no sentido de auxiliá-la a colocar em suas próprias mãos a possibilidade de superação.

O trabalho do psicólogo, portanto, envolve a busca por meios de promoção da autonomia feminina. Com isso, a atuação desse profissional não deve se limitar ao espaço do acolhimento; pois, o grupo é outro espaço que potencializa possibilidades de transformação (BARROS, 2007), podendo ser também um local de práticas *psi*.

Considerações finais

A lógica da dominação-vitimização é, em parte, herança das produções feministas clássicas e das políticas que se seguiram a elas. Nesse sentido, políticas que se propõem libertárias, de promoção da autonomia, podem ser converter em políticas de assujeitamento à medida que reafirmam lugares e papéis sociais. No cotidiano profissional de enfrentamento à violência contra a mulher, essa lógica se reproduz com vistas à permanência de uma heteronomia feminina, o que convoca a Psicologia, entre outros campos de saber, a pensar criticamente seu papel nessa luta.

As contribuições de autoras atuais têm servido como um convite à reflexão das práticas políticas feministas. Entre elas, vale citar a filósofa americana Judith Butler.

Para Butler (2007, p. 73), “gênero” deve ser pensando dentro do que ela chama de “matriz de inteligibilidade”, constituída pelos termos gênero, sexo e desejo sexual/práticas sexuais, cuja organização pode resultar em identidades aceitáveis culturalmente – por exemplo, um homem heterossexual com gênero masculino – e, outras não aceitáveis – por exemplo, um homem homossexual que adota o gênero feminino. Não sendo inteligíveis, pois geram descontinuidade ou incoerência, determinados arranjos evidenciam o limite de práticas reguladoras que estabelecem regras coerentes de gênero. Essas regras são, caracteristicamente, “heterossexualizantes” à medida que exigem e instauram a oposição masculino x feminino. Nesse sentido, a lógica binária masculino x feminino, que estabelece a dicotomia homem x mulher, é “por natureza” heterossexual; portanto, enquadrar o gênero dentro desse binarismo é ignorar a heterossexualidade compulsória subjacente a ele.

Este esbozo del género nos ayuda a comprender los motivos políticos de la visión sustancializadora del género. Instituir una heterossexualidad obligatoria y naturalizada requiere y reglamenta al género como una relación binaria en la que el término masculino se distingue del femenino, y esta diferenciación se consigue mediante las prácticas del deseo heterossexual. El hecho de establecer una distinción entre los dos momentos opuestos de la relación binaria redundante en la consolidación de cada término y la respectiva coherencia interna de sexo, género y deseo. (Ibid., p. 81)

⁶ Podemos fazer uso da definição de identidade de Castells (1999, p. 22): “... processo de construção de significado com base em um atributo cultural, ou ainda um conjunto de atributos culturais inter-relacionados, o(s) qual(ais) prevalece(m) sobre outras fontes de significado.”

Butler questiona a idéia de identidade de gênero⁶, apontando-a como efeito de noções estáveis – e por isso aceitáveis – do arranjo gênero/sexo/desejo e da heterossexualidade compulsória. Em suas palavras, a identidade é “un principio culturalmente limitado de orden y jerarquía, una ficción reguladora” (Ibid., p. 83). A partir dessa desconstrução, ela adota uma idéia radical de gênero, entendendo-o como um elemento discursivo/cultural, algo que se faz nas e pelas relações; é desprovido, portanto, de qualquer essência.

En este sentido, género no es un sustantivo, ni tampoco es un conjunto de atributos vagos, porque hemos visto que el efecto sustantivo del género se produce performativamente y es impuesto por las prácticas reguladoras de la coherencia de género. (...) En este sentido, el género siempre es un hacer, aunque no un hacer por parte de un sujeto que se pueda considerar preexistente a la acción. (Ibid., p. 84)

É importante frisar que a autora está fazendo uma audaciosa crítica às bases da teoria e militância feministas, fundamentadas numa “identidade mulher”. A militância feminista não deve atuar sobre representações de identidades “mulheres” e outras; é necessário pensar em políticas que incluam muitas e múltiplas expressões de gênero, sexo e desejo. Nesse sentido, o plano normativo estabelecido pelo feminismo clássico que, por sua vez, se fundamenta numa pressuposição – genital – de ser mulher, precisa ser repensado.

Um caso que explicita esse dilema das políticas feministas é o de uma travesti que, certa vez, comparecera ao CRMM-CR pedindo atendimento, mas não pôde ser atendida por não ser “mulher”. Com base nesse ocorrido, vemos que a política para as mulheres no Brasil, antes de uma política de gênero, é também uma política biológica e, portanto, serve à perpetuação da “biolegitimidade” e, por extensão, do biopoder. Vemos, com isso, que o corpo assume posição central nessa discussão: as normativas feministas são estabelecidas a partir do corpo feminino, podendo favorecer uma reprodução da lógica da dominação-vitimização; a mulher se apropria das normativas feministas mediante o uso do corpo feminino, podendo também levar à reprodução da dita lógica.

A lógica da dominação-vitimização, como vimos que, além de estabelecer lugares tipificados para homens e mulheres, baseando-se em perspectivas essencializantes do que é ser homem e mulher, parece colaborar para processos de totalização. E, talvez, a importância política da Psicologia nesse campo resida, justamente, na defesa das singularidades uma vez que elas permitem um escape, uma fuga, da totalização. À medida que a trajetória do feminismo vem apontando, a partir do pensamento de autoras como Butler, para o reconhecimento das singularidades, a Psicologia, ao voltar-se para a fala do sujeito, assume posição estratégica. Num caminho inverso, ao dispor de instrumentos para favorecer e permitir o florescimento das singularidades – e sua legitimidade –, a Psicologia pode colaborar com a recente inclusão da diferença no pensamento feminista, possibilitando mudanças também no âmbito das práticas.

Para encerrar essa discussão, cabe apresentar um fragmento do texto de Gregori quanto às políticas feministas e que, apesar de ter sido escrito há mais de uma década, mostra-se bastante atual:

Enquanto a política feminista estiver presa aos recursos que buscam uma universalidade/generalidade de mulheres e de sua situação, e a dualidades em que os termos se relacionam mediante um engate ideológico, ela não terá condições de lidar com a diferença, com a pluralidade. (GREGORI, 1993, p. 135)

Referências

- ALMEIDA, S. S. . Atendimento multidisciplinar a vítimas de violência. In: **III Seminário Construção da Cidadania: A prática em debate**. Núcleo de Atendimento a Crimes Violentos (NACV) e Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH). Belo Horizonte, 2003.
- _____. **Violência de gênero e políticas públicas**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007. Série Didáticos.
- BARROS, R. B. **Grupo: A Afirmação de um Simulacro**. Porto Alegre: Sulina, 2007.
- BRASIL. **Lei nº 11.340**, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre a criação de mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.
- _____. **Norma Técnica de Uniformização: Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência**. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2006.
- BUTLER, J. **El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad**. Barcelona: Paidós, 2007.
- CASTELLS, M. **O poder da identidade: Volume II**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- CHAUÍ, M. **O que é Ideologia**. São Paulo: Brasiliense, 1980. Coleção Primeiros Passos.
- FALEIROS, V. de P.; FALEIROS, E. S. **Escola que Protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes**. Brasília, Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2007.
- FOUCAULT, M. **História da Sexualidade: A Vontade de Saber**. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 1994.
- GREGORI, M. F. **Cenas e queixas: Um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
- IZUMINO, W. P.; SANTOS, C. M. **Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil**. Revista Estudios Interdisciplinários de America Latina y El Caribe, v. 16, n. 1, 2005, p. 147-164.
- MASSI, M. A trama das mulheres. Revista de Estudos Feministas, v. 3, n. 1, 1995, p. 277-279. Resenha de: COUTINHO, M. L. **Tecendo por Trás dos Panos: A mulher brasileira nas relações familiares**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.
- NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. **Mulheres vítimas de violência doméstica: Compreendendo subjetividades assujeitadas**. PSICO, v. 37, n. 1, 2006a, p. 7-13.
- _____. **Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política**. Psicologia em Estudo, v. 11, n. 3, 2006b, p. 647-654.
- SAFFIOTI, H. I. B.; ALMEIDA, S. S. **Violência de Gênero: Poder e Impotência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

3º lugar - Categoria Profissional

A política do sintoma na prática coletiva em Saúde Mental

Daniela Costa Bursztyn

Resumo

Este artigo apresenta o tema da política do sintoma e sua relevância no atual cenário das pesquisas e métodos clínicos que se aplicam ao campo da saúde mental. O tema é discutido através do método da “Construção do Caso Clínico” desenvolvido a partir de uma pesquisa de doutorado vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Esse trabalho, no entanto, não se dedicará à exposição dos resultados dessa pesquisa, mas à discussão da prática da construção dos casos como um meio de avaliar a condução clínica de uma equipe, incluindo a singularidade do sintoma no trabalho coletivo com os casos.

Palavras-chave: Psicanálise. Avaliação. Caso Clínico. Saúde Mental.

Introdução

No atual cenário das pesquisas e métodos clínicos, empregados nos campos da psiquiatria e da saúde mental, vem sendo cada vez mais frequente a promoção de intervenções que visam abolir os sintomas a favor de um “bom funcionamento” da saúde mental. A orientação da psiquiatria contemporânea, fundamentada no modelo médico-científico, consiste em reduzir a formação dos sintomas aos diversos transtornos que compõem os manuais de classificação diagnóstica. Na busca de uma cientificidade, a psiquiatria, cada vez mais, exclui a particularidade de cada sintoma, já que o discurso da ciência ejeta o sujeito sem levar em conta a expressão singular em cada tratamento. Ao priorizar a pesquisa científica em detrimento da clínica, as pesquisas em psiquiatria se inscrevem em um movimento amplo de objetivação dos fenômenos observados no campo dos transtornos mentais, restando à discussão dos casos um lugar onde subjetividade é esmagada pelo peso que a ciência deposita no debate clínico atual. E os sintomas, que são significativos para identificar um diagnóstico, ficam retidos na objetividade descrita nos manuais, desconsiderando a maneira singular de interrogar o sofrimento psíquico. Cria-se, assim, uma lógica de intervenções que se afasta dos princípios da clínica psiquiátrica, descartando o sujeito e suas particularidades.

O sintoma transformado em “transtorno mental” caracteriza uma lógica de tratamento que se resume às respostas positiva ou negativa à medicação, produzindo novas e constantes “evidências científicas”. Esta é a concepção de sintoma que orienta as diretrizes atuais das políticas públicas que avaliam a eficácia das terapias psicológica e farmacológica, considerando a economia de tempo e de custos para o tratamento dos transtornos mentais. Se aplicarmos esse modelo clínico ao campo da saúde mental, perdemos completamente a referência de uma prática clínica, orientada pelo sintoma como correlato do sujeito, para dar lugar a uma prática

estatística de verificação de intervenções e procedimentos. “Orientar-se pelo sintoma” como marca de um sujeito é um modo de retomar a discussão clínica e diagnóstica no campo da saúde mental sem restringi-la a um conceito ou a um modelo classificatório, mas transmitindo o que há de único em cada caso. Trata-se de sustentar a “política do sintoma” no trabalho coletivo da atenção psicossocial, propondo uma prática clínica mais adequada ao atual paradigma da saúde mental: “o trabalho em equipe orientado pela lógica singular do sintoma”.

A proposta de uma política do sintoma implica o desafio de tornar transmissível à prática coletiva uma perspectiva clínica, cuja expressão sintomática não é considerada em termos de um fenômeno “curável” ou “incurável” e, portanto, passível de uma observação clínica a ser comprovada e avaliada empiricamente. Essa proposta de ação clínica e política vem se difundindo no campo da psicanálise, apoiada na subversão que esta produz, desde o seu nascimento, na apreensão do sintoma como categoria universal, redirecionando-o para a particularidade de um funcionamento subjetivo que se apreende pela relação que cada sujeito estabelece com seu próprio sintoma. Sob essa perspectiva, a política da psicanálise não se orienta pelo conjunto de normas e deveres de promoção de um ideal de saúde, bem-estar e felicidade predominantes nos tempos atuais. Mas, subverte o mecanismo da política atual quando, por exemplo, o sujeito é retirado das classificações identitárias que compõem os manuais diagnósticos da psiquiatria contemporânea. E isso se reflete de outro modo, associado a uma direção fundamental: a de uma política do caso a caso, fundamentada na concepção do sintoma não como algo a se superar pois, para o ser falante, não há outro modo de relacionar-se com a satisfação pulsional que não seja pela via do sintoma, melhor dizendo, que não seja sintomatizando. É possível modificar, construir ou inventar um modo de lidar com o sintoma, diante da impossibilidade de aboli-lo ou obliterá-lo.

É, portanto, pelo viés da política de ações e de intervenções clínicas que a psicanálise pode propor ao campo da saúde mental seu modo próprio de trabalho com o sintoma na prática coletiva da atenção psicossocial. Torna-se necessário discutir a inserção da política psicanalítica do sintoma na rede pública de saúde: não como movimento de militância ou de confronto ideológico, mas como uma contribuição fundamental para o acompanhamento clínico e proposta a ser assegurada no trabalho interdisciplinar, frente ao reducionismo das classificações diagnósticas.

A questão é como inscrever a particularidade da construção lógica do sintoma, em cada caso, nos tipos de classificações que compõem os atuais manuais diagnósticos e os protocolos de avaliação. Para abordar esse questionamento, é necessário investigar propostas e métodos clínicos aplicados ao campo da saúde mental que possibilitem tratar o sintoma em sua dimensão singular, produzindo, ao mesmo tempo, uma transmissão da particularidade de cada caso no trabalho coletivo. Nessa direção, o método da “construção do caso clínico”¹ será abordado enquanto proposta de trabalho e de pesquisa clínica de orientação psicanalítica que visa uma conduta em equipe, a partir da transmissão da lógica única e singular do sintoma em cada caso.

¹ Referência ao método clínico desenvolvido na Itália pelo psiquiatra e psicanalista Carlo Viganò e observado através da experiência de intercâmbio acadêmico realizado no ano de 2009 entre o curso de Especialização em Psiquiatria Dinâmica e Psicoterapia da Università degli Studi di Milano e o Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. O detalhamento metodológico da Construção do Caso Clínico não será abordado nesse artigo, mas apenas a sua fundamentação crítica e teórica como proposta de avaliação do trabalho em equipe que se contrapõe aos métodos de avaliação estatísticos aplicados ao campo da saúde mental.

Proposta de pesquisa e métodos clínicos aplicados ao estudo do sintoma

Uma das conseqüências que o capitalismo globalizado produziu como transformação social consiste no imperativo dos cálculos quantitativos que norteiam a aplicação da exatidão científica ao campo da saúde como política do sintoma. Educar, clinicar e governar² são tarefas de organizações sociais complexas, que seguem seu princípio democrático até o ponto em que suas competências distintas são absorvidas por uma determinada tendência da economia de mercado. Nesse contexto, as universidades estão incluídas como instituição de fomento às pesquisas clínicas estando, cada vez mais, condicionadas ao cálculo avaliativo dos quadros clínicos.

Nos tempos da psiquiatria clássica, encontramos a aplicação de uma lógica de pesquisa clínica caracterizada pela transmissão ou pelo confronto de idéias e conceitos diante um objeto particular: o caso clínico. Paradoxalmente, encontramos hoje uma lógica de pesquisa, desviada dos princípios da clínica, onde um caso é geralmente admitido se um tratamento se desenvolve sob a lógica da pesquisa estatística dos laboratórios farmacêuticos, experimentada diretamente em grupos humanos. Do mesmo modo, os protocolos de intervenção clínica são orientados pelas testagens de avaliação de êxito, abolindo a causa etiológica das psicopatologias, como o princípio mais elementar da prática clínica em psiquiatria e em saúde mental.

A definição da classe nosográfica modificada pela linguagem do DSM-IV e CID-10 revela uma renúncia à lógica da clínica psiquiátrica pelo corte do tempo da investigação etiológica para privilegiar os critérios estatísticos. Com efeito, a avaliação baseada em evidências científicas passa a ser considerada como condição preliminar para admitir o tratamento como “cientificamente fundamentado”. Passam a ser publicados e premiados, então, os estudos de casos submetidos, ao longo do tratamento, aos protocolos de validação por êxito, ou seja, à verificação da diminuição dos índices de critério diagnóstico. Não são consideradas, portanto, as modificações do sintoma ao longo de um acompanhamento clínico, a não ser pelo fato de que estas mudanças podem ser lidas como desencadeamento de um novo distúrbio em relação ao diagnóstico inicial ou como resposta ao uso de psicofármacos.

A exclusão da função subjetiva e da causalidade psíquica, isoladas por Freud com a descoberta do inconsciente, constitui progressivamente o estudo dos novos fenômenos clínicos dos quais se ocupa, atualmente, a ciência médica em seu campo de pesquisa. A psiquiatria, por sua vez, vem assumindo uma direção paradoxal em relação à sua doutrina fenomenológica ao utilizar o formalismo científico para salvaguardar a dimensão do sentido matematizado, estatístico. Diante dessa referência empírica que determina as pesquisas clínicas no campo da psiquiatria e da saúde mental, é necessário retomar as descobertas de Freud e seu cientificismo militante, capaz de acolher e elaborar novas tarefas em termos de pesquisa clínica, considerando a particularidade dos sintomas em sua natureza ética e metodológica no estudo de casos.

