



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

GERALDO NATANAEL DE LIMA

**AS REPERCUSSÕES DA PRESENÇA DA PSICANÁLISE EM UM
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA CIDADE DO SALVADOR**

Salvador
2016

GERALDO NATANAEL DE LIMA

**AS REPERCUSSÕES DA PRESENÇA DA PSICANÁLISE EM UM
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA CIDADE DO SALVADOR**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Andréa Hortélio Fernandes.

Salvador
2016

Ficha Catalográfica elaborada pela Bibliotecária Hozana Azevedo CRB-5/1213
SIBI/UFBA/Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – Biblioteca Universitária Isaías Alves

L732 Lima, Geraldo Natanael de

As repercussões da presença da psicanálise em um Centro de
Atenção Psicossocial da Cidade do Salvador / Geraldo Natanael de
Lima. – Salvador, 2016.

104 f.: il.

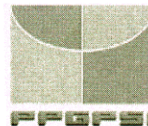
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Andréa Hortélio Fernandes.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia.
Instituto de Psicologia. Salvador, 2016.

1. Sujeito. 2. Gozo. 3. Discursos da psicanálise. 4. Ato. 5.
CAPS. I. Fernandes, Andréa Hortélio. II. Universidade Federal
da Bahia. Instituto de Psicologia. III. Título.

CDD – 616.89



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
Instituto de Psicologia - IPS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI
MESTRADO ACADEMICO E DOUTORADO



TERMO DE APROVAÇÃO

**“AS REPERCUSSÕES DA PRESENÇA DA PSICANÁLISE EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA CIDADE DO SALVADOR”**

Geraldo Natanael de Lima

BANCA EXAMINADORA:

Prof.ª Dr.ª Andréa Hortélio Fernandes (Orientadora)
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Prof.ª Dr.ª Leila de Oliveira Pinto
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Prof.ª Dr.ª Maria Virgínia Machado Dazzani
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Salvador, 19 de agosto de 2016.

A meus pais e tios, que permanecem em minha
memória.

AGRADECIMENTOS

A minha família, especialmente a minha esposa Cyntia Lins, companheira, amiga compreensiva que me incentivou a realizar o mestrado, juntamente com os meus filhos Danilo Lins, Bianca Lins e Rodrigo Lins.

À Prof^a Dr^a Andréa Hortélio, pelas inestimáveis orientações e oportunas intervenções, bem como pela confiança depositada neste trabalho, as quais foram indispensáveis para o alcance dos objetivos almejados.

Aos técnicos e funcionários do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS em que foi realizada a pesquisa, pela equipe motivada e unida buscando a construção de uma instituição de saúde mental de vanguarda, superando as constantes adversidades e a falta de recursos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela bolsa concedida, e aos integrantes do Grupo de Pesquisa do CNPq “Clínica Psicanalítica: Interfaces, Controvérsias e Perspectivas – UFBA” com a Linha de Pesquisa “A direção do tratamento e a reforma psiquiátrica” atuando na Linha de Pesquisa “Infância, Desenvolvimento e Contextos Culturais” na área de psicanálise.

Aos meus amigos sempre presentes Gislaine Matos, Eduardo Ramos, Gustavo Oliveira, e aos colegas do mestrado, representados por Sheyla Machado e Delma Barros, pelo incentivo e constante ajuda e colaboração.

À Prof^a Dr^a Maria Virgínia, à Prof^a Dr^a Fabíola Aquino e à colega Prof^a Letícia Vasconcellos, pelas preciosas participações nos seminários de qualificação e valiosas contribuições nelas compartilhadas.

Aos psicanalistas representados aqui por Helson Ramos, Marcelo Magnelli, Jairo Gerbase, Bernardino Horne, José Antonio Pereira, Alone Gomes e Sônia Magalhães, que contribuíram para a minha análise pessoal, supervisão, orientação, e na minha formação como psicanalista, o que resultou neste momento tão importante para a minha vida.

Às funcionárias da UFBA Ivana Marins, Aline Santos e Isaac Benício, pela constante ajuda com as questões administrativas, além da simpatia, proporcionando um ambiente agradável e necessário para o andamento do mestrado.

A Solange Fonseca, com o seu rico trabalho de revisão, a Roberto Dias, pela tradução do *Abstract* e ao psicanalista Marcus Teixeira, pelos inúmeros diálogos realizados.

Às funcionárias da Secretaria e da Biblioteca da Escola Brasileira de Psicanálise, Sandra Mercês e Joyce Marques; e do Campo Psicanalítico de Salvador, Gil Almeida, que me ajudaram na aquisição e consulta de muita bibliografia de difícil localização.

À Universidade Federal da Bahia (UFBA) em que realizei a minha primeira graduação em Engenharia Mecânica (1982-1987) e ao Curso de Extensão Universitária em Desenvolvimento Gerencial pelo CETEAD (1993-1994), com duração de 270 horas, os quais me qualificaram para exercer a profissão de Engenheiro Mecânico durante 26 anos, como professor de Engenharia Mecânica na Escola Politécnica (2009-2011), e para realizar o mestrado em Psicologia (2014-2016).

À Universidade Católica do Salvador (UCSAL) onde realizei a minha segunda graduação como Bacharel e Licenciado em Filosofia (2003-2007).

À Faculdade Social da Bahia (FSBA) onde realizei a minha terceira graduação como Psicólogo (2007-2013).

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e à Escola Brasileira de Psicanálise (EBP) em que realizei o Curso de “Especialização em Teoria da Psicanálise de Orientação Lacaniana” (2013-2015), com duração de 390 horas, com o qual obtive o Título Profissional de Especialista em Psicologia Clínica (nº 11/2016) pelo Conselho Regional de Psicologia (CRP-03 /9927).

À Escola de Psicanálise Espaço Moebius (2001-2002) e ao Colégio de Psicanálise da Bahia (2001-2002), que me auxiliaram na minha formação teórica em psicanálise.

Ao Instituto Viva Infância (2013-2015), uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), onde atuei como psicólogo voluntário, o que me proporcionou a experiência de atendimentos a crianças carentes com o curso de formação de 280 horas em "A Prática Clínica com Crianças", envolvendo: aulas teóricas, prática clínica e supervisão.

Ao CRIAMUNDO (2013-2015), uma Organização Não Governamental (ONG), mantida pela Fundação de Apoio à Pesquisa e à Extensão (FAPEX), devido a minha atuação como psicólogo em trabalho voluntário no núcleo clínico. Enquanto eixo de ações em Responsabilidade Social, o CRIAMUNDO tem por missão "Estimular a inclusão social e a geração de renda para portadores de necessidades especiais, valorizando a saúde mental de cada um, preservando sua singularidade e sua realização como sujeito pleno de direitos, passando de indivíduos tutelados a sujeitos de sua história".

À Escola de Psicanálise Campo Psicanalítico a que estou associado desde o ano de 2013 e que me proporciona o aprendizado teórico e a prática clínica atuando na Clínica Social – ANALISE, além da supervisão necessária para a práxis psicanalítica.

Assim, longe de a loucura ser um fato contingente das fragilidades de seu organismo, ela é a virtualidade permanente de uma falha aberta em sua essência.

Longe de ser para a liberdade “um insulto”, ela é sua mais fiel companheira, e acompanha seu movimento como uma sombra.

E o ser do homem não apenas não pode ser compreendido sem a loucura, como não seria o ser do homem se não trouxesse em si a loucura como limite de sua liberdade.

Jacques Lacan ([1946]1998, p.177).