Na Conferência Introdutória sobre Psicanálise intitulada “Os caminhos para a formação dos sintomas (1916-1917)”, Freud (1996b, p. 361) adverte que “devemos lembrar que os mesmos processos pertencentes ao inconsciente têm seu desempenho na formação dos sintomas, tal qual o fazem na formação dos sonhos”. Essa referência freudiana nos possibilita situar a montagem de significações representadas pelo sintoma a partir de uma equivalência com os mecanismos

² Referência às três profissões “impossíveis” indicadas por Freud: educar, governar e curar. In: FREUD, S. **Prefácio a Juventude Desorientada de Aichron** (1925). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

psíquicos que constituem os sonhos. A análise dos sonhos, desenvolvida por Freud em “A interpretação dos sonhos (1900)”, aborda as diversas cadeias associativas que se entrecruzam em um ponto em que “cada um dos elementos do conteúdo manifesto do sonho é sobredeterminado, representado diversas vezes nos pensamentos latentes do sonho”. (Id., 1996a, p. 289). Freud, assim, conceitua a sobredeterminação (*Überdeterminierung*) como efeito do trabalho da condensação que não se traduz apenas ao nível dos elementos isolados do sonho, mas que possibilita a análise do conteúdo manifesto do sonho a partir de duas séries de idéias latentes diferenciadas (LAPLANCHE; PONTALIS, 1998, p. 488). O conceito de sobredeterminação, portanto, não implica a independência ou o paralelismo de diversas significações de um mesmo fenômeno; por isso aprimora a concepção de que não haverá para os fenômenos dos sonhos e dos sintomas uma “significação única” a percorrer exaustivamente. Como exemplo, Freud compara o sonho a certas linguagens arcaicas, em que uma palavra ou frase comportam, aparentemente, numerosas interpretações. Tal como o sonho, o relato do sintoma é caracterizado por deslizamentos e sobreposições de sentidos e nunca é um sinal unívoco de um conteúdo inconsciente.

Dos estudos sobre “A interpretação dos sonhos”, extraímos outra referência importante para essa discussão, a partir do que Freud nomeia e conceitua como o “umbigo do sonho”:

Mesmo no sonho mais minuciosamente interpretado, é freqüente haver um trecho que tem de ser deixado na obscuridade; é que, durante o trabalho de interpretação, apercebemo-nos de que há nesse ponto um emaranhado de pensamentos oníricos que não se deixa desenredar e que, além disso, nada acrescenta ao nosso conteúdo do sonho. Esse é o umbigo do sonho, o ponto onde ele mergulha no desconhecido. (FREUD, 1996a, p. 556).

Com essa passagem, consideramos o umbigo do sonho como um “ponto obscuro”, alcançado pela interpretação dos sonhos, onde todas as associações se concentram, limitando a possibilidade de novas associações. Os variados sentidos produzidos no relato de um sonho chegam a um ponto limite, a um impossível de decifrar, cuja ausência de significação indicaria o que Freud define como sendo de causalidade sexual. A partir dessa concepção, entende-se que a interpretação dos sonhos ou dos sintomas nunca esgotará a causa desses fenômenos psíquicos. Nessa perspectiva, Lacan (1998, p.20) designa o sintoma freudiano como um “nó” composto de significações que constituem um “ponto cego”, um ponto ilegível, opaco e vazio de significação que caracteriza a “realidade sexual do inconsciente”. Essa referência nos permite retomar o que Freud conceitua como sobredeterminação (*Überdeterminierung*), aproximando-a da proposição lacaniana de que o sintoma guarda algo da verdade de um sujeito que jamais poderá ser totalmente revelada.

O mais importante a concluir com a apresentação das “Conferências Introdutórias” consiste na concepção freudiana do sintoma como uma rede de significações em torno de um “ponto cego” que assinala um impossível de decifrar. Nesse sentido, Lacan, na aula 18 de 10 de Maio de 1967, afirma que “a verdade não tem outra forma além do sintoma”, enfatizando a concepção do sintoma enquanto forma, cujo conteúdo pode ser preenchido de modo variado, tal como define a verdade que o inconsciente enuncia, designados mais propriamente no nível de sua operação associativa do que de seu conteúdo. É, portanto, tomando o sintoma em sua dimensão de verdade que apreendemos a operação analítica com o sintoma como sendo capaz de produzir uma descoberta em torno desse “emaranhado” de significações que conduza a um “saber fazer” com o sintoma, sem acabar com seu ponto de obscuridade.

Ainda da conferência “Os caminhos para a formação dos sintomas” extraímos referências relevantes sobre o estatuto freudiano do sintoma, tomado em sua relação com os mecanismos de repetição e satisfação pulsional. Freud (1996b, p.361) afirma que “os sintomas neuróticos são resultados de um conflito, e que este surge em virtude de um novo método de satisfazer a libido”, demonstrando que apesar do sofrimento psíquico causado pelo sintoma, este também encontra uma forma de satisfação que justifica a resistência em eliminá-lo. No entanto, Freud já alertava que eliminar um sintoma não significava curar a doença, pois “a única coisa tangível que resta da doença, depois de eliminados os sintomas, é a capacidade de formar novos sintomas”. A partir de sua experiência, Freud se questiona sobre o caráter irreduzível do sintoma que faz obstáculo ao tratamento e, com isso, avança em sua teoria abordando a expressão singular dos sintomas até o final de sua obra.

Em “Inibição, Sintoma e Angústia”, Freud (1996c, p. 95) considera o sintoma como “o substituto de uma satisfação pulsional que não teve lugar, é o resultado da moção pulsional tocada pelo recalçamento”, assinalando a impossibilidade de sua eliminação ou cura por atuar como substituto de uma satisfação pulsional recalçada que, na teoria freudiana, sempre se manifestará em busca de prazer. Mais adiante, no artigo “Análise Terminável e Interminável (1937)” (FREUD, 1996d, p. 223), notamos as últimas indagações de Freud a respeito dos obstáculos encontrados ao longo de uma análise relacionados aos caminhos percorridos pela pulsão, em busca de satisfação caracterizando o aspecto incurável do sintoma. Ao relacionar o mecanismo da repetição com uma vertente do sintoma que faz resistência à decifração, Freud pôde observar a expressão particular de satisfação pulsional de cada sujeito, tomando a concepção do sintoma não como algo a ser curado, mas como detentor de algo incurável que porta a marca de cada sujeito.

Entretanto, no atual contexto em que acompanhamos o desenvolvimento da medicina, as “evidências científicas” se propagam e são, cada vez mais, baseadas na concepção de sintoma remetido a um significado único, generalizável, universal do qual se ambiciona extrair “a fórmula do real do corpo”. Esse é o movimento que confere cientificidade à medicina contemporânea, onde encontramos o incomensurável dos fenômenos psíquicos encoberto pelo cálculo quantitativo, desde as comprovações da anatomia patológica até as das fórmulas medicamentosas. Por outro lado, sabemos que no campo da medicina nem sempre é possível encontrar tais evidências. Isto se constata, em especial, nos campos da psiquiatria e da saúde mental cujo tratamento dos sintomas psíquicos evidencia algo no corpo que resiste a ser totalmente apreendido pelo discurso médico-científico, já que o corpo não se desvincula do inconsciente e de seus mecanismos de satisfação pulsional.

O sintoma na medicina se relaciona com a estatística desde o nascimento de sua clínica, quando se investigava uma doença a partir de autópsias e descobria-se uma lesão corporal. Desde então, a relação entre sintoma e doença se estabelece através de registros de casos que se incluem na estatística de determinadas classificações de doenças. A psicanálise ao subverter a prática estatística, considera nenhum caso igual ao outro e, por isso, não serve de modelo para o outro, pois o significado de cada sintoma é sempre particular, sendo necessário construir um saber novo para dar conta de cada sintoma. No entanto, o fato do método estatístico ser alheio à psicanálise faz com que, cada vez mais, se questione o método clínico da psicanálise a partir do modelo científico: “como não se tem nenhum método científico para comprovar a veracidade e eficácia da ação do psicanalista, como transmitir sua operação metodológica?”

Desde Freud, a operação metodológica da psicanálise implica no fato de que a verdade do sintoma pode ser desvelada, embora jamais inteiramente apreendida. E isto resulta na importância da formalização de um saber para apreendê-la que não é um saber espontâneo, intuitivo e nem mesmo “esotérico”. Diferente do conhecimento médico-científico que exclui a contingência do caso a caso na experiência clínica e que implica, conseqüentemente, o desconhecimento ou o não-reconhecimento da verdade singular do sintoma, o saber que orienta a operação analítica articula a teoria ao valor sempre “inédito” da experiência clínica para produzir uma formalização lógica em torno do “não programado” da manifestação do sintoma em cada caso. Desse modo, a psicanálise pode demonstrar seu modo próprio de investigação da particularidade do sintoma através do estudo do caso clínico, não reduzindo-o à mensuração estatística das “evidências científicas”.

Essa forma de reducionismo nos parece convergir com o ideal de uma política universal dando lugar, por exemplo, à indicação massificada de uso de psicotrópicos como uma estratégia de eliminação da responsabilidade subjetiva a favor do monitoramento do comportamento. Isto desvela a dimensão de uma determinada política do sintoma na nossa civilização que obedece a um consenso político norteado por um ideal de saúde associado ao direito de evitar a experiência do sofrimento psíquico na vida humana. Se, na história da medicina a redução do sintoma ao modelo epidemiológico trouxe resultados úteis, representando uma “evidência científica”, os efeitos dessa validação por êxito deve ser demarcado apenas em alguns casos como o das doenças infecciosas.

Em relação ao fenômeno psicopatológico e ao aspecto “incurável” do sintoma psíquico não é possível fundamentar a mesma justificativa clínica para aplicação da mesma lógica avaliativa, a não ser que estejam incluídos nessa avaliação quantitativa os interesses do mercado de consumo. Ora, não temos nada contra os avanços da medicina contemporânea em seu dever social de tratamento e de prevenção das doenças nem tampouco à prescrição racional de psicofármacos, desde que esteja preservado valor científico da descoberta do inconsciente e sua operação clínica com o incurável do sintoma psíquico em cada caso.

A psicanálise assume, então, um desafio “anti-reducionista” para reafirmar sua política do sintoma, retomando o legado freudiano da clínica do sofrimento psíquico e das vicissitudes da escolha subjetiva que constituem a formação do sintoma. Nesse aspecto, Lacan foi mais além de Freud, estendendo essa noção da formação dos sintomas neuróticos para cada versão singular do sintoma, tomado não apenas como uma formação do inconsciente mas, ainda, como uma “construção e invenção” (BURSZTYN, 2008-2012) de cada sujeito diante do incurável do sintoma. A demonstração possível para esse “impossível de curar” é apoiada pelo método da Construção do Caso Clínico, em especial, quando se evidencia que cada caso é passível de ser avaliado em sua singularidade e contingência, a partir das modificações subjetivas extraídas da narrativa e da leitura coletiva dos casos. Seguindo essa perspectiva clínica e política da psicanálise, abordaremos a construção do caso clínico e sua proposta metodológica de avaliação e de pesquisa clínica em psicanálise, aplicada ao campo da saúde mental.

O estudo do sintoma na Construção do Caso Clínico

O método de construção do caso clínico vem se revelando importante instrumento de pesquisa clínica em psicanálise³, permitindo acompanhar e avaliar o processo terapêutico através da

³ Referência à aplicação da metodologia de pesquisa em psicanálise aplicada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade do Rio de Janeiro, apresentada na tese de doutorado “A política do sintoma e a construção do caso clínico: considerações sobre a transmissão da psicanálise no trabalho coletivo em Saúde Mental” no Programa de Pós-Graduação em Psicanálise / UERJ.

construção de elementos que norteiam o trabalho de profissionais de formações diversas. A prática de apresentação e discussão de casos é um meio de avaliar a qualidade de uma equipe e de estimular a melhoria do serviço, sendo, ainda, uma prática coletiva capaz de demonstrar a possibilidade de uma avaliação que inclua a singularidade do sintoma no eixo da clínica. A discussão diagnóstica, a expressão singular dos sintomas, a relação transferencial, as demandas e os diversos momentos de um tratamento são elementos da construção do caso que orientam o trabalho em equipe a partir de um “saber fazer” com a lógica do sintoma em cada caso e não apenas a partir do saber classificatório dos manuais diagnósticos.

A construção do caso clínico “é uma construção democrática na qual cada um dos protagonistas do caso (os técnicos, os familiares e as instituições envolvidas) traz a sua contribuição” (VIGANÒ, 2010a, p. 2) através de suas narrativas sobre o caso. Trata-se de reunir as narrativas dessa rede social que acompanham um caso para encontrar o seu “ponto cego”, ou seja, o ponto comum extraído das narrativas que aponta para a “falta de saber” que constitui o lugar do sujeito e do sintoma que o sustenta.

O método consiste na discussão de um caso apresentado a cada vez através de registro escrito por um dos participantes. A construção deve compreender três etapas: a narrativa (do sujeito, da família, da instituição); as escansões dos momentos de mudança verificados no tratamento e o cotejamento entre os diagnósticos do DSM IV e CID 10, o psicanalítico e o psicodinâmico, caso seja empregado pela equipe. Desse modo, é possível realizar uma avaliação do acompanhamento de uma equipe após a discussão de cada caso. Essa avaliação é produzida, por sua vez, a partir da compilação de dois elementos: a sinopse da história concreta do sujeito (escansões da posição discursiva, acontecimentos cotidianos, recursos financeiros, etc.) e o prognóstico dos possíveis projetos de vida, com as hipóteses correspondentes aos mesmos itens. O princípio é o de cotejar as posições subjetivas nas passagens de discurso realizadas na história do paciente com os acontecimentos ocorridos no período de tratamento sob transferência, de onde se extraem as inferências que orientam as intervenções de uma equipe.

O arranjo desses elementos na construção dos casos propicia um trabalho de escrita a partir de instrumentos metodológicos, como esquemas e roteiros de apresentação dos casos, que expõem as passagens e as conexões em que ocorreu uma mudança, uma transformação subjetiva no curso do tratamento e, portanto, da relação do sujeito com o seu sintoma. De certo modo, o método da construção do caso corresponde à “verificação” que se produz nas supervisões clínicas⁴ de casos sendo, por isso, capaz de demonstrar essas passagens e transformações do sintoma como momentos cruciais de um acompanhamento clínico. Entretanto, para se chegar a uma “demonstração” através desse método da construção de casos, é necessário situá-lo entre dois extremos que devemos evitar: o da apresentação do caso como demonstração da teoria, geralmente, reduzida ao diagnóstico diferencial do sujeito; e o da condução do tratamento remetida a uma exposição exaustiva de detalhamentos sobre o relato do caso; do qual se extrai a surpresa, a falta de saber diante do “não programado” sempre presente na experiência clínica.

O caso é apresentado ao debate como hipótese de construção, abolindo as citações do texto teórico para dar lugar ao texto do caso, pois assim será possível produzir uma verificação do trabalho clínico institucional através da demonstração dos efeitos de uma determinada intervenção clínica. O que se trata de demonstrar, portanto, consiste em algo a ser apreendi-

⁴ No entanto, a prática de construção de casos aplicada ao campo da saúde mental não equivale ao dispositivo da supervisão clínica de casos, embora possa extrair deste dispositivo de formação os elementos que orientam a construção coletiva dos casos.

do em torno dos efeitos de um ato clínico que se constrói *a posteriori* a partir do que se pôde recolher da fala de um sujeito.

Essa é uma orientação clínica característica da *práxis* psicanalítica aplicada ao campo da saúde mental, que reflete no trabalho de uma equipe na medida em que o estudo das transformações do sintoma pode ser incluído no centro do trabalho investigativo da construção dos casos. Nessa concepção de sintoma, está implicado o requisito de não tomá-lo como negativo, mas como positivo ao longo de um acompanhamento em que o sujeito porta a sua marca. E, partindo desse ponto, a escolha de um sujeito em ter um profissional da equipe como interlocutor poderá indicar o momento em que esse sujeito leu o sintoma como sendo da ordem do enigma ou de um mal-estar único e singular. Localizar essa passagem na construção dos casos é fundamental por permitir, ao longo do tratamento, isolar na transferência os momentos em que o sujeito passa a criar novos arranjos sintomáticos que “funcionem”⁵ na relação com o Outro. Mas essa é uma passagem que não pode ser provocada e poderá ser explicitada somente *a posteriori*, se estivermos atentos à construção do caso.

Se o sintoma se modifica sob transferência, isto corresponde ao fato de ser, ele mesmo, uma construção. No entanto, não se trata de conceber o sintoma como uma construção inerte, mas como uma construção que se produz sob transferência como resultado da presença real do analista que introduz, a cada sessão, a dimensão do novo. Eis a importância de estarmos particularmente atentos a essas modificações caledoscópicas do sintoma desde o primeiro momento em que é introduzido em um dispositivo clínico até os momentos em que suas modificações se articulam ao discurso do sujeito, como efeito de uma transferência em curso. Podemos concluir que o mais significativo para o tratamento do sintoma não se remete ao seu diagnóstico nosográfico-classificatório, mas ao modo como este se modifica em um dispositivo clínico. Ou seja, a cada momento em que se evidencia a mudança de uma determinada posição discursiva, estaremos diante de uma transformação que nos remete a algo de novo, a uma nova solução construída pelo sujeito diante do seu mal-estar.

A construção do caso é, portanto, um método de pesquisa clínica e trabalho em equipe capaz de introduzir uma lógica às escansões do tratamento, às passagens e modificações do sintoma na condução de cada caso, a ponto de demonstrá-las logicamente. A aplicação dessa proposta no campo da saúde mental permite avaliar, ainda, o trabalho clínico-institucional de uma equipe com os casos que acompanha, incluindo o sintoma e a transferência como uma orientação para essa prática investigativa. Com efeito, esse método clínico possibilita sustentar a política psicanalítica do sintoma nesse campo heterogêneo de saber clínico como uma direção comum para que cada profissional exponha o modo como responde ao caso que acompanha e o modo como se defronta com o “não programado” da manifestação e da transformação do sintoma sempre em jogo na experiência clínica.

Avaliação e pesquisa clínica na saúde mental

A avaliação produzida pela Construção do Caso Clínico, como método de pesquisa que se aplica ao campo da saúde mental, é uma contribuição importante para o debate clínico atual, fortemente influenciado por uma lógica avaliativa aplicada aos serviços de saúde definidos pela utilidade imediata de protocolos de avaliação centrados na redução de custos. Não

⁵ Referência à concepção médica de “desfuncionamento” provocado pelo sintoma.

sem consequências, a forma contemporânea de avaliação das intervenções e dos procedimentos clínicos vem se estabelecendo “pela intenção de neutralizar a variável da transferência” (VIGANÒ, 2010a, p. 3) com corretivos do tipo “duplo cego”⁶, tornando não influenciáveis os fatores subjetivos. Com isso, as terapias passam a ser avaliadas tal como o uso de um fármaco e, na ausência de uma avaliação que compreenda a relação transferencial como pivô da clínica, os casos privilegiados são aqueles em que a transferência é absolutamente desconsiderada.

O modo de avaliação do método da construção de casos se contrapõe, nesse viés avaliativo, aos métodos de verificação empírica ou de avaliação de eficácia que atualmente condicionam também as psicoterapias. Esse argumento merece ser sustentado na medida em que a exigência social de calcular o custo econômico das terapias começa a atingir também a prática clínica nos serviços públicos de saúde.

Com essa dificuldade, estão se deparando os projetos de reforma da saúde mental em diversos países⁷ como na França e na Itália, chegando ao Brasil através das mais recentes propostas de reforma sanitária. Esses projetos estão centrados na idéia de pedir à “ciência médica” a definição inicial da doença para, em seguida, proceder segundo a lógica da avaliação estatística que define a exatidão dos custos e gastos dos procedimentos terapêuticos. A transposição desse modelo empírico para a avaliação da prática clínica nas instituições parece responder a uma exigência de ocultar a contribuição das diversas correntes terapêuticas de produzir diferentes axiomas⁸ de avaliação clínica.

Da parte do campo médico, situam-se as exigências da corrente de avaliação da EBM (Evidence Based Medicine) que vem promovendo a idéia de verificar as intervenções a partir de uma objetivação instrumental do quadro clínico, considerando a evidência como critério de leitura dos êxitos do mesmo quadro. Esse modelo de avaliação foi importado acriticamente de algumas disciplinas particulares, dando-lhe um valor universal e qualificado como científico. Diferentes quadros axiomáticos como os de tipo sociológico — estudo por classes homogêneas — se misturam com os modelos de farmacologia clínica — estudo de duplo-cego — e, com isso, o saber conjectural que deve conduzir uma axiomática avaliativa é substituído pelo cálculo estatístico. Consequentemente, os elementos heterogêneos e, portanto,

⁶ Estudo Duplo-Cego é uma técnica realizada em seres humanos onde nem o examinado (objeto de estudo) nem o examinador sabem o que está sendo utilizado como variável em um dado momento. É comumente usado como critério de validação de práticas experimentais quantitativas em ciência. Como exemplo, queremos testar a eficácia de um medicamento em uma determinada doença: o pesquisador contrata médicos examinadores que irão entregar uma cápsula, que pode ou não conter medicamento, a pacientes voluntários que apresentam uma determinada doença. Este medicamento foi feito por manipulação em dois tipos idênticos de cápsulas: uma com o pó do medicamento estudado e outro com farinha de trigo. O médico anota o número do medicamento sem saber se esta cápsula é o medicamento ou se é a farinha. Tampouco o paciente sabe a composição real da cápsula. Após o período que em que se espera que o medicamento faça efeito o mesmo médico examina o paciente e anota quantitativamente a melhora ou não das alterações esperadas na doença. Esta ficha é devolvida ao examinador que tabula os resultados sabendo qual tipo de cápsula foi ingerida pelo paciente. Assim o pesquisador consegue excluir o efeito placebo existente em um medicamento inerte e validar um medicamento que realmente faça efeito. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Duplo-cego>> Acesso em: 5 de maio de 2012.

⁷ Em relação ao cenário italiano de assistência em saúde mental, o autor indica o projeto de lei proposto por Maria Burani Procaccini em 2001 que entre vários retrocessos em relação à Lei 180 da Reforma Psiquiátrica Italiana, prevê o Tratamento Sanitário Obrigatório com tempo determinado para o acompanhamento de casos de saúde mental. Na França, indicamos a resolução do HAS (traduzido como Autoridade Máxima em Saúde francesa) que recomenda técnicas comportamentais e educacionais para o tratamento do autismo, em detrimento da prática clínica da psicanálise. No Brasil, além das “metas” de produtividade que estimula o tempo cada vez mais breve de intervenções clínicas, damos ênfase ao projeto de lei 111/10 que prevê a Internação Compulsória de usuários de drogas lícitas (álcool) e ilícitas, sob o mote da “Justiça Terapêutica” apoiado pela psiquiatria contemporânea e pela esfera judicial que pode “condenar” um usuário de drogas a uma “pena” de seis meses e um ano de “tratamento obrigatório”.

⁸ Definição de axioma: proposição que se admite como evidente porque dela se podem deduzir as proposições de uma teoria ou de um sistema lógico ou matemático. (Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, 1ª edição, 1975, p.168.)

incomensuráveis como o efeito do uso de psicotrópicos, das psicoterapias e da psicanálise aplicada passam a receber, arbitrariamente, a atribuição de um índice numérico reportando ao cálculo estatístico. Convém ressaltar que essa corrente de avaliação presente no campo da saúde pública segue uma lógica que se afasta do modo como vem sendo avaliada a condução dos casos através das discussões e supervisões clínicas realizadas com as equipes multidisciplinares que atuam hoje nos serviços de saúde mental.

Instaura-se, então, um conflito entre o modo de avaliação da lógica processual da condução de um tratamento e o modo como as instituições devem programar suas “metas” de intervenções clínicas, estabelecidas pela atribuição dos custos, conforme a lógica desenvolvida historicamente na organização dos tratamentos hospitalares. Na base dessa lógica estatística e avaliativa, inclui-se o *Diagnostic Rating Group* (DRG) onde os diagnósticos são reagrupados em classes, correspondendo a uma tarifa para o reembolso. O pressuposto para este cálculo é o de que um determinado diagnóstico corresponda a um protocolo de tratamento homogêneo e previsível. Como efeito da aplicação dessa lógica nos serviços de saúde, a clínica é considerada somente para produzir o resultado da “cura do sintoma” ou de sua contenção com o menor dispêndio de dinheiro e de tempo. Esse modelo de avaliação de um tratamento perde o valor preditivo real quando a definição do sintoma e da sua modificação ou estabilização entram na competência clínica do caso a caso. Diante disto, devemos problematizar a inclusão desse modelo no campo da saúde mental, pois “se omitido o tempo lógico da transformação do problema psicológico como uma evidência clínica, essa transformação deixa de ser um dado determinante para o cálculo”, tornando-o “ideológico ou, ainda, conflitioso.” (VIGANÒ, 2010b, p. 472). Essa citação nos faz, então, retomar a contribuição de métodos clínicos que desenvolvam uma operação inversa ao método científico, recolhendo as evidências que as várias disciplinas clínicas produzem no estabelecimento de um quadro axiomático que sirva ao cálculo avaliativo.

Tal perspectiva nos permite considerar a evidência clínica como um critério “mais manejável e aderente” (Ibid., p. 471) à operação do tratamento que se quer avaliar, e não como um procedimento “científico” onde o valor de diagnóstico e, sobretudo, de cura — operações de sentido não quantificáveis — são tomados de modo arbitrário, tendo como única mensuração a estatística. Diferindo da atual corrente da “Medicina Baseada em Evidências” (EBM), podemos propor a indicação da “evidência clínica”, a partir de uma axiomática avaliativa que se fundamenta na orientação lógico-estrutural da construção dos casos, capaz de fornecer um importante suporte metodológico para as diferenças técnico-operativas que configuram o trabalho em equipe.

O estabelecimento de uma axiomática avaliativa de orientação psicanalítica permite problematizar o modo como a dimensão subjetiva torna-se hoje irreconhecível no tema da avaliação, o que nos leva a interrogar o uso do cálculo no âmbito da saúde mental. Esse é um problema que se coloca para a saúde mental “quando não é mais a homeostase natural e biológica do vivente a definir o estado de saúde, mas uma quota de gozo do corpo que é própria de cada sujeito; não mais o silêncio dos órgãos, mas a sua palavra” (Ibid., p. 474). Trata-se do desafio de não tornar eliminável nas avaliações clínicas o resíduo de incurável do sintoma psíquico, reconhecendo seu caráter “não mensurável” e não reduzível a um bom funcionamento. Talvez seja esse o ponto de surgimento da hostilidade pela psicanálise no campo científico, na medida em que na experiência analítica “este elemento incomensurável

é algo do que se pode falar” (Ibid., p. 477). Enquanto as ciências médicas partem “do que não se pode falar” para reduzir o sintoma a uma disfunção ou a um distúrbio, a experiência analítica incide no nível do equívoco da palavra para impedir que esta seja substituída pelo ideal da utilidade imediata subordinada ao mote dominante do “direito à saúde”.

Uma importante tarefa para o campo clínico da saúde mental é escutar algo no relato do sintoma que trabalha contra o ideal enunciado “da exigência unívoca da mensuração que leva ao silêncio” (Ibid.). E isto implica em tornar legível algo que não é mensurável e que se extrai do sintoma pela ressonância da palavra que nos faz encontrar no mensurável de seus sinais o imensurável de seu sentido. Tornar o incurável do sintoma um elemento fecundo para avaliar a condução de um tratamento é uma direção possível para introduzir novas propostas e métodos clínicos no campo da saúde mental que se diferenciem da operação do cálculo estatístico.

Nessa direção, a prática analítica da construção do caso marca a sua diferença na avaliação de um acompanhamento clínico, na medida em que “não visa o bom funcionamento de cada caso, mas assume a falha no seu centro e transforma a noção de êxito” (Ibid.). Esse é, portanto, um modo específico de estabelecer uma relação com a insistência do impossível de curar, no nível de uma axiomática de avaliação do tratamento no qual “o fracasso torna-se somente um modo não subjetivado do sucesso” (Ibid.). Para isto, a proposta da construção do caso aplicada ao campo da saúde mental parte da concepção do tratamento como um processo criativo onde cada sujeito introduz a dimensão do novo na clínica ao criar suas soluções para lidar com o incurável de seu sintoma. E isso implica a ação política do analista de tornar transmissível o que se apreende dos princípios teórico-clínicos da psicanálise como determinantes para a sua prática no âmbito da saúde mental.

O método da construção do caso permite, portanto, tratar o tema da evidência na saúde mental, preservando o valor metodológico do caso clínico e a importância da prática de apresentação dos casos para a avaliação coletiva da condução clínica de uma equipe. Isto decorre da proposição de um método de pesquisa em psicanálise, utilizado não somente para evidenciar o modo mais adequado de leitura do texto do caso no âmbito da saúde mental, mas também para transmitir o modo como a prática analítica coloca em evidência as modificações do sintoma no curso do tratamento. Com isso, concluímos que “a evidência clínica vale para qualquer prática de tratamento com a condição de não tornar absoluta uma técnica, dando-lhe o seu valor de axioma” (Ibid., p. 479). Essa é uma via aberta pela metodologia de pesquisa da construção do caso que ao aplicar o valor axiomático das estruturas subjetivas descobertas por Freud, marca a sua contribuição para o tema da avaliação e da evidência clínica na saúde mental.

Seguir o caminho inverso ao da ciência, tanto no tratamento quanto na sua avaliação, implica em sustentar a política psicanalítica do sintoma de renunciar a atribuição dos números em sua ambição de tornar tudo possível, para circunscrever o impossível de mensurar das variáveis subjetivas do sintoma. Enquanto a ciência contemporânea constrói suas evidências, atribuindo-lhes o valor de certeza e de universalidade, a psicanálise nos ensina que é suficiente dar um estatuto rigoroso e transmissível à estrutura subjetiva e à operação clínica com o sintoma, sem que seja necessário encobrir com um valor universal a avaliação que se produz no estudo dos casos.

Considerações Finais

Até o final de sua obra, Freud conserva para a psicanálise a exigência de uma transmissão sobre a lógica do sintoma em cada caso, subvertendo a lógica científica de seu tempo ao considerar que o sentido de cada sintoma é sempre singular. Subverter a concepção de “doença mental” remetida a um significado único, generalizável, universal, fornecendo-lhe o estatuto singular do sintoma foi, portanto, a consequência prática da descoberta freudiana do inconsciente. Entretanto, nos deparamos hoje com os desdobramentos clínicos de uma política sanitária nos serviços públicos que exclui radicalmente essa descoberta científica. É necessário, então, reafirmar a inserção da política psicanalítica do sintoma na rede pública de saúde, tratando os efeitos dessa exclusão dos princípios elementares para clínica em saúde mental, não a partir de um movimento de militância ou de confronto ideológico, mas como uma consequência necessária que se impõe à ação clínica e política do analista nos tempos atuais.

Nessa perspectiva, o método clínico da construção do caso permite localizar as escansões e as transformações das organizações subjetivas do sintoma, tornando o mais evidente possível o modo como extraímos a lógica do sintoma em cada caso sem, necessariamente, entrar nos meandros da teoria analítica. Mas, a partir desse método clínico, transmitir ao campo da saúde mental e a um público mais amplo a singularidade de cada sintoma. Localizar o sintoma e questionar o destino dado a este na construção de cada caso é, portanto, um desafio lançado ao psicanalista, que ao fazer valer o sujeito no sintoma recolhe, ainda, os efeitos de sua prática no trabalho com os demais dispositivos clínicos presentes no campo da saúde mental.

Referências

- BURSZTYN, D. **A política do sintoma e a construção do caso clínico**: considerações sobre a transmissão da psicanálise no trabalho coletivo em Saúde Mental. Projeto de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicanálise / UERJ, 2008-2012.
- DICIONÁRIO AURÉLIO DA LÍNGUA PORTUGUESA, 1ª edição, 1975, p.168.
- FREUD, S. A interpretação dos sonhos (1900). In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Edição Standard Brasileira. vols. IV e V. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. Os caminhos da formação dos sintomas (1917). In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Edição Standard Brasileira. vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. Inibições, Sintomas e Ansiedade (1926). In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Edição Standard Brasileira. vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. Análise Terminável e Interminável (1937). In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Edição Standard Brasileira. vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- LACAN, J. **O Seminário, livro 3**: as psicoses. Rio de Janeiro, JZE, 2002.
- _____. **O Seminário, livro 14**: A lógica do fantasma. (inédito).
- _____. **Conferência de Genebra sobre o sintoma**. Opção Lacaniana, n.º 23. São Paulo: Eólia, dezembro de 1998.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, D. **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. In: **CURINGA: Psicanálise e Saúde Mental**, EBP-MG, n.º 13, p.50-59, 1999
- _____. A construção do caso clínico. In: **Revista Opção Lacaniana online**, ano I, março 2010. Disponível em: <<http://www.opcaolacaniana.com.br/>> (2010a)
- _____. Avaliação e evidência clínica na saúde mental. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. Set 2010, vol.13, n.3. (2010b)
- WIKIPÉDIA. **Duplo-cego**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Duplo-cego>> Acessado em: 05/05/2012.

1º lugar - Categoria Estudante

Caminhos rumo a uma clínica aberta às especificidades: o trânsito pela margem e a construção de modos excêntricos de habitar o mundo.

Alessandra Martins de Araújo, graduanda pela UFF.

Resumo

Apresenta-se uma experiência de estágio curricular em psicologia na qual se deu a construção de uma ferramenta que propõe a interlocução entre diferentes formas de habitar o cotidiano a partir do exercício narrativo. A oficina terapêutica de produção de *fanzines* permite conhecer modos de morar e de viver de pessoas em sofrimento psíquico. Abordam-se diferentes formas de apropriação do espaço trazendo reflexões para a clínica da saúde mental com pessoas com transtornos graves a partir de experiências singulares que estão à margem do senso-comum. Evidenciando a correlação entre o habitar e a linguagem, enfoca-se a dimensão subjetiva do lugar habitado e são questionados os modelos tradicionais de cuidado e de pesquisa. Com isso, pretende-se alcançar uma clínica do morar sensível a outras formas de existência, visando a efetiva superação do manicômio.