RESUMO

O advento da reforma psiquiátrica no Brasil trouxe outros desafios para o campo da saúde mental, ao implantar novos dispositivos para o tratamento clínico nos serviços da rede pública de saúde. A partir de experiência pessoal como psicólogo especialista clínico fundamentado pela psicanálise e como voluntário em uma ONG que trabalhava com a inclusão social e econômica de portadores de transtornos mentais, surgiu o interesse de pesquisar sobre a clínica do sujeito em uma instituição pública. A clínica do sujeito busca estabelecer um tratamento na área de saúde mental considerando a singularidade do funcionamento psíquico de cada sujeito a partir da escuta clínica a ele destinada. O problema de pesquisa nasceu do campo da saúde mental, ao investigar quais as repercussões da presença da psicanálise entre os dispositivos clínicos disponíveis em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que é uma instituição advinda da reforma psiquiátrica no Brasil e tem como referência o modelo da atenção psicossocial. Esta pesquisa teve como objetivo geral examinar a presença da psicanálise e suas repercussões na direção do tratamento clínico nos serviços de assistência à saúde mental, a partir das discussões de casos nas reuniões técnicas da equipe multiprofissional num CAPS II da Cidade do Salvador, Bahia. Os objetivos específicos desta pesquisa foram assim definidos: investigar a noção de sujeito, tomando por base o sujeito para a psicanálise e para o serviço de atenção psicossocial; analisar a presença da ética psicanalítica em suplemento à ética do bem-estar social, norteadora dos trabalhos nos CAPS; identificar, através da teoria dos discursos de Lacan, como se articulam os dispositivos clínicos num CAPS; examinar não apenas o significado de ato para a psicanálise e para a atenção psicossocial, mas também as repercussões na direção do tratamento pela equipe multidisciplinar no CAPS. Como metodologia desta pesquisa, foi adotado o estudo de caso através de observação não participativa das reuniões técnicas dos profissionais em um CAPS II na Cidade do Salvador, onde eram feitas a discussão e a construção de casos clínicos. A teoria dos quatro discursos, formulada por Jacques Lacan, foi utilizada na pesquisa em razão de os discursos formalizarem os laços sociais estruturados no campo da linguagem, ou seja, um modo de relacionamento social e uma forma de aparelhamento do gozo. Como os discursos são laços sociais, este estudo buscou não apenas analisar quais os discursos predominantes na instituição e qual o lugar que o sujeito ocupa nessa estrutura, mas também identificar a presença da psicanálise e suas repercussões entre a equipe clínica e entre os dispositivos utilizados pela instituição. A fundamentação teórica abordou os conceitos-chave da pesquisa – sujeito, gozo, ética, ato, e a teoria dos discursos nas obras de Freud e Lacan, assim como em textos psicanalíticos contemporâneos. Tendo como base a estrutura da psicose, foram aplicados esses conceitos psicanalíticos na análise da presença da clínica do sujeito em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na Cidade do Salvador, Bahia. A partir do estudo da circulação dos discursos propostos por Lacan, observados em um CAPS da Cidade do Salvador, a relevância da pesquisa encontra-se em poder examinar as contribuições da psicanálise na implementação de dispositivos que possam fomentar a clínica do sujeito e levem em consideração a subjetividade, para além dos sintomas classificados e identificados pela medicina psiquiátrica e pela reabilitação social nos tratamentos realizados nos CAPS da rede de saúde mental.

Palavras-chave: Sujeito; Gozo; Discursos da Psicanálise; Ato; CAPS.

ABSTRACT

The advent of psychiatric reform in Brazil brought other challenges to the field of mental health when deploying new devices for medical treatment in the public health network services. From personal experience as a clinical specialist psychologist substantiated by psychoanalysis and as a volunteer in an NGO working with the social and economic inclusion of people with mental disorders, I became interested in researching the clinic of the subject in a public institution. The clinic of the subject seeks to establish a treatment in the mental health area considering the uniqueness of the psychic functioning of each subject, from the clinical listening addressed to them. The research problem was born of the mental health field, when investigating the repercussions of the presence of psychoanalysis among the clinical devices available in a Center for Psychosocial Care (CAPS), which is an institution derived from the psychiatric reform in Brazil and has the model of psychosocial care as reference. This research aimed to examine the presence of psychoanalysis and its repercussions in the direction of clinical treatment in the mental health care services, from the case discussions during the technical meetings of the multidisciplinary team at a CAPS II of the City of Salvador, Bahia. The specific objectives of this research were defined as follows: investigate the notion of subject having as basis the subject in psychoanalysis and in psychosocial care service; analyze the presence of psychoanalytic ethics in addition to the ethics of social welfare which guides the work at CAPS; identify, through the theory of discourses of Lacan, how the clinical devices are articulated at a CAPS; examine not only the meaning of act in psychoanalysis and in psychosocial care, but also the repercussions on the direction of the treatment by the multidisciplinary team at CAPS. The case study was adopted as methodology for this research by means of non-participant observation of the technical meetings of the professionals at a CAPS II in the city of Salvador, where the discussion and construction of clinical cases took place. The theory of the four discourses, formulated by Jacques Lacan, was used in the research because the discourses formalize social ties structured in the field of language, that is, a form of social relationship and a way of equipping [appareillage] of jouissance. As discourses are social ties, this study aimed to analyze which discourses prevail in the institution and which place the subject occupies in this structure, in order to identify the presence of psychoanalysis and its repercussions among the clinical team and among the devices used by the institution. The theoretical foundation addressed the key concepts of the research – subject, jouissance, ethics, act, and the theory of discourse in the works of Freud and Lacan, as well as in contemporary psychoanalytic texts. Based on the structure of psychosis, such psychoanalytic concepts were applied in the analysis of the presence of the clinic of the subject at a Center for Psychosocial Care (CAPS) in the city of Salvador, Bahia. From the study of the circulation of the discourses proposed by Lacan, observed at a CAPS in the city of Salvador, the relevance of the research lies in being able to examine the contributions of psychoanalysis in the implementation of devices that may foster the clinic of the subject and take subjectivity into account, beyond the symptoms classified and identified by psychiatric medicine and by social rehabilitation in the treatments performed at the CAPS of the mental health network.