Palavras chave: Saúde mental. Habitar. Oficina terapêutica. Fanzine.

Introdução

A clínica da saúde mental, realizada em serviços públicos de saúde de base comunitária e territorial, encontra nos Centros de Atenção Psicossocial um dispositivo estratégico para a reinserção social de pessoas com problemas de saúde mental. Habitar um espaço social implica em uma construção subjetiva que envolve o exercício narrativo como forma de situar-se subjetivamente em uma existência. Nesse sentido, o trabalho com os usuários de serviços de saúde mental mostra a necessidade de ampliação do entendimento acerca da definição do habitar, incluindo formas singulares de apropriação dos espaços sociais. A visão normativa tradicional limita suas perspectivas aos espaços físicos e ao simples atendimento de necessidades biológicas humanas. Em contrapartida, a prática na saúde mental permite relacionar o habitar ao exercício narrativo e ao uso da linguagem, construindo, assim, um cotidiano original e modos diferentes de existência no mundo.

Pesquisas clássicas a respeito da questão do habitar costumam identificá-lo como o arranjo doméstico de um espaço: a casa. A moradia teria, nessa perspectiva, a função de atender às necessidades fisiológicas do corpo, tais como sono, alimentação e preservação de temperatura. Segundo essa concepção, a moradia tem como objetivo principal suprir as necessidades biológicas, reunindo os equipamentos adequados a sua satisfação. Essa visão traz importantes limitações

na medida em que considera, a partir do modelo biológico, as necessidades fisiológicas como universais, conduzindo à generalização das soluções encontradas e desembocando na construção padronizada de moradias e produção de tecnologias domésticas (KASPER, 2006). Essa visão tradicional e funcionalista culmina na normatização dos modos de morar, desconsiderando o modo como cada um, em sua singularidade, tenta conquistar um lugar possível no social.

Aqueles que não compartilham as formas instituídas de habitação costumam ocupar em nossa sociedade um lugar à margem da cultura. Consideramos que essas representações hegemônicas acerca do habitar são insuficientes nas discussões sobre modos de morar que rompem com o padrão, com a norma, contribuindo para estigmatização e uma visão deficitária sobre pessoas que não se curvam a modelos. A radicalidade da posição do andarilho de estrada, por exemplo, introduz um modo de existência e uma forma de ocupar o território singular. Esses sujeitos rompem com as formas instituídas de apropriação do espaço, prescindindo da casa como local de moradia. A construção do espaço dos andarilhos não se dá em torno de um lugar fixo de morar. É um modo de existência que caminha não a partir de uma referência central, de uma norma ou padrão, mas a partir da margem, do trânsito por vias não estabelecidas *a priori*, construindo seu percurso de forma única. É à margem, à beira das estradas que os andarilhos constroem seus caminhos, além disso, esses sujeitos apontam um modo de habitar o mundo que não se curva à fórmulas prontas (BROGNOLI, 1999).

Vale ressaltar que, com o termo “margem” não pretendemos classificar, descrever ou enquadrar sujeitos em categorias pré-estabelecidas mas, ao contrário, afirmar que a generalização ou o estabelecimento de normas e projetos universais mostra-se ineficaz para dar conta da especificidade dos diferentes modos de estar no mundo. Corin (1986) esclarece que conhecer as dinâmicas da margem é fundamental para compreender como se constitui e opera o funcionamento de nossos significantes centrais, ou seja, acessar o funcionamento da margem é essencial para repensar e questionar nossas construções sociais e culturais sobre as diferentes formas de existência.

Ao evocar a multiplicidade de formas de inserção nos espaços sociais, pretendemos apontar a necessidade da criação de modos singulares de atenção e de cuidado que não conduzam a generalizações práticas e teóricas ou visem à reabilitação a uma certa norma.

Nas discussões sobre políticas de saúde mental, Saraceno (2001) afirma que o estar em algum lugar não significa habitá-lo. Ao denunciar a falência dos hospitais psiquiátricos e tendo a cidadania como horizonte, o autor percebe uma ligação estreita entre a reabilitação de pacientes psiquiátricos longamente institucionalizados e o habitar. Vale destacar que reabilitação para o autor é um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos, onde se coloca como decisiva a perspectiva da negociação. O manicômio, segundo ele, é o lugar preponderante onde o habitar é negado. Partindo dessas considerações, ele observa que a “história da psiquiatria é uma história de casas” (Ibid., p.115). As questões da psiquiatria giram em torno das residências do doente: o manicômio como residência controlada, coagida e expropriada ou o percurso de saída do hospital psiquiátrico com diversos graus de proteção residencial até a gestão da própria casa ou o retorno à residência originária. É importante ressaltar que a questão não é ser contrário à criação de moradias, mas sim no encerramento da questão do habitar e da inserção social em um tipo de moradia planejada.

Generoso e Guerra (2009), ao discutir a Reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização, nos mostram que, para auxiliar pessoas com transtornos graves a habitar o mundo e uma moradia,

é preciso ampliar nossas perspectivas para aquilo que está fora dos nossos padrões. O trabalho com essas pessoas exige a inclusão de reflexões e variáveis nas idéias de integração e inserção sociais, desconstruindo concepções engessadas baseadas em uma definição única e estrita. A implantação de novas políticas não deve ser pensada sem uma interrogação sobre a forma como se partilham normas, leis e palavras em uma sociedade.

O trabalho, realizado com moradores de rua diagnosticados como portadores de sofrimento psíquico inseridos em programas de residência terapêutica, sugere que o modo de experimentar outro modo de morar é sempre singular e não pode ser universalizado (CAVALCANTI, 2002). Alguns sujeitos encontraram na moradia assistida a possibilidade de ter a chave de casa — segundo palavras de uma das moradoras — além do cuidado necessário, tomando esse dispositivo como suporte na construção de uma rede afetiva. Para outros, a permanência na rua continua sendo uma saída mais atraente do que a de ligar-se a uma instituição assistencial, como indica outra moradora ao dizer que sua única tristeza era a saudade da rua, onde ela era infinita e não se sentia presa.

Percebemos, assim, que o território extrapola o ambiente geográfico e diz respeito a “uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam” (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009, p.197). A criação de novas formas de assistência a pessoas com transtornos graves e persistentes, promovida pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, introduz novos modos de compreender o habitar e sua relação com o sofrimento psíquico. A cidade passa a ser entendida como espaço primordial de formulação do cuidado no campo da saúde mental que passa a sustentar a necessidade de criação de novas formas de cuidar e de morar. Essa visão se opõe à perspectiva hospitalocêntrica onde a vigilância total e o regime tutelar legitimam formas de se apropriar do espaço e da moradia restritos a fixidez e a norma, sendo a casa entendida como um lugar de intimidade. Segundo os autores, essa perspectiva impede e restringe as múltiplas formas de ser e estar no mundo, além de inibir as criações e narrativas coletivas.

Consideramos como exposto até agora, habitar o mundo e a linguagem em uma relação indissociável e intrínseca. A leitura psicanalítica de orientação lacaniana acerca da experiência psicótica, descentra o estudo da loucura do eixo razão-desrazão, introduzindo outro modo de compreender os seus fenômenos. Lacan (2002) indica que o lugar de um sujeito no universo simbólico não está em desconexão com a sua experiência de habitar: trata-se para cada um de conquistar um lugar na linguagem. Essa leitura acentua a relação que cada sujeito estabelece, independentemente de sua posição subjetiva, com a linguagem. Ao discorrer sobre a constituição do sujeito na linguagem como um processo que envolve uma certa invenção, o autor inaugura outra forma de compreender a subjetividade: cabe a cada um ocupar um lugar possível em relação aos seus ditos, mesmo que estes pareçam não fazer sentido ou que os sujeitos não os reconheçam como seus.

As indicações de Certeau (1994) também fornecem pistas interessantes para nos aproximarmos de como tratar o morar e o habitar sem excluir o narrar e a apropriação do espaço. O autor aborda a dimensão subjetiva do lugar habitado, remetendo a noção de espaço a uma relação singular entre sujeito e o mundo, a partir da prática sobre ele e do exercício narrativo. Em conferência realizada em Paris no ano de 1974, Certeau afirma que a atividade qualifica o espaço. Dessa forma, inverte a lógica predominante: não é mais a geometria dos arquitetos que dita a configuração dos lugares e das cidades, mas a prática de seus habitantes.

Ao ampliar a concepção de urbanismo incorporando o agir e as práticas, por ele chamadas de artes de fazer, o autor inaugura uma perspectiva dinâmica de espaço que se opõe a uma visão mais fixa de lugar. Os habitantes tornam-se autores do espaço, protagonistas e inventores da cidade, criando uma nova estética do urbano. São as histórias com ou sem palavras tecidas pelo morar, andar, vestir, cozinhar e fazer que tornam um lugar habitável. “São pelas histórias de lugares, que eles se tornam habitáveis. Habitar é narrativizar” (CERTEAU, 1996, p. 201).

Dessa forma, acreditamos que a abertura para novos universos discursivos e para os diferentes modos de lidar com o sofrimento são pré-condições para uma oferta de tratamento que não se apresse em classificar, em emprestar sentido ou em forçar o sujeito em direções pré-moldadas. O significante não tem significação *a priori* para Lacan (2002) e por isso não nos cabe enquanto clínicos completar as frases dos sujeitos, tentando fechar o sentido. Mantendonos no plano da linguagem e seguindo aquilo que o sujeito diz sobre sua experiência subjetiva poderemos participar do trabalho artesanal de articulação que o sujeito inaugura com o vivido em ruptura com o sentido. É a partir das indicações dos próprios sujeitos que iremos ajudá-los a construir formas possíveis de inserção no social.

Com base nestas reflexões apresentaremos, no presente artigo, um estudo de caso do grupo realizado com usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Rio das Ostras a partir da análise das narrativas produzidas em uma oficina de Fanzine intitulada “ComuniCaps – Espaços sociais e convivência” durante a nossa experiência de estágio curricular no curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense – Pólo Universitário de Rio das Ostras. A oficina tornou-se uma ferramenta de trabalho clínico que tem por objetivo incentivar as narrativas de usuários de um CAPS, que questiona e propõe a interlocução entre as diferentes formas de habitar o cotidiano a partir do exercício narrativo.

Vale dizer que, embora o material analisado seja produto de um trabalho realizado pelos usuários veiculado em pequenas publicações distribuídas na cidade onde estes assinam voluntariamente a produção, optamos por utilizar pseudônimos de modo a preservar a identidade dos sujeitos envolvidos, para tanto escolhemos nomes de escritores modernistas brasileiros.

Esta pesquisa é um desdobramento do projeto “A experiência do corpo próprio nas narrativas de usuários de saúde mental” um estudo clínico-qualitativo coordenado pela prof^a Nuvia Malajovich Muñoz do curso de Psicologia do PURO-UFF no qual atuamos como bolsista de iniciação científica (PIBIC- UFF- 2011/2). É importante ressaltar que nesse projeto também trabalhamos com narrativas de usuários de saúde mental o que assevera nossa aposta de que ouvir o que os sujeitos têm a dizer sobre sua experiência é fundamental para a produção de saúde e de vida.

Acompanhamos, na oficina “ComuniCaps”, o percurso dos usuários na construção de uma inserção possível no território e de superação dos problemas de saúde mental. Analisamos o material produzido pelo grupo enfocando a experiência de habitar, centrando a nossa investigação na descrição de formas singulares de estar no mundo, que não se encaixam nos moldes padrão de convivência nos espaços sociais. O trabalho na saúde mental implica uma abertura para universos discursivos alternativos que podem indicar posicionamentos subjetivos singulares tornando possível uma inserção no território a partir daquilo que aparece na margem, fora do sentido habitual, como resto.

Fanzine: a literatura marginal como ferramenta na clínica da saúde mental

O Fanzine é um meio de comunicação alternativo que teve seu uso amplamente divulgado nos movimentos de contra-cultura, configurando-se como uma forma literária do movimento artístico marginal. Arte marginal foi o termo criado no movimento artístico das décadas de 1960 e 1970 que rompeu com vários paradigmas sociais, inclusive o Fanzine configurou-se como uma forma de burlar a censura do período ditatorial. É uma arte que não está envolvida nos meios tradicionais de comunicação como livros de grandes editoras, galerias e museus.

É um dispositivo de grupo e engloba todo o tipo de tema. Uma produção que assume uma posição política por parte de seus participantes ao implicarem-se no debate do assunto e na divulgação do material. A publicação costuma acontecer de modo informal através da troca entre os “zineiros” – autores do fanzine, ou distribuição gratuita. Além disso, com a união entre palavras e imagens possibilitada pelos fanzines, é possível estabelecer um diálogo entre as linguagens visuais e faladas ampliando formas de comunicação.

Propusemos a inserção de um trabalho Fanzine no CAPS, pois é um dispositivo de criação coletiva que rompe com as formas convencionais de comunicação, uma forma de arte que escapa ao modelo instituído. Além de considerá-la uma ferramenta que promove a discussão de temas relevantes e que não costumam ser discutidos. É um dispositivo que incentiva às narrativas, possibilitando a criação de espaços que facilitam o diálogo, o convívio e a interlocução entre usuários, equipe e comunidade. Além disso, é um projeto prático que necessita de materiais simples, como revistas, jornais, tesoura e cola.

A oficina teve início durante o segundo semestre de 2010, sendo coordenada por mim em parceria com os colegas de graduação Iuri Silva e Irene Still. Sua metodologia consiste em um amplo debate acerca de um tema acordado pelos usuários – autores, com posterior eleição de idéias principais e recorte de letras e imagens que tenham a ver com o assunto. A partir das anotações realizadas, algumas frases são escolhidas pelos usuários como representantes do tema. As imagens e os textos são posteriormente digitalizados e os dados são editados. Após a impressão, os participantes validam a edição e os fanzines são fotocopiados.

A confecção de Fanzines configura-se como espaço coletivo de troca de experiências, exposição de idéias e roda de conversa. Contou com a participação de dez usuários em média. É um lugar de encontro, onde os usuários falam sobre a convivência, o tratamento, a experiência de adoecimento... Fazem a palavra circular no coletivo ao tratar de assuntos que geralmente não são falados, como por exemplo, a felicidade, a luta antimanicomial, a internação psiquiátrica, o tratamento no CAPS, a exclusão e a convivência. No grupo, faziam circular as palavras que habitam a vida.

A confecção dessa edição se deu a partir de doze encontros. Analisamos as narrativas produzidas na oficina de modo a destacar o modo como os usuários do CAPS de Rio das Ostras convivem e vivenciam os espaços sociais dando ênfase as suas redes afetivas e de contato com a cidade.

Resultados e discussões

Foi proposto que os usuários falassem sobre os lugares nos quais se sentiam bem, os ambientes que frequentavam, a experiência vivida em relação à moradia e ao CAPS enquanto lugar de tratamento e as relações com a cidade. Os principais assuntos que surgiram durante a oficina foram os espaços sociais, o tratamento, a convivência e o preconceito.

Percebemos que a casa pode adquirir tanto uma característica aprisionante como libertadora. Vimos que os usuários, por vezes, encarnam uma concepção muito convencional sobre as relações com a casa, permanecendo como um lugar de fixidez e imobilidade. Quando a casa restringe-se ao lugar de provedora de necessidades e único abrigo, ela se torna condicionante de uma vivência com pouca inserção no território, como podemos perceber nas falas de Adalgisa, Marina e Érico: “eu não gosto de sair, fico só em casa”, “eu não saio pra lugar nenhum não” e “às vezes eu quero sair de casa, mas não encontro opção”.

A partir das narrativas dos autores, entendemos que quando os usuários de saúde mental resolvem incorporar o que o discurso hegemônico diz sobre as coisas, sua vivência torna-se pouco criativa e institucionalizada. Quando adotam para si um lugar que conserva uma relação com a margem, enquanto produtora de sentidos outros que não os modelos padrões, tomam para si um cotidiano com mais circulação e apropriação do espaço urbano.

A casa pode incorporar uma característica parecida com a do hospital psiquiátrico. Nos momentos de depressão, por exemplo, a casa assume um aspecto asilar, suprimindo as possibilidades dos sujeitos habitarem. As formas de experimentar o adoecimento, por vezes, podem revelar certo estar manicomial onde os sujeitos experimentam uma perda total dos poderes de negociação, impedindo o poder de escolha e troca com as possibilidades do cotidiano. (SARACENO, 2001) Podemos observar essa vivência nas narrativas de Clarice e Cecília: “Na depressão não dá vontade de viver, a casa fica toda fechada” e “Eu quando não tô muito bem, fico muito isolada em casa, eu fico isolada, acordo e fico esperando a hora de dormir de novo”. Cabe a nós, enquanto equipe, auxiliar os sujeitos a criarem outras formas de lidar com a experiência, para que nos momentos de crise possam inventar recursos para sobrepujá-la.

Saraceno (2001) aponta que o trabalho de reabilitação é a passagem dos espaços controlados pela razão burguesa a lugares onde se experimentam a liberdade e o risco. Vale destacar que o autor critica o conceito de reabilitação psicossocial por encontrar-se, muitas vezes, impregnado pelo ideal de uma integridade a restituir ou de uma adaptação a promover. A reabilitação é como já dissemos um processo que promove a ampliação de espaços de negociação para o sujeito, para sua família, para a comunidade e para os serviços de saúde, promove uma abertura dos espaços de relação, uma ampliação do poder contratual que implica na própria mudança da forma de ocupação dos espaços.

A idéia de reabilitação é criticada na medida em que reabilitar significa substituir uma desabilitação por uma habilitação, a passagem de um estado de incapacidade a um estado de capacidade. O usuário nessa perspectiva é considerado portador de um déficit ou de uma falta, e o tratamento, então, ocupar-se-ia de extinguí-la ou minimizá-la. Saraceno observa que “não existem desabilidades ou habilidades em si mesmas: elas se definem no âmbito das redes sociais, e das trocas que estas redes impedem ou possibilitam, permitem ou proíbem, incentivam ou esquecem.” (Ibid., p.112).

Apostamos, então, com Saraceno que a reabilitação é um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos, onde se coloca como decisiva a perspectiva da negociação. Desse modo, a clínica da saúde mental tem o desafio de auxiliar os sujeitos a construírem “arquiteturas” singulares que consigam romper com as paredes domésticas, aumentando o poder contratual. Ampliando, assim, a atenção para o contato com a cidade e suas múltiplas formas de viver.

Desse modo, percebemos que a casa também pode assumir um aspecto libertador. Quando os sujeitos encontram certo trânsito pelo território, o lar ganha um aspecto singular e produtor de liberdade. Quando a casa torna-se um espaço de abrigo, proporcionando outras circulações pela vida e pela cidade os sujeitos passam a entendê-la com um estatuto de propriedade e pertencimento, como indica Pagu “Gosto de dançar às três da manhã em casa porque em casa a gente tem liberdade para isso.”

Nesse aspecto, podemos retornar as discussões anteriores. Certeau (1994) ao afirmar que habitar é narrativizar, também incorpora a arte do caminhar às formas de apropriação da cidade enquanto criadora de espaços. A partir das narrativas e das histórias que contam sobre ela, a cidade torna-se um local onde o habitar é possível. São os habitantes que ditam as configurações da cidade por mais que os projetos urbanísticos tentem fazê-lo.

Certeau (1994) define a cidade como lugar de desejo assinalando seus múltiplos percursos e possibilidades de caminhar de seus habitantes. Considera a cidade como uma língua e o ato de caminhar equivalente à enunciação. A cidade configura-se, nessa perspectiva, como uma linguagem, tornando-se lugar de desejo com itinerários diversos. Os espaços transformam-se em lugares praticados através do caminhar de seus habitantes. O caminhar é para o sistema urbano o que a enunciação é para a língua. A relação entre cidade/língua e o caminhar/enunciação permite a valorização dos processos de apropriação da topografia urbana pelos seus atores.

As caminhadas apresentam vários trajetos e desvios assimiláveis a figuras de estilo: “Há uma retórica do caminhar. A arte de moldar frases tem como equivalente uma arte de moldar percursos. Tal como a linguagem ordinária, esta arte implica e combina estilos e usos” (Ibid., p.179).

Deste modo, para que sujeitos por tanto tempo remetidos à vivência asilar possam habitar a cidade, construir laços e costurar suas redes no território é fundamental que se criem espaços onde a palavra possa circular. Espaços onde os sujeitos possam narrar a cidade que mora em cada um, auxiliando na difícil construção do que é um espaço e o urbano em cada caso. Ao sabermos que não existe uma forma unívoca, ampliamos nossas formas de intervenção na construção de uma casa híbrida e em ligação constante com o espaço social.

A noção de rede nos auxilia na tarefa de demolição da lógica manicomial, possibilitando a construção de pontes no território que permitam o trânsito pelos serviços de saúde e pelos locais que cada sujeito encontra para estar no social. Os laços são fortalecidos e multiplicados. Dessa forma, ampliamos a atenção para além dos limites dos CAPS, mantendo o serviço aberto. Quando se permanece restrito ao interior da instituição, a tendência é fechar-se e produzir o mesmo efeito que as instituições totais, voltando a incorporar as pessoas, remetendo-as à exclusão e a condição de objeto (GOFFMAN, 1987).

Habitar exige criar espaços de negociação e de trocas simbólicas e materiais em sua relação afetiva com outros (SARACENO, 2001). O enlace entre os espaços, a troca constante entre os serviços e, a cidade deve ser a marca de um serviço de atenção psicossocial. O CAPS é

um dos pontos de circulação na vida do usuário, não devendo assumir sua assistência total. Atenção integral não significa uma atenção segmentada do indivíduo, não significa assistencialismo, no sentido de prover tudo aquilo que se acha necessário e muito menos fazer isso à revelia do próprio sujeito.

Um serviço substitutivo ao manicômio não deve restringir as possibilidades à oferta de tudo aquilo que supõe-se que pessoas em sofrimento psíquico precisam. É importante, ao contrário, possibilitar a abertura para outras perspectivas e possibilidades que tenham a ver com as preferências de cada um, ir ao banco, à igreja, ao supermercado, pegar uma van, visitar amigos e parentes, ir à banca de jornal ou à praia para catar mariscos – espaços citados como importantes pelos autores do fanzine.

A partir daquilo que não é padrão, do trânsito pela margem, é que poderemos auxiliar os sujeitos a encontrar modos próprios de se localizar no mundo. A organização subjetiva da psicose não se faz a partir de uma referência central, mas a partir da margem, de pequenos pontos que constituem um espaço psíquico *sui generis*. Segundo Lacan (2002, p. 284) no surto psicótico, a linguagem é promovida “ao primeiro plano da cena”, falando sozinha, em voz alta, com ruídos e com todo o furor de uma invasão. Os sujeitos que ouvem vozes, por exemplo, sentem-se invadidos, torturados e influenciados por essa presença que provoca inclusive efeitos no corpo. O pensamento e as ações podem se tornar impostos revelando as frágeis e ilusórias fronteiras que separam os sujeitos e o mundo.

O esfacelamento do sentido comum ocasionado na vivência psicótica faz com que o sujeito passe da posição de habitante à posição de ser habitado pela linguagem. Ao evidenciar a ausência de representação do discurso que sustenta o cotidiano, a falência da própria estruturação linguística, algo se destaca e aparece como uma espécie de “música a várias vozes” (Ibid., p.283).

Na falta de um operador comum caberá a cada sujeito encontrar modos próprios de se localizar no mundo: “É no meio de um mar de palavras e frases desconexas que um elemento novo, deverá ser acrescido de forma a possibilitar que o sujeito possa conquistar um lugar na linguagem” (MUÑOZ et al, 2011, p. 85).

Será preciso que cada um invente uma relação inédita com a linguagem, mas sem poder se valer de nenhum discurso estabelecido (MILLER, 2003). Podemos deduzir que o psicótico inventará um estilo radicalmente singular, costurando sentidos criativos em relação ao modo de experimentar o mundo e aos espaços sociais em oposição aos habitualmente compartilhados.

Em um dos encontros do Fanzine um dos autores nos presenteou com a seguinte definição: “sou excêntrico”. A palavra deriva do latim *eccentricus* e significa, fora do centro, descentrado (AURÉLIO, 1996). A fala de Manuel remete-nos para a radicalidade da experiência, que ela está fora dos significantes centrais, nos implicando na tarefa de construir o tratamento a partir das próprias indicações do sujeito. Manuel, ao dizer que ele é “diferente de todos os demais” rompe com qualquer possibilidade de construirmos um projeto que dê conta de toda a especificidade da psicose.

Os participantes nos ensinam a vivência do preconceito, possibilitando que o CAPS ocupe a função de produzir outras relações da sociedade com a loucura. Alguns participantes afirmam que umas das principais causas da não circulação pela cidade é o preconceito. Adalgisa afirma que “o preconceito faz com que a gente fique mais em casa, sem frequentar outros lugares, as pessoas ficam mais isoladas. O motorista da van, não deixa a gente entrar, mesmo com a

van vazia”. Mario revela quanto o preconceito pode ser perturbador: “lá perto da minha casa, numa obra, ficam me chamando de doido, maluco. Me dá um negócio ruim, fico nervoso.”.

A Reforma Psiquiátrica não é somente uma mudança de técnicas ou de instituições — do Manicômio ao CAPS —, mas uma transformação da visão da própria sociedade com relação à loucura que não só reinventa a psiquiatria, mas a própria sociedade em que vivemos (BEZERRA JR., 1993). Afinal, como indicou Foucault em 1961 em sua importante obra “História da Loucura”, a loucura só surge como doença mental no século XVIII junto com o surgimento da psiquiatria e a delimitação do seu objeto - a doença mental. Sendo assim, a experiência está intrinsecamente ligada ao contexto sócio-histórico em que emerge e, ganha existência para o próprio sujeito e para os outros.

Desse modo, o cuidado na saúde mental exige também um trabalho na comunidade, ou seja, é preciso criar meios de comunicação e interlocução da rede de saúde mental com o espaço social. Afinal, a loucura faz parte da experiência humana e, é um modo de estar no mundo. O CAPS também tem a função de tratar o social produzindo mudanças, ajudando os sujeitos a se livrarem do estigma.

O “Comunica - CAPS” pode se tornar uma importante ferramenta de trabalho por ser um meio de comunicação marginal que publica aquilo que os meios de comunicação tradicionais escondem. Torna-se assim veículo para àqueles, que caminham pela margem, dizerem aquilo que lhes é mais próprio e, deste modo, produzindo transformações na relação das pessoas com a experiência do adoecimento psíquico.

Considerações Finais

O trabalho com narrativas é uma ferramenta clínica e de pesquisa que atende à difícil tarefa de produção de um cuidado que integre a experiência vivida dos sujeitos, além de auxiliar na construção de ações que dialoguem com a experiência das pessoas em sofrimento psíquico, respeitando os diferentes modos de experimentar e vivenciar o adoecimento. A metodologia de análise de narrativas configura-se como ferramenta psicopatológica importante para o campo da saúde mental, podendo auxiliar na construção de um projeto terapêutico singular que inclua a experiência dos sujeitos em adoecimento psicótico. Estar atento ao modo como os sujeitos vivenciam e narram suas experiências pode fornecer a chave para a compreensão acerca de como cada sujeito lida com os fenômenos que o acomete. Abre-se então a perspectiva de transformar essas pistas em uma direção conjunta a ser empreendida na construção de um cuidado individualizado.

Ao logo do presente estudo, enfocamos teorias sobre o habitar visando conhecer a pluralidade de formas de inserção no território, descartando a idéia de que o processo de habitar possa ser restrito a noção de casa. Vimos que as perspectivas que tomam a moradia como provedora de equipamentos necessários ao corpo biológico produzem normatizações e remetem àqueles que escapam do modelo a situações deficitárias ou de desadaptação.

Em oposição a esse tipo de abordagem, propusemos pensar a dimensão subjetiva do lugar habitado. Ao considerar a prática dos habitantes e o modo como cada um constrói seu cotidiano, tomamos a cidade como personagem de uma narrativa sempre em construção. Desse modo, são os habitantes que configuram um determinado espaço. A narrativa se assevera então como meio

para tornar um lugar habitável. Ao apontar o mapa subjetivo percorrido por cada habitante em seu exercício de utilização da linguagem, ressaltamos a importância da singularidade na experiência de habitar e de considerar que há outros caminhos a serem trilhados.

Com o movimento de Reforma Psiquiátrica, a cidade torna-se um espaço primordial de subjetivação. A inserção de sujeitos em sofrimento psíquico no território passa a ser considerada como uma das principais formas de atenção e de cuidado. Além disso, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas mostra a necessidade de que novos modos de morar e de cuidar sejam inaugurados, de modo a possibilitar que os sujeitos possam habitar os espaços — relação que costuma ser negada nas instituições totais.

Nossa experiência de estágio no trabalho de desinstitucionalização de pacientes longamente internados pertencentes ao Município de Rio das Ostras nos marcou profundamente. Apesar dos horrores da vida institucional, espantamo-nos com alguns pacientes que, de início, afirmavam veementemente não querer sair da instituição. Basaglia (2005, p.80) indica que o nível de despersonalização e de objetualização nesse tipo de instituição são tantos que não se vêem diferenças entre instrumentos cirúrgicos, portas, paredes e pacientes: “antes de sair foram verificados fechaduras e pacientes”. Desta forma, as pessoas são remetidas à condição de mobiliário; de corpo-móvel.

Desse modo, podemos pensar, então, de que forma o tratamento no serviço tipo CAPS têm auxiliado na construção de outra forma de vivenciar o corpo, o habitar e na produção de autonomia. Já que o CAPS não é só uma mudança de “casa”, acreditamos que todos os atores que se inserem nesse espaço são responsáveis por inventar espaços que rompam com o manicômio, desatualizem formas engessadas, estigmatizantes e que desconsiderem os aspectos subjetivos da experiência de adoecimento.

Criar espaços e inventar terapêuticas que possibilitem ao sujeito conquistar um corpo que não sob a forma de objeto ou corpo-móvel faz parte do cotidiano da atenção psicossocial. Entendemos que as narrativas possibilitam a criação de espaços para que cada sujeito invente a seu modo formas de habitar o cotidiano e a linguagem e de lidar com o adoecimento. Afinal, são os usuários quem devem indicar o que funciona melhor. No espaço da oficina, por exemplo, os autores relatam vivências de tratamento e experiências sobre o adoecimento que nem sempre são tratados no cotidiano do serviço. Poder ouvir o que eles têm a dizer sobre a própria vida é auxiliá-los a inventar um saber sobre si, criado por eles e com eles.

No entanto, é preciso para isso abrir mão de ilusões acerca de um retorno ao centro e de modos prontos de lidar com a vida. Ao permitir o contato com a diferença, ampliamos nosso próprio mundo. Assim, torna-se fundamental tomar a ruptura com o padrão como uma forma de questionamento dos nossos próprios modos de conceber a vida, as pessoas e a sociedade.

O interesse dos usuários na divulgação e transmissão do fanzine nos revelou o quanto é fundamental a procura de formas de compartilhamento de suas vivências no social. Oswald, por exemplo, propôs divulgar o fanzine na banca de jornal onde costuma ir pra comprar sua revista. Paulo disse que o levaria a outro serviço de saúde que também faz parte da sua rede e Adalgisa ficou de divulgá-lo em sua igreja.

As excentricidades revelam e inauguram formas de lidar com o cotidiano, assumem a transitoriedade do vivido e nos convidam à invenção. O trabalho na saúde mental envolve a assunção de uma posição criativa de novos modos de cuidar a partir da singularidade de cada

um, permitindo-nos ouvir o mundo desses sujeitos e perceber o que eles indicam, poderemos nos livrar de terapêuticas cronificantes. A clínica deve se dar em movimento, o que nos convoca a caminhar com as pessoas, ouvindo o que elas têm a dizer. Estar junto na experiência de adoecimento pode ter muita relevância para os sujeitos. Apostar no vínculo é apostar que as coisas acontecem na relação, que o cuidado volte à cena e que mudanças indiquem o caminho do processo de saúde.

Ressaltamos também que os profissionais do campo da saúde mental devem – para continuar a potencializar formas de habitar que não se utilizem da via instituída – a partir da posição de andarilho, romper com a idéia de que é um ponto fixo que determina o habitar, desconstruindo visões pré-fabricadas de casa. Vale destacar que, quando convidamos os trabalhadores de saúde mental a se fazerem andarilhos, não estamos dizendo que se deva prescindir do CAPS, mas afirmar que a posição dos sujeitos em relação à instituição deve se dar em movimento e não enquanto corpo-móvel.

Gostaríamos, por último, de salientar que a atividade prática da pesquisa articulada à experiência do estágio vai ao encontro à proposta de pensar em uma formação em psicologia que não se limite ao modelo de prática clínica em consultório particular, mas que se volte também para as práticas no serviço público, que leve em conta as demandas específicas da população atendida, a rede de Saúde Mental, o movimento da Reforma, assim como a prática que deriva desse modelo de cuidado ao sofrimento psíquico. A formação do psicólogo deve caminhar em consonância com a atual demanda e em articulação com as políticas públicas, formando profissionais para a atuação nesses espaços e seguindo as propostas deste novo modelo. As atividades de estágio, de pesquisa e/ou extensão universitária, realizadas em parceria com os serviços substitutivos, oferecem um campo privilegiado para o ensino e para produção de formas de cuidado inovadoras, potencializando, desse modo, a junção da teoria com a experiência prática em saúde mental.