Keywords: Subject; Jouissance; Psychoanalytical discourses; Act; CAPS.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Grafo do Desejo parcial	34
Figura 2 – Grafo do Desejo completo	36
Figura 3 – Lugares e elementos dos discursos	40
Figura 4 – Discurso do Mestre	41
Figura 5 – Discurso do Analista	44
Figura 6 – Discurso da Histórica	46
Figura 7 – Discurso do Universitário	58

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	A PERSPECTIVA DA PSICANÁLISE E DO SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE A PRÁTICA EM CAPS	27
2.1	A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: A CLÍNICA SOCIAL E PSICOPATOLÓGICA	28
2.2	O SUJEITO PARA A PSICANÁLISE E PARA A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	31
2.3	O SUJEITO NA PSICOSE	35
2.4	O CASO OTTO E A DIREÇÃO DO TRATAMENTO NA PSICOSE	39
3	AS ÉTICAS PRESENTES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	51
3.1	A ÉTICA MÉDICA PSIQUIÁTRICA E DO BEM-ESTAR NO CAPS	53
3.2	O CASO PETER E A ÉTICA PSICANALÍTICA	55
4	O ATO E OS DISCURSOS NA CLÍNICA INSTITUCIONAL NO CAPS	65
4.1	O ATO PUNITIVO E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	66
4.2	O ATO PARA A PSICANÁLISE	68
4.3	O CASO FÊNIX, O <i>ACTING-OUT</i> E A PASSAGEM AO ATO	72
4.4	ATO DE FALA, LAÇO SOCIAL E OS DISCURSOS	78
4.5	O ATO ANALÍTICO, OS DISCURSOS E A “MOLDURA”	81
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
	REFERÊNCIAS	96
	APÊNDICE	104

1 INTRODUÇÃO

A partir da minha experiência como psicólogo clínico embasado pela psicanálise e como voluntário em uma ONG que trabalhava com a inclusão social e econômica, acolhendo portadores de transtornos mentais, surgiu o meu interesse em pesquisar sobre a presença da psicanálise em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Cidade do Salvador, com vistas a examinar as repercussões da presença da clínica do sujeito entre os dispositivos oferecidos numa instituição dessa natureza. Foi assim que surgiu o problema de pesquisa: investigar quais as repercussões da presença da psicanálise entre os dispositivos clínicos disponíveis em um CAPS, uma instituição advinda da reforma psiquiátrica no Brasil e que tem como referência o modelo da atenção psicossocial.

A clínica do sujeito busca estabelecer uma clínica na área de saúde mental centrada na singularidade de cada sujeito¹, não em um diagnóstico de uma doença ou na classificação de algum sintoma, sendo que “todas as particularidades do funcionamento psíquico de cada sujeito são levadas em conta” (FERNANDES; FREITAS, 2009, p. 98). A clínica do sujeito é um tipo de clínica ampliada², resultado de um trabalho clínico proveniente da clínica da escuta, que é fundamentada na psicanálise.

A clínica ampliada se aproxima da clínica do sujeito, entretanto, para que seja nominada como clínica do sujeito, é necessário que esteja vinculada a uma ética psicanalítica que possa orientar a direção do tratamento. Contudo, a clínica do sujeito e a prática psicanalítica não se igualam, embora mantenham uma relação de dependência, pois a clínica do sujeito tem como fundamento a escuta clínica utilizada na prática psicanalítica. É através da escuta que o sujeito poderá tratar seus sintomas na estrutura neurótica e elaborar seus delírios na estrutura psicótica, como uma forma de reconstrução de sua realidade psíquica.

A pesquisa foi desenvolvida através de estudo de caso³, mediante observação das reuniões técnicas em um CAPS na Cidade do Salvador. Reuniões técnicas é uma expressão

¹ Ao ser aqui utilizado, o termo sujeito se refere ao sujeito da psicanálise, o sujeito do inconsciente, que advém no tratamento clínico psicanalítico. Usuário é um termo utilizado pelos funcionários do CAPS e se refere aos pacientes ou cidadãos que são participantes dos serviços e dispositivos institucionais do sistema de saúde pública. Esse termo está mais próximo da reforma psiquiátrica e da reabilitação psicossocial, que se refere às pessoas portadoras de transtornos mentais, e menos próximo da clínica do sujeito. Por esse motivo, foi evitada a utilização do termo usuário, porque, por si só, exclui o sujeito.

² Clínica ampliada “[...] busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional” (BRASIL, 2009, p.14).