Referências

- AMORIM, A. K. M.; DIMENSTEIN, M. A. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. In: **Ciência saúde coletiva**, v. 14, n. 1, Rio de Janeiro, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000100025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 setembro de 2010.
- BASAGLIA, F. Corpo e instituição: considerações psicopatológicas e antropológicas em psiquiatria institucional. In: _____. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 73-89.
- BEZERRA JR., B. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: BEZERRA JR., B; AMARANTE, P. (orgs.) **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro(RJ): Relume Dumará; 1993. p. 113-126
- BROGNOLI, F. F. Com a cara no mundo: seguindo os rastros de nômades urbanos. In: MARQUES, A. C.; BROGNOLI, F. F.; VILLELA, J. L. M. **Andarilhos e cangaceiros: a arte de produzir território em movimento**. Itajaí: Univali, 1999, p. 53-99.
- CAVALCANTI, M. T. Estar louco nas ruas: reflexões a respeito dos doentes mentais sem-teto na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Trabalho apresentado no Congresso *Penser la psychose: du traitement à l'accompagnement*, Bruxelles, 2002.
- CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano: Artes de fazer**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. vol. 1.
- CERTEAU, M. de; GIARD, L.; MAYOL, P. **A invenção do cotidiano: Morar, cozinhar**. Petrópolis: Vozes, 1996. vol. 2.
- CORIN, E. **Centralité des marges et dynamique des centres**. Département d'anthropologie de l'Université Laval, *Revue Anthropologie et Sociétés*, v. 10, n. 2, 1986, p. 1-21.
- DICIONÁRIO AURÉLIO DA LÍNGUA PORTUGUESA, 1996.
- FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2007.
- GENEROSO, C. M.; GUERRA, A. M. C. Inserção social e habitação: modos dos portadores de transtornos mentais habitarem a vida na perspectiva psicanalítica. In: **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 4, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 de outubro de 2011.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- KASPER, C. P. **Habitar a rua**. Campinas, 2006. 239 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.
- LACAN, J. **O seminário, livro 3: as psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.
- MILLER, J. A. A invenção psicótica. In: **Opção Lacaniana**. São Paulo, n. 36, p. 6-16, maio 2003.
- MUÑOZ, N. M. et al. Pesquisa Clínica em Saúde Mental: o ponto de vista dos usuários sobre a experiência de ouvir vozes. In: **Estudos de Psicologia**, Natal, v.16, n.1, abr. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2011000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 de maio de 2011.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

Violências. Seção Publicações, Subseção Artigos, novembro de 2006. Disponível em: <<http://www.cfh.ufsc.br/~levis/downloads/artigos/NCVDP.pdf>>. Acesso em: 4 de abril de 2010.

2º lugar - Categoria Estudante

A emergência do sujeito como direção clínica e política no trabalho com crianças e adolescentes psicóticos e autistas: a experiência no CAPSi Pequeno Hans

Alex Yan da Costa Mendes, graduando pela UVA.

Resumo

O presente estudo trata das incidências do saber psicanalítico nos contextos clínico e político da reforma psiquiátrica. O objetivo principal é elucidar os pressupostos que norteiam a clínica da atenção psicossocial e as incidências da ética psicanalítica neste campo, buscando estabelecer alguns pontos de intercessão e de incompatibilidade no saber/fazer de tais perspectivas. Como metodologia nesta pesquisa foram utilizadas a revisão bibliográfica e a experiência apreendida pelo método da observação participante enquanto estagiário acadêmico bolsista atuando no CAPSi Pequeno Hans, um serviço público que atende a crianças e adolescentes em grave sofrimento psíquico. Como principal confirmação teórico-prática conclui-se que a função do profissional de saúde mental que preze a clínica é a de ser alguém que autentica ao sujeito uma construção que é sua, deixando-se regular pelo seu trabalho, esvaziando-se de qualquer saber prévio, para que o sujeito psicótico ou autista possa construir seu próprio saber, constituindo-se.

Palavras-Chave: Atenção Psicossocial. Infância e Adolescência. Psicose. Psicanálise.

Introdução

O presente estudo tem como tema a clínica posta em prática em dispositivos de atenção psicossocial infantojuvenil e a sua relação com a política estabelecida como diretriz para estes dispositivos. São abordados subtemas como a constituição do sujeito na perspectiva psicanalítica e da reforma psiquiátrica, a ética que subjaz a estas perspectivas teórico-práticas, as influências da psicanálise na clínica da psicose e do autismo realizada nos dispositivos de atenção psicossocial, as questões da cidadania e dos direitos, e os caminhos e diretrizes políticas para a atenção psicossocial infantojuvenil.

O objetivo principal é elucidar os pressupostos que norteiam o campo advindo do processo de reforma psiquiátrica conhecido como clínica da atenção psicossocial e as incidências da teoria e ética psicanalítica neste campo, buscando estabelecer alguns pontos de intercessão e de incompatibilidade no saber/fazer de tais perspectivas. Ao longo deste processo comparativo, surgem questões alimentadas pela prática em um serviço de atenção psicossocial infantojuvenil que possui como orientação ética a psicanálise. Questões estas relacionadas com temas como o direito dos usuários e a implicação do sujeito em seu desejo, o saber da equipe que

(des)norteia a prática, decisões “burocráticas” e a interferência na clínica, entre outras que, como exemplos, nos convocam a pensar de uma forma mais crítica e sob o crivo rigoroso da psicanálise, os avanços advindos da reforma psiquiátrica.

Partindo do pressuposto de que as ações voltadas para os usuários dos serviços de saúde mental têm como base ética e epistemológica uma noção particular de sujeito, fez-se necessário, neste estudo, investigar a que sujeito estas ações são voltadas, e a qual conceito de clínica nos referimos quando utilizamos este termo nas práticas da atenção psicossocial.

Através do movimento social e da quebra de paradigmas epistemológicos realizados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, tornou-se possível enxergar um novo lugar para a loucura e o louco na sociedade que não aquele destituído de qualquer direito e alijado das relações sociais. E, enquanto ainda hoje se observam as práticas psiquiátricas de “normatização de conduta” e anulação do sujeito, que no período pré-Reforma eram regra de tratamento, podemos, na presente época, ver uma democratização de perspectivas teóricas e práticas através da transdisciplinaridade do campo da Saúde Mental. Mesmo obtendo estes avanços no olhar sobre o sofrimento psíquico dos usuários de serviços de saúde mental, corre-se o risco, caso não possuamos uma fundamentação teórica calcada no respeito pelo sujeito e na aposta em sua emergência, de reproduzir as práticas tutelares e, assim, devolver o louco a seu antigo lugar de irresponsabilizável e assujeitado.

Advindo de preocupações éticas com a prática realizada nos serviços de atenção psicossocial, este estudo tem a importância de debater os pressupostos que organizam a assistência à pessoa em sofrimento psíquico, mais especificamente no tocante às crianças e adolescentes e balizar uma ética que, se não é tomada coletivamente no campo, ao menos é tomada como individual nos profissionais que agem no intuito de fortalecer epistemologicamente o campo da saúde mental e a atenção ao sujeito.

A primeira parte deste estudo aborda aspectos da teoria psicanalítica relacionados à constituição do sujeito. A segunda parte traz a concepção psiquiátrica de sujeito sob os vieses da racionalidade científica moderna e da reforma psiquiátrica. A terceira parte tematiza a questão da cidadania no pensamento da reforma psiquiátrica e enquanto conceito a ser criticado pela psicanálise. A quarta parte apresenta a influência da psicanálise na clínica da reforma psiquiátrica, com especial atenção às teorizações sobre a psicose e a emergência do sujeito, além de mostrar esta influência em um documento publicado pelo Ministério da Saúde e voltado para a saúde mental infantojuvenil. A conclusão discute os temas levantados no entrelaçamento dos apontamentos feitos durante estágio com método de observação participante no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) Pequeno Hans — serviço público de saúde mental que tem como direção clínica a psicanálise — e, o presente estudo bibliográfico.

Metodologia

A presente pesquisa é de cunho descritivo e analítico e, enquanto busca elucidar aspectos epistemológicos da prática realizada em saúde mental, configura-se em uma pesquisa qualitativa. Como metodologia de trabalho, foram utilizadas a revisão bibliográfica e a escrita implicada, e contextualizada ao estudo, da experiência apreendida pelo método da observação participante enquanto estagiário acadêmico bolsista.

Quanto à pesquisa bibliográfica, esta se configura como um importante método nos estudos baseados em dados originais, colhidos numa pesquisa de campo, bem como naqueles inteiramente baseados em documentos (LUNA, 1999). Este estudo apresenta características de ambas abordagens, tendo a prática do autor em um serviço de atenção psicossocial infanto-juvenil servindo como polo de levantamento de questões a respeito do tema, cuja bibliografia relativa à clínica psicanalítica nos dispositivos de atenção psicossocial, foi facilitada em função de haver um considerável número de obras publicadas. Porém, foram encontradas poucas obras a respeito da função da clínica psicanalítica como *práxis* norteadora e, enquanto saber primordialmente ético, contestadora das diretrizes políticas da atenção psicossocial, muito provavelmente por ser a preocupação com a direção clínica nos dispositivos de atenção psicossocial uma discussão relativamente recente no campo da saúde mental.

Os temas levantados e discutidos na conclusão deste estudo foram privilegiados em função de terem sido os mais significativos no que tange à aprendizagem ao nível de acadêmico de graduação, atuando em uma área tão importante da saúde pública brasileira e tão pouco apresentada no curso de graduação em Psicologia. A experiência de estágio funcionou, então, como o trabalho de campo em observação participante, uma das técnicas muito utilizadas pelos pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa e consiste na “inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação” (QUEIROZ et al., 2007, p.278), definição que circunscreve a experiência de um estagiário em relação aos profissionais de um serviço, permitindo o autor adentrar nas problemáticas e questionamentos pertinentes ao campo de pesquisa e aos seus atores.

A escrita das impressões relativas às observações realizadas no estágio neste dispositivo de saúde mental infantojuvenil, presentes na conclusão deste estudo foi possibilitada pela experiência de estágio como acadêmico bolsista da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), no período de abril a dezembro de 2011, quando o presente estudo foi realizado.

Desenvolvimento

A psicanálise, como perspectiva teórica, prática e, sobretudo ética, tem como base e fundação uma concepção bastante particular de sujeito, que privilegia sua dimensão inconsciente e, constitui um ponto de crítica às perspectivas que concebem o homem sem considerar este fator. Afirma Elia (2004) que em todas as situações que exigem, dos cientistas sociais, dos pensadores e pesquisadores do campo das ciências humanas e sociais a elaboração de teorias que sejam capazes de responder aos “fatos”, o sujeito será sempre um ponto paradoxal, que interrogará essas respostas e teorias e, a psicanálise o único campo do saber e da experiência humana que considera esse ponto real e o faz operar.

A constituição do sujeito na abordagem psicanalítica

O sujeito, no pensamento psicanalítico, é sempre suposto, ele não nasce ou se desenvolve, mas constitui-se. A sua emergência, enquanto sujeito do inconsciente, se dá de forma privilegiada, através da instalação do dispositivo “associação livre”, idealizado e praticado por Sigmund Freud, que produz as condições de emergência do sujeito do inconsciente, justamente, através

da “repetição” e da “transferência”, e cria as condições de produção das chamadas “formações do inconsciente” — atos falhos, lapsos, sonhos, sintomas e chistes —: outra modalidade de emergência do sujeito, de caráter metafórico e pontual. Se a instalação de um determinado dispositivo acarreta, como consequência das condições que assim se estabelecem, a emergência de determinada produção do inconsciente, presumimos que algo como um sujeito encontre-se em operação no inconsciente.

Elia (2004, p. 21) afirma que “como ser de linguagem, o sujeito humano se constitui no domínio do verbal”, mas mesmo aqueles que não fazem uso da fala, como os autistas e alguns psicóticos em condições subjetivas cuja gravidade impede alguma concatenação do discurso e caracteriza como fragmentada a relação com a linguagem, “ainda assim estará no campo da linguagem, a medida em que é ser falante, que se constitui em um mundo de linguagem, o humano”.

Nas produções simbólicas, que fazem parte do campo verbal mas não através da fala, o sentido tende a se fundir com o plano que o engendra, como nos movimentos. Só a fala permite que o sujeito, que emergirá nos tropeços das intenções conscientes daquele que fala, possa ser reconhecido como tal pelo falante que não será mais o mesmo, portanto foi levado a admitir como sua produção que desconhecia, mas que, ainda assim, faz parte dele.

Voltando nossas atenções para a estrutura psicótica, a qual representa uma grande parcela da população atendida em serviços de atenção psicossocial, temos a concepção freudiana que localiza o sujeito justamente nas manifestações que, antes de Freud, eram vistas como afastamento da verdade e da razão, empecilhos à plena realização do sujeito — na neurose, as formações do inconsciente, como sintomas e atos falhos e, na psicose, o delírio.

De acordo com Freud (1980, p.94-95), “a formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, uma reconstrução”. O maior legado de Freud com relação à psicose foi essa assunção: o delírio é o trabalho pelo qual o psicótico reconstrói o mundo de maneira a poder viver nele. O delírio é a tentativa de cura. A análise de Freud é o exercício de seguir a lógica interna das formações delirantes. O trabalho de decifração não é irrelevante do ponto de vista clínico mas é, sobretudo, a posição de atenção e respeito às palavras do sujeito que faz com que Freud, sem ter tido uma clínica de psicóticos, tenha inaugurado a clínica psicanalítica da psicose. Inaugurou, na verdade, a localização do sujeito e a posição ética, tornando essa clínica possível e justificada.

Nossa constituição como sujeitos se dá pela operação que Freud ilustrou com o mito de Édipo. Na leitura lacaniana, essa operação consiste basicamente em que o pai (“Nome-do-Pai”, porque não se trata do pai da realidade, e sim uma incidência simbólica junto à posição da mãe perante o sujeito) intervém nos separando de uma posição de mero objeto da mãe e legando-nos a inscrição psíquica daquilo que organiza as trocas sexuais e sociais. A intervenção simbólica do pai faz ver ao futuro sujeito que falta algo à mãe. Isso que falta à mãe — designado simbolicamente por Freud como “falo” — falta a todos e, assim organiza o laço social e as posições sexuais. Ao inscrever o falo como símbolo dessa falta, o “pai simbólico” faz inscrever também o registro daquilo que nos habilita a nos posicionarmos e atuarmos no jogo do desejo, na partilha dos sexos, no laço social. Esse instrumento, significante da falta no Outro, foi chamado por Lacan, na extensão de Freud, de “significante fálico”. Essa operação corresponde à “inclusão do Nome-do-Pai” como Lei e, à inscrição do “significante fálico” como aquele que organiza o desejo e as trocas sociais e sexuais. Sua não-realização é denominada por Lacan de “forclusão do Nome-do-Pai” (TENÓRIO, 2001).

A inscrição do “significante fálico”, operação que constitui a neurose, é correlata da constituição desse campo “domesticado” que é a realidade, singular para cada um mas, um campo imaginariamente partilhado pelos neuróticos. Trata-se de uma operação simbólica que organiza o campo do sentido. Algo escapa à ela, mesmo para nós, neuróticos, e a isso Lacan denominou “real” — diferente, portanto, de realidade. Enquanto realidade é justamente isso que, a partir de uma operação simbólica domesticamos no campo do sentido e também no registro imaginário, o real é o que não se inscreveu e não cessa de não se inscrever. Quando o real aparece para nós indica a falência da operação que nos protegeu do Outro. Se a psicose resulta no fracasso estrutural dessa operação, vemos que o psicótico não está protegido do real, padece da invasão real de um Outro gozador, perseguidor, implacável. Os delírios persecutórios e as alucinações — invasão real de vozes, mudanças corporais — são a manifestação disso.

Assumindo a concepção de Tenório (2001, p. 76) que “o sujeito da psicanálise e o da reforma não são equivalentes”, devemos investigar a que concepção de homem, de sujeito de intervenção, tratamos no contexto da Reforma Psiquiátrica.

O sujeito na psiquiatria: do racionalismo científico moderno aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica

Da mesma forma que, no saber psicanalítico toda teoria e prática se dão em relação ao conceito “sujeito do inconsciente”, há também um sujeito característico que é objeto das ações da reforma psiquiátrica. O homem é, segundo Yasui (2010, p. 19), “resultado das forças sociais, políticas, econômicas, culturais e desejanças que incidem sobre seu corpo, criam saberes e práticas que os sujeitam”.

Acreditando que a melhor forma de conhecermos o sujeito ao qual a clínica da reforma psiquiátrica se refere seja através do estudo das bases epistemológicas deste movimento e de quebra de paradigmas, voltamo-nos para a descrição dos paradigmas pré e pós-reforma, além de noções caras à Reforma Psiquiátrica e conceitos que podem nos informar sobre esse sujeito atravessado pela complexidade e por pressupostos sociais.

A quebra de paradigmas na reforma psiquiátrica tinha em vista destituir o poder absoluto dado à psiquiatria como baluarte da racionalidade científica moderna, legitimando as práticas segregadoras da loucura e de normalização da existência. No paradigma científico moderno, somente a razão permite operar com os fenômenos naturais, para submetê-los ao poder do homem, à sua dominação. Duas principais consequências caracterizam o método da racionalidade científica moderna: a primeira é que conhecer significa quantificar. As qualidades do objeto serão menos importantes do que as suas características que possam ser quantificadas e mensuradas. A segunda é que conhecer significa simplificar. Ou seja, o método científico assenta-se na redução da complexidade. Para conhecer é necessário dividir, classificar e, depois, estabelecer as relações entre as partes. Como afirma Yasui (2010, p. 80) a respeito desta perspectiva: “O mundo é uma máquina, cujas operações podemos determinar, decompondo suas partes e estabelecendo relações”.

Com a crise dos fundamentos, que sustentam o discurso e as verdades produzidas pela ciência moderna, emergem diversas posições críticas a estes, às quais se somou, mais recentemente, o que Morin (2002) denomina “paradigma da complexidade”. A noção de complexidade pode ser entendida como um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre

o objeto do conhecimento e seu contexto, as partes, o todo e as partes entre si. União entre unidade e multiplicidade.

Se tentarmos pensar no fato de que somos seres ao mesmo tempo físicos, biológicos, sociais, culturais, psíquicos e espirituais, é evidente que a complexidade é aquilo que tenta conceber a articulação, a identidade e a diferença de todos esses aspectos, enquanto o pensamento simplificante separa esses diferentes aspectos, ou unifica-os por uma redução mutilante. Portanto, neste sentido, é evidente que a ambição da complexidade é prestar contas das articulações despedaçadas pelos cortes entre as disciplinas, entre categorias cognitivas e entre tipos de conhecimento. (Ibid., p.176)

A Reforma Psiquiátrica surge neste contexto e, é a contestação de um paradigma que exclui a desrazão e seu sujeito do conhecimento humano, caracterizando-se por uma ruptura em relação à racionalidade psiquiátrica ao recusar-se aceitar o sofrimento humano apenas como objeto simples da doença mental, mas por considerá-lo em sua complexidade. Ao nos referirmos à clínica da reforma psiquiátrica, devemos ter em mente as influências de conceitos como complexidade, cidadania, autonomia, reabilitação, transdisciplinaridade e outros voltados para o embasamento das práticas de cuidado em saúde mental.

Os conceitos de saúde-doença mental, defendidos pela Reforma Psiquiátrica, subvertem a lógica médica-psiquiátrica ao afirmar que este processo deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades.

Da perspectiva teórica da complexidade, Yasui (2010) afirma que somente podemos pensar em estratégias de cuidado que produzam e promovam a autonomia e a singularização do sujeito. E estas serão, também, da ordem da diversidade e da multiplicidade. Neste sentido, o conceito de clínica se transforma, de uma clínica inspirada no reclinar-se sobre o leito do paciente – com olhar de quem observa e busca a doença; lugar onde as identidades dos participantes estão predefinidas – para uma clínica do encontro, da invenção e da produção de sentidos.

O tratamento consiste, “simplesmente”, diz Tenório (2001) em acompanhar o sujeito. Engendrado por um deslocamento de olhar quanto à problemática em jogo na psicose, esse simples preceito traz como consequência a reformulação solidária das noções de cura e tratamento.

Em psiquiatria, do mesmo modo, a cura seria o próprio processo de tratamento. Jairo Goldberg (1994, p.140) propõe que a ação institucional deve ser a “produção de movimento cuja única finalidade (...) é impelir o paciente a coeficientes de escolha cada vez maiores no gerenciamento de sua vida”. O trabalho clínico institucional é descrito como a possibilidade de tecer um “quadro de referência” que articule transferencialmente os elementos a história pessoal do paciente para permitir a ele, “um novo posicionamento diante de sua doença, e talvez o aumento, enfim, de seu coeficiente de escolha diante da doença” (Ibid., p.58).

Autonomia tem uma representação singular para cada paciente: pode ser a capacidade de trabalhar e ganhar seu próprio dinheiro; a simples possibilidade de ir ao serviço todos os dias sem depender de que um parente o acompanhe; a capacidade de reconhecer a chegada da “crise” e pedir ajuda a tempo evitando uma internação ou, a própria possibilidade de se internar para evitar uma situação mais grave. O conceito de autonomia tem grande relação com a questão política e clínica da cidadania.

A questão política e clínica da cidadania

A assunção da cidadania como valor central se materializou no campo da reforma em duas posições, a princípio, incompatíveis: uma, a formulação de uma clínica que organiza seus procedimentos segundo o objetivo de promover a cidadania do louco; outra, a impossibilidade de cidadania para o louco no seio do paradigma clínico, de modo que não se trata de reorganizar a clínica, mas de superá-la em prol da dimensão política da relação da sociedade com a loucura. A discussão alude à tensão existente entre cidadania e clínica desde o próprio nascimento do saber psiquiátrico — tensão intrínseca aos fundamentos desse saber.

Com o surgimento da psiquiatria, importa perceber que no encontro do mandado social de exclusão da loucura e das intenções médicas e filantrópicas produziu-se a figura da doença mental como negativo da razão, resolvendo o paradoxo da cidadania do louco. O louco foi reconhecido como “cidadão” merecedor dos cuidados terapêuticos do Estado na mesma operação em que se negou a ele tanto o atributo simbólico que define o cidadão, a razão, a faculdade de responder pelos que diz e a possibilidade de dizer a verdade, quanto o exercício efetivo da cidadania, a possibilidade de ocupar a *polis* e exercer os atos da vida social e civil. A internação passou a se justificar por razões médicas: a mesma ausência de razão que tornava o louco inimputável fazia dele um doente merecedor de cuidados.

Na proposta de que uma verdadeira transformação de nossa relação com o louco deve suplantir o paradigma da clínica, está presente a ideia de que, constituindo-se como a operação pela qual a desrazão é a um tempo excluída e domesticada e extraindo sua positividade menos de seu mandado terapêutico que de seu mandado social de controle da loucura, a clínica do mental traz em si a tutela, a anulação da cidadania e o imperativo da normalização. Segundo essa visão, a própria clínica se constituiria no limite a transformação almejada, independentemente das intenções reformistas do agente do “cuidado” (YASUI, 2010).

No campo da reforma, no entanto, vicejou também uma outra posição, propondo que o sofrimento que acompanha a experiência da loucura demanda um trabalho que não se resolve pelo questionamento das instituições sociais que regulam o lugar social do louco. A especificidade desse sofrimento e o fato de que ele se materializa de maneira absolutamente singular na experiência de cada um fazem com que a clínica e suas categorias sejam instrumentos de aproximação úteis e necessários para o propósito de construir novas possibilidades de existência para o louco e outro lugar social para a loucura.

O desafio da cidadania do louco é o seu modo de realização, concretamente, na vida de cada um, o que traz de exigência a sustentação de práticas singulares de cuidado e acompanhamento do sujeito. Por essa via, a clínica, inicialmente rechaçada, retorna não mais como impedimento à cidadania, mas, inversamente, como sua condição efetiva.

Neste novo arranjo da clínica psiquiátrica, delinea-se a reformulação das noções de cura e tratamento: a primeira girando em torno de um melhor gerenciamento da vida e convocando à discussão sobre autonomia, reabilitação e contratualidade; o segundo trazendo as questões de escuta, da diversidade, do vínculo, da clínica ampliada, da instituição psiquiátrica de novo tipo e do território.

O movimento da reforma compreende duas posições sobre a natureza da transformação almejada: uma enfatizando a política e o social, propondo a superação da clínica; outra considerando a existência de uma especificidade na loucura que somente a clínica é capaz de acolher de forma positiva.

Incidências da psicanálise na clínica da reforma psiquiátrica e nos caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil

Ao nos aproximarmos deste tema, em que dois saberes postos em prática na orientação de dispositivos de atenção psicossocial dialogam, podemos ver o que temos de intercessão entre as perspectivas, bem como aquilo que elas têm a discutir criticamente. Tenório (2001, p. 10) nos diz sobre esta relação: “psicanálise e clínica da reforma psiquiátrica se somam, se conjugam e tem autonomia uma perante a outra. Elas não se fundem: uma não é definida pela outra e, portanto, não se esgota na outra. Tampouco se opõem ou são adversárias”.

No saber do qual tanto a psicanálise quanto a clínica da reforma psiquiátrica são originárias, organizadas em torno do binômio hospital-ambatório, a psiquiatria não foi capaz de oferecer outra resposta por razões que começam no mandado social que a legitima, passam pelos valores culturais e sociais mais amplos de segregação da diferença, incluem o caráter refratário ao laço social característico da própria psicose e culminam na dificuldade técnica em promover uma outra resposta, que é o agenciamento do problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se na sociedade.

A quantidade de procedimento social acionados em relação a psicose permite ver que a resposta social que ela exige está além do que a psicanálise pode oferecer. Aliás, ao incorporar ao campo dos cuidados, procedimentos e instituições como o trabalho protegido, as residências terapêuticas, o lazer assistido e outras formas de intervenção ampliada, a reforma traz consigo a explicitação de que essa resposta está além, inclusive, do que a psiquiatria *stricto sensu* oferece.

Ao propor uma nova resposta à loucura, a reforma psiquiátrica se ancora em duas proposições básicas: a psicose é uma questão do sujeito e; tratá-la, uma questão de inclusão social. A relevância da psicanálise está em ser uma *práxis* que visa o sujeito, tendo formalizado teorizações e procedimentos com o objetivo específico de fazê-lo advir e, ao mesmo tempo, advertir para a complexidade e a dificuldade da questão do sujeito na psicose.

Para a psicanálise, o sujeito na psicose se produz como efeito do trabalho clínico. Trata-se de um sujeito que se produz a cada vez que o paciente toma a palavra e a essa palavra correspondem uma escuta e uma intervenção que localizam o sujeito no sintoma, no delírio ou mesmo em seu assujeitamento pela invasão alucinatoria. A ideia de que o sujeito na psicose pode ou não advir, supõe o paradoxo de que ele está a advir e, não está. A psicose testemunha, justamente, o fato de que, perante certas situações, o psicótico é incapaz de responder como sujeito. A teorização psicanalítica da psicose, talvez por isso mesmo recusada por alguns setores da reforma, ensina que, por características de estrutura, diante de certas exigências o psicótico pode não suportar a injunção fálica de responder como sujeito (TENÓRIO, 2001). O trabalho, assim, é menos o de fazer apelo a um sujeito que não pode responder e mais o de criar as condições para que, em uma existência aniquilada pela psicose, possa se produzir um sujeito. Essa advertência não age em prejuízo do engajamento decidido no trabalho de oferecer ao psicótico a ordem do discurso, vale dizer do pertencimento social. Ao contrário, implica entregar-se ao complexo trabalho clínico e institucional de criar as condições para produção do sujeito.

A redução da complexidade da condição psicótica a uma discussão humanista sobre a cultura, ao menos no plano das idéias e discursos produzidos no campo; a simplificação do tratamento da psicose a repetidas cartas de intenção sobre a singularidade, a diferença e a in-

terdisciplinaridade; a romantização da loucura; a aposta voluntarista nas potencialidades do sujeito psicótico, carregando-o de exigências fálicas às quais ele, muitas vezes, não pode responder; a valorização ingênua dos ideais de autonomia e liberdade, desconhecendo o caráter radicalmente heterônomo de nossa condição; a facilidade com que delírios e alucinações são reduzidos à terapêutica de um bem-estar psicossocial; a aversão à eventual necessidade de internação e tutela por parte do psicótico – ainda que produzindo um agenciamento social mais generoso, tudo isso pode servir também à nossa dificuldade de admitir a diferença radical e a dureza da condição psicótica.

A clínica psicanalítica da psicose consiste em criar as condições para trabalhar a partir desse real, penetrar na lógica da loucura e, assinalar ou permitir a construção dos pontos de localização do sujeito, seja no atendimento psicanalítico continuado, seja como intervenção pontual no fato clínico da psicose em um atendimento de emergência, um CAPS, uma oficina ou uma apresentação de paciente.

A primeira exortação ao se trabalhar com um psicótico é de tomar a falar do paciente não pelo reconhecimento do sintoma, mas como produção de um sujeito social dentro dos limites certamente problemáticos impostos pela loucura. O profissional já não acolhe e resolve demandas, obrigado que é a deslindar uma fala, na qual os mínimos detalhes podem constituir chaves de sentido. O tratamento passa a obedecer ao movimento produzido na relação pontual entre o médico e o paciente, o que introduz a questão da transferência, entendida como condição para o tratamento não apenas por ser o vínculo que engaja o paciente nesse tratamento, mas porque aposta-se que, a partir da relação com o agente do cuidado, o paciente pode construir ou reconstruir alguma subjetividade. O tratamento deve, ainda, ser capaz de acolher e perceber possibilidades expressivas diversas daquelas às quais a psiquiatria tradicional está aparelhada, e que muitas vezes não se deixam ver nas técnicas mediadas pela palavra, incluindo as atividades e oficinas como possibilidades expressivas e de vínculo.

A transferência é um fenômeno produzido pelo paciente mais ou menos a nossa revelia, o que não quer dizer sem relação com nossa presença — é preciso que estejamos presentes e representemos uma oferta de trabalho. Nos casos de grave retraimento relacional, o primeiro elemento do trabalho é criar as condições para que se estabeleça um vínculo. Nas instituições psiquiátricas da reforma, tem-se procurado organizar esse lugar de recolhimento da transferência em duas direções não excludentes: a relação individual com o paciente; o agenciamento do próprio espaço coletivo como dispositivo.

Dada a precariedade na psicose, da mediação simbólica representada pela palavra, o “tecido institucional” é o dispositivo capaz de acolher e sustentar possibilidades transferenciais e expressivas inapreensíveis no âmbito dos dispositivos tradicionais. É preciso reagrupar os pedaços daqueles que perderam sua unidade, que estão à deriva. Nesse sentido, os lugares concretos permitem de reorganização do espaço, e toda pessoa que trabalha na instituição está investida de um “coeficiente psicoterápico”. A própria concepção de instituição passa a se orientar pela ideia de transferência como centro do trabalho e a noção de “coletivo” é elevada à condição de conceito organizador do espaço terapêutico.

A afirmação que a psicose é o resultado do fracasso parcial da operação simbólica que está na base de nossa constituição subjetiva é, muitas vezes, contestada na reforma por implicar a atribuição ao psicótico de um defeito, em oposição ao funcionamento normal.

O fracasso dessa operação consiste na não-inclusão (foraclusão) do elemento simbólico que nos permite domesticar o campo da realidade e articular nosso lugar como sujeitos. A teoria da foraclusão se faz acompanhar, necessariamente, da ideia de que cabe a cada sujeito psicótico indicar o caminho de sua solução particular e de que isso se faz por sua própria produção subjetiva, ou seja, na lógica interna de sua psicose. Essa teoria obriga ao reconhecimento não só o delírio como verdade do sujeito, como também do modo de subjetivação específico de cada sujeito psicótico como legítimo. A teoria da foraclusão é o ponto preciso em que, na reforma, critica-se a psicanálise, o mote para se atribuir a ela uma descrição negativa a psicose, por relação a um padrão de subjetivação “normal” diante do qual o psicótico estaria em posição de inferioridade (TENORIO, 2001). Na realidade, a teoria da foraclusão concebe o sujeito na psicose como resultado de um trabalho que se faz no seio da própria produção psicótica.

A psicanálise não visa nem a cidadania nem o cidadão. E está em desacordo com ambas, quando assumem as seguintes acepções: a cidadania como no paradigma da reabilitação; o cidadão como universal a ser atingido por todos os sujeitos, como no paradigma da reabilitação, o cidadão como apenas aquele dos “direitos” que reivindica do Outro aquilo que o Outro lhe sonega. Para a psicanálise, o lugar social do sujeito é um trabalho do sujeito e, não um bem que ele reclama.

Nascida na vinculação a um único padrão de subjetivação, a cidadania pode ser um ideal tirânico para o sujeito. Para que isso não aconteça, é preciso que, na reforma, o valor da cidadania seja um pressuposto ético e político, e não um ideal de desempenho social imposto ao sujeito, situação em que estaríamos substituindo a cidadania como algo que o Outro sonega pela cidadania como algo que o Outro impõe.

Nas políticas que norteiam a Saúde Mental voltada à população infantojuvenil, há a menção ao conceito de sujeito que nos remete ao texto psicanalítico. Dizem as linhas gerais de ação que caracterizam estas políticas, que são regidas por princípios embasados em uma ética e uma lógica do cuidado. Diz a publicação “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil”, que “antes e primeiro que tudo, é preciso adotar como princípio a ideia de que a criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito” (BRASIL, 2005, p.11). Este princípio implica a noção de responsabilidade, sendo o sujeito criança ou adolescente “responsável por sua demanda, seu sofrimento, seu sintoma” (Ibid.), além de ser preciso

Respeitar a subjetividade desse ser único, localizar tanto o sujeito no seu sofrimento, quanto sua implicação nos eventos psíquicos de que se queixa. Incluir, no centro das montagens institucionais, a criança ou o adolescente como sujeitos, com suas peculiaridades e responsabilidades sobre o curso de sua existência. (Ibid., p.12)

A criança e o adolescente são, por conseguinte, sujeitos de direitos, dentre os quais se situa o direito ao cuidado. Mas, a noção de sujeito implica também a de singularidade, impedindo que esse cuidado se exerça de forma homogênea, massiva e indiferenciada. Finalmente, diz a publicação, não se tomará o que se diz desses sujeitos como substituto de sua própria palavra, o que implica que as demandas formuladas por outros sobre a criança ou jovem sejam ouvidas como demandas desses sujeitos que as formulam. Reconhece-se, assim, o sofrimento mental da criança ou do adolescente como próprios, o que o próprio texto admite não ser prática corrente, caracterizada por uma leitura moral em que o outro sempre fala pelo sujeito ao qual nunca se dá voz.

No mesmo documento, na seção referente aos textos da 1ª reunião temática do I Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, temos a discussão do tema da direção clínica dentro do pensamento da Reforma Psiquiátrica, discussão esta que serviu como norteadora para o desenvolvimento deste artigo. Afirma a publicação que, no início da implantação dos CAPS e da política de atenção psicossocial, nos tempos em que “a clínica (...) encarnava, como palavra maldita, os riscos da medicalização e da patologização” (Ibid., p.58), os CAPS em que se privilegiava não a clínica, mas a cidadania, inclusão e reabilitação exibiam efeitos indiscutivelmente terapêuticos. Através da reversão do quadro de exclusão e de extrema opressão, foram atingidos efeitos notáveis, além de mudanças reais nos sujeitos. Afirma o autor que “esses efeitos são concretos e surpreendentes, porque resultam de uma mudança radical nas condições de vida dos sujeitos”, gerando “a impressão de que o mal que havia a combater equivalia à própria exclusão em si mesmo, como tal” (Ibid.).

Tanto a psicanálise, quanto a referência de política pública acima, afirmam que o lugar social é um trabalho singular para cada sujeito e, não um bem que o sujeito reclama porque o Outro lhe sonega. O sujeito da psicanálise não nega os direitos do cidadão e, na história da psiquiatria, vemos que a possibilidade de o sujeito advir foi praticamente inexistente enquanto foram negados os direitos do cidadão, como direito à palavra, que o manicômio nega de fato. O sujeito da psicanálise, contudo, está para além de uma posição de direitos: ele está em uma posição de trabalho.

Após algum tempo, verificou-se que o “cuidado não-clínico” era realmente uma ilusão, pois “a doença mental existe como positividade fenomênica e estrutural, que não é mero resultado de processos político-sociais de exclusão” (Ibid.). O tratamento, portanto, não poderá simplesmente se reduzir a incluir e resgatar a cidadania perdida dos usuários. Frente às situações de crise e violência sem recurso ou manejo eficaz que assolavam os CAPS, ou perplexas com o abandono dos CAPS pelos pacientes e o esvaziamento do projeto político-institucional desses serviços, “as equipes perceberam que não adiantava mais praticar um cuidado desclinizado, exclusivamente baseado na lógica da inclusão, que não era possível acolher sem tratar” (Ibid.).

De certo modo, a relevância específica da psicanálise no campo da atenção psicossocial está em contribuir para que, na recusa às más tradições da psiquiatria, não percamos de vista o fato clínico da psicose.

Considerações Finais

O estágio realizado como acadêmico bolsista de psicologia da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro em um serviço de referência para as questões do autismo, neurose grave e psicose infantil como o CAPSi Pequeno Hans possibilitou um aprendizado de valor inestimável e uma mudança de olhar no que se refere às mais diversas questões em temas tão díspares quanto a graduação em psicologia, a psicanálise realizada em um serviço de saúde pública, a ética da reforma psiquiátrica, a clínica do autismo, o uso de drogas na infância e adolescência, entre outras.

Nos meses de experiência neste dispositivo, alguns questionamentos surgiram de forma mais imediata a partir do estranhamento suscitado pela prática em um CAPSi, local que é, por natureza, de inovações e questionamentos constantes, e pelo fato de estar rodeado pelas situações trazidas no contato com os profissionais e com os usuários do serviço. Sem ter expe-

riência alguma na clínica psicanalítica ou no pensamento psicanalítico voltado a instituições, interessaram-me neste momento de reflexão como pontos de estudo, a questão fundamental da ética que norteia o trabalho realizado no CAPSi e as questões referentes à clínica neste equipamento, em especial a prática conhecida como dispositivo psicanalítico ampliado, citado por Rosemary Fiães Pinto, em sua obra “CAPSi para crianças autistas e psicóticas”.

Tendo um contato prévio com o campo da atenção psicossocial, no caso, uma experiência de estágio em um CAPS II, foi inevitável enquanto acadêmico, a constante confrontação de idéias e práticas relativas a dispositivos tão diferentes. E, ao atentarmos para o que baseia as práticas do “CAPSi Pequeno Hans” e da maioria dos dispositivos da atenção psicossocial, dentre eles o CAPS, pude ver semelhanças e diferenças no que diz respeito à direção de trabalho.

Dentre o que se considera comum entre o pensamento psicanalítico e o da reforma psiquiátrica, destaca-se a recusa à redução do sujeito a um indivíduo passivo e que necessita de mero assistencialismo, ou a um sujeito biológico, cujo único tratamento possível é o medicamentoso. O acolhimento da condição psicótica possui, até certo ponto, um núcleo em comum entre os centros de atenção psicossocial adulto e infantojuvenil. Frente ao fracasso dos atendimentos aos psicóticos no serviço público ambulatorial, que ocorre muitas vezes por não se respeitar a condição deste sujeito e de querer impor a lógica médica (prevenção, tratamento e cura) a esta clientela, é grande a importância dos dispositivos da atenção psicossocial como lugares privilegiados da escuta do sujeito. Porém, é apenas na direção proposta pela abordagem psicanalítica, que a escuta do sujeito psicótico torna-se uma preocupação ética imprescindível sustentando uma posição radicalmente singular. Para a psiquiatria, um delírio só é revelado como fenômeno e calado neste lugar, pois não tem um sentido. Para a psicanálise, é uma tentativa de cura ou uma reconstrução, implicando o analista na escuta deste estado.

As diferenças ficam por conta, dentre outros fatores, da reflexão sobre os objetivos das intervenções e a quem se voltam. A prioridade no campo da reforma psiquiátrica é a ética do cuidado, voltada especialmente a um sujeito psicossocial e de cidadania, tendo em vista a sustentabilidade da existência, o reconhecimento em uma reinserção social e o resgate de direitos. Para a psicanálise, o que rege é a ética do desejo, voltada ao sujeito do inconsciente que, no entanto, para ser acessado, precisa situar-se em relação a sua existência, para vir a demandar algo.

Neste dispositivo, a clínica da psicanálise configura-se no *a posteriori*, ou seja, na construção de um trabalho no qual o sujeito é sempre o primeiro a ser escutado. Esta visão é importante ao pensarmos no tipo de clientela tão grave que, muitas vezes, chega ao CAPSi com seus diagnósticos e medicações, sem que nenhuma escuta cuidadosa tenha sido realizada. É a partir do sofrimento desses sujeitos que a psicanálise é convocada a fazer sua escuta, não recuando, nem a dirigindo.

A proposta do CAPSi é crítica ao programa da psiquiatria, que a partir dos sintomas apresentados em casos particulares busca universalizá-los em classificações nosológicas. É importante na lógica, tanto da psicanálise quanto do CAPSi, atentar para aquilo que o sujeito traz de singular. Trata-se de uma proposta de tratamento que acredita haver um trabalho psíquico importante sendo realizado pelos próprios pacientes e busca acompanhar essas crianças neste trabalho que realizam na tentativa de sair do lugar de objetos do gozo do Outro para se constituírem enquanto sujeitos. A ética da psicanálise pressupõe que há escolha, uma implicação do sujeito na tomada de posição frente ao Outro. Na clínica do CAPSi é importante que o analista possa partir de uma aposta: a de que um sujeito pode advir e se implicar no trabalho que ele já realizava para barrar o gozo do Outro e se produzir como sujeito.

Na experiência de estágio em um CAPS II, regido pela ética do cuidado, a questão do saber dos profissionais e da equipe como um todo aparece mais simplificada pois, em grande parte das vezes, acredita-se saber o que é o melhor para o tratamento dos usuários. Pinto (2007) afirma que, na perspectiva psicanalítica, o saber se coloca como um “saber de não poder saber”, sendo aquilo que permite que uma equipe opere a partir do que ela não sabe, e que permite ao sujeito psicótico ou autista construir seu próprio saber. Em relação às decisões comumente chamadas de burocráticas no CAPSi, mesmo problemas, por exemplo, saber sobre os casos que serão absorvidos no serviço, o número de pacientes em tratamento, as faixas-etárias atendidas, etc. serão necessariamente ouvidas a partir de um lugar — a clínica, uma vez que os efeitos de todos os trabalhos realizados neste campo serão necessariamente clínicos.

Uma das questões que costumam ser encaradas como um problema de maior importância e responsabilidade para o serviço social da unidade de saúde é algo que na perspectiva do CAPSi, tem grande importância clínica: a questão do “benefício”. Esta se configura como uma das diversas situações no cotidiano do CAPSi que nos convocam a pensar no impasse que a construção de uma direção marcada pela psicanálise pode enfrentar no campo da reforma psiquiátrica, que sustenta como ponto da partida uma lógica generalizante dos direitos dos usuários. Algumas famílias chegam ao CAPSi solicitando um laudo médico para obter um “benefício” do CAPSi, como um direito para a criança ou adolescente, expressando-se em um pedido de obter recursos financeiros sustentados por um laudo que incapacita o filho e o define legalmente como um assujeitado. Cumprindo ao analista fazê-los falar e pensar nas questões do direito, para além do campo jurídico; o que não é simples, pois a psicanálise os convoca a perguntar o que estas questões falam sobre eles enquanto sujeitos.

De acordo com Pinto (2007), a psicanálise pensa a questão da concessão do “benefício” na condição de que o mesmo deve ser tomado como um significante, que não deve trazer em si um significado, mas fomentar a abertura de uma capacidade de trabalho com esses pais, que não devem ser atendidos em sua demanda enquanto exigência, mas convidados a seguir um caminho que aponta para uma lei que não é a do gozo absoluto, pois não se trata de negar ou conceder o benefício, mas trabalhar analiticamente com a demanda que chega. Em nenhum trabalho analítico a demanda é prontamente atendida, pois requer um percurso que implique o sujeito nisto que ele pede.

A prática no CAPSi, em que são tratados casos de grave sofrimento psíquico em crianças, apresentou o modo de funcionamento do serviço como mais uma fonte de reflexão, apontando para um fator importante: ele atende à própria lógica de funcionamento psíquico de uma criança autista ou psicótica, que chega em “atividade permanente”, não havendo a proposição de oficinas ou atividades rotineiras. Não cabe propor oficinas neste espaço, pois crianças já chegam dirigindo-se para o que lhes interessa, mas cabe acompanhar este movimento. Como visto na prática do estágio, os pacientes autistas não costumam se agrupar e, pelo menos não inicialmente, tomar sua ação como possibilidade de trabalho clínico, apresentando um sentido.

Na atuação como estagiário do CAPSi, o contato e o trabalho com crianças autistas e psicóticas trouxeram questionamentos advindos do mal-estar de minha condição de não-saber acadêmico. Questões relativas à ética do desejo — base da psicanálise — sobre como um analista se inclui no trabalho realizado pela criança, se esta não lhe dirige nenhum apelo, e qualquer demanda por parte do analista e do Outro em geral é vivida como intrusiva? Sendo assim, qual seria o lugar do analista nesta clínica?

Na prática diária, foi possível perceber que uma condição necessária ao Outro que se propõe a incluir-se no trabalho da criança autista, é a de se colocar na posição, cunhada por Ribeiro em seu livro "A criança autista em trabalho" (2005), de "presença ausente", dirigindo à criança uma espécie de oferta sem demanda, evitando, inicialmente, lhe dirigir diretamente a palavra ou o olhar. Deverá ser inventada, a cada caso, uma forma particular de se fazer isso a partir do que é indicado por cada criança.

O trabalho em um CAPSi me convocou ao aprimoramento de um olhar e escuta clínica extremamente importantes. Sabemos que são sujeitos que precisam falar de seus sofrimentos e que necessitam encontrar no CAPSi a disponibilidade para essa escuta. No trabalho com crianças e adolescentes autistas e psicóticos, a palavra verbal nem sempre ocorre; este é um trabalho no qual encontrei o desafio de suportar e sustentar a posição do não recuo frente ao que, aparentemente, é sem significado e, tem tornado possível a construção de um trabalho subjetivo com as crianças, fazendo valer o sentido que, em algumas situações, só aparecem como "atos" aparentemente destituídos de sentido.

De forma diversa ao trabalho na maioria dos dispositivos da atenção psicossocial, alguns CAPSis da cidade do Rio de Janeiro possuem uma direção de trabalho particularmente influenciada (ou determinada) pelo pensamento psicanalítico direção esta que foi primeiramente elaborada na experiência do "CAPSi Pequeno Hans", com a criação do chamado "dispositivo psicanalítico ampliado". Trata-se, segundo Pinto (2007), da psicanálise diretamente aplicada, sendo mantidas no dispositivo as condições estruturais da clínica psicanalítica com todo o seu rigor. Há, também no dispositivo, lugar para a configuração clássica da psicanálise, podendo o divã ser usado para os pacientes que tenham alguma indicação, ou que possam ou queiram falar em espaço privado.

O trabalho no "CAPSi Pequeno Hans" parte do princípio clínico que se as crianças autistas e psicóticas não suportam estar a dois, o melhor dispositivo não é o do consultório, mas o "dispositivo ampliado", onde a criança não se sente tão invadida pelo Outro. Na configuração do "dispositivo ampliado", em que há uma multiplicidade em cena, as crianças encontram o Outro fragmentado, favorecendo que a função de analista ocorra, desde que haja o desejo de analista de quem atende. A clínica com esta clientela demonstra que o dispositivo deve ser estruturado de modo que as particularidades dos casos sejam francamente ouvidas.

Buscando responder a algumas questões levantadas, porém sem a condição de fechar a possibilidade de questionamento inerente à condição acadêmica, podemos pensar em um possível lugar para o analista. Na clínica de um dispositivo com clientela tão diversa quanto o da atenção psicossocial e guiando-se pela ética do desejo, este lugar pode ser o de alguém que autentica ao sujeito uma construção que é sua, abrindo caminho para que o sujeito venha reconhecer-se como autor da mensagem inicial e implique-se no trabalho que realiza para barrar o Outro. Para isso, é necessário que o analista se deixe regular pelo trabalho do sujeito, esvaziando-se de qualquer saber prévio, para que o sujeito psicótico ou autista possa construir seu próprio saber.

Referências

- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental**. Brasília, 2005.
- ELIA, L. **O conceito de sujeito**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
- FREUD, S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (*Dementia Paranoides*). In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Edição Standard Brasileira. vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.
- GOLDBERG, J. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública**. 1994.
- LUNA, S. V. de. **Planejamento de pesquisa: uma introdução**. 2 ed. São Paulo: EDUC, 1999.
- MORIN, E. **Ciência com consciência**. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- PINTO, R. F. **CAPSi para crianças autistas e psicóticas: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.
- QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. In: **Revista de Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):276-83.
- RIBEIRO, J. M. de L. C. **A criança autista em trabalho**. Rio de Janeiro: 7 letras, 2005.
- TENORIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2001.
- YASUI, S. **Rupturas e encontros desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

Pareceristas

Adriana Rosa Cruz Santos (CRP 05/20034)

Alcylene Siqueira Pinho (CRP 05/16788)

Alexandre Bakx Balbi (CRP 05/16407)

Ariadna Patricia Esteves Alvarez (CRP 05/34967)

Katia Faria Aguiar (CRP 05/5549)

José Henrique Valentim (CRP 05/2234)

João Delfim Nadaes Aguiar (CRP 05/12202)

Maria Alice Lustosa de Abreu (CRP 05/1719)

Marisa Lopes da Rocha (CRP 05/3758)

Paula Land Curi (CRP 05/20409)

Priscila Pires Alves (CRP 05/19967)

Victor Tinoco Delgado (CRP 05/34784)

XIII Plenária do CRP-RJ

Ágnes Cristina da Silva Pala (CRP 05/32409)
Alexandre Ferreira do Nascimento (CRP 05/33108)
Alexandre Trzan Ávila (CRP 05/35809)
Ana Carla Souza Silveira da Silva (CRP 05/18427)
Analia Martins de Sousa (CRP 05/31168)
André Souza Martins (CRP 05/33917)
Carla Boy de Siqueira (CRP 05/26659)
Carla Silva Barbosa (CRP 05/29635)
Claudete Francisco de Sousa (CRP 05/35806)
Cristina Claudia Queiroga Rocha (CRP 05/6132)
Eliana Olinda Alves (CRP 05 24612)
Cristiane Knijnik (CRP 05/39275)
Elizabeth Pereira Paiva (CRP 05/4116)
Fátima Siqueira Pessanha (CRP 05/9138)
Fernanda Mendes Lages Ribeiro (CRP 05/31251)
Giovanna Marafon (CRP 05/30781)
Helena Fialho de Carvalho (CRP 05/34864)
Lia Toyoko Yamada (CRP 05/30850)
Lindomar Expedito Silva Darós (CRP 05/20112)
Luciana Vanzan da Silva (CRP 05/35832)
Lygia Santa Maria Ayres (CRP 05/1832)
Marco Aurelio de Rezende (CRP 05/27536)
Maria Helena do Rego Monteiro Abreu (CRP 05/24180)
Paula Rego Monteiro (CRP 05/34842)
Samira Younes Ibrahim (CRP 05/7923)
Saulo Oliveira dos Santos (CRP 05/31988)
Vanessa Siqueira Manhães (CRP 05/38340)
Vilma Diuana de Castro (CRP 05/7281)
Vivian de Almeida Fraga (CRP 05/30376)
Wilma Fernandes Mascarenhas (CRP 05/27822)



Rio de Janeiro
2013



Conselho Regional de Psicologia
do Rio de Janeiro