³ O estudo de caso é um “Relato descritivo do comportamento, da história passada ou de outros fatores relevantes a respeito de um indivíduo específico” (CROZBY, 2006, p.424). “*Estudos de caso* são uma estratégia qualitativa em que o pesquisador explora em profundidade um programa, um evento, uma atividade, um

utilizada nos CAPS para designar as reuniões com a equipe técnica multiprofissional, envolvendo principalmente os técnicos de referência, profissionais de nível superior, entretanto, em muitos CAPS, participam também os profissionais de apoio com formação educacional de nível médio e elementar. Um momento importante nessas reuniões é quando ocorrem as discussões e a construção dos casos clínicos, em que acontecem o intercâmbio de saberes, a troca de experiências, a escuta dos profissionais, que relatam as situações que vivenciaram, e é discutida a direção do tratamento dos participantes dos serviços dessa instituição (FIGUEIREDO, 2004; FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002; GUERRA, 2007).

O primeiro caso escolhido para ser estudado, discutido nas reuniões técnicas da equipe multiprofissional do CAPS em que foi realizada a pesquisa, é bastante elucidativo no que diz respeito ao objetivo de examinar como se dá a clínica do sujeito e se manifesta a presença do discurso analítico⁴ num serviço de saúde mental. Trata-se de um homem de meia-idade que optei por denominar de Otto⁵ e que, em meio a uma crise, deixou de frequentar o CAPS, não dando continuidade aos atendimentos na instituição. Tal situação demandou dos profissionais manejarem a situação de crise através de uma abordagem singular, visando, com isso, que ele pudesse vir a responder como sujeito e ter alguma responsabilização, implicação e comprometimento, possibilitando que o tratamento na prática pudesse acontecer.

Fazendo referência à prática psicanalítica, Freud ([1911]1987) lê a autobiografia de Schreber ([1905]1984) e considera o delírio como uma tentativa de cura para a psicose, pois é uma busca de reorganização do aparelho psíquico. Desse modo, na psicose, “aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora” (FREUD, [1911]1987, p.95) em forma de delírio, pois “o eu rechaçou [*verwerfen*] a representação incompatível através de uma fuga para a psicose” (FREUD, [1894]1987, p.64). Então, na psicose, “é possível que uma parte da simbolização não se faça” (LACAN, [1955-1956]1988, p.97), assim, aquilo que foi abolido de modo simbólico internamente, retorna como se viesse do exterior. Lacan se refere a “rechaçou [*verwerfen*] a representação incompatível” do texto de Freud, como equivalente à “foraclusão [*verwerfung*] do significante Nome-do-Pai⁶”, que é um mecanismo de abolição

processo ou um ou mais indivíduos. Os casos são limitados pelo tempo e pela atividade, e os pesquisadores coletam informações detalhadas utilizando diversos procedimentos de coleta de dados durante um período de tempo prolongado” (CRESWELL, 2010, p.269. Grifos do autor).

⁴ O discurso analítico é um dos discursos da teoria lacaniana, fundamental na prática psicanalítica, na clínica do sujeito e que é abordado nesta pesquisa.

⁵ Todos os casos apresentados nesta dissertação possuem nomes fictícios. O nome Otto foi escolhido em razão de o participante dos serviços do CAPS ter tido episódios de psicose **erotomaníaca**.

⁶ Nome-do-Pai foi um conceito criado por Lacan que “une o complexo de Édipo freudiano e o mito de ‘Totem e tabu’ (1912-13) na metáfora paterna, uma vez que introduzem o pai como morto” (BENTES, 2014, p.39).

simbólica de uma representação que foi considerada internamente incompatível pelo sujeito (BRUNHARI, 2011).

Nessa perspectiva, Lacan ([1955-1956]1988, p.98; grifo do autor) afirma que, na psicose, ocorre “uma *Verwerfung* primitiva, ou seja, que alguma coisa não seja simbolizada, que vai se manifestar no real”, ou dito de outro modo, o “que é foracluído do simbólico retorna no real” (SOLER, [1937]2007, p.202). Desse modo, Lacan ([1955-1956] 1988, p.98) introduz a “categoria do real”, explicando que “Eu dou a ela esse nome enquanto ela define um campo diferente do simbólico” e acrescenta: “somente a partir daí [...] é possível aclarar o fenômeno psicótico e sua evolução”.

Diante do contexto exposto, o sintoma, para a psicanálise, é uma formação do inconsciente e é através do tratamento pela fala que se busca tratar o que não cessa de não se escrever, ou seja, o real do sintoma. É por isso que Lacan afirma, em aula de 15/03/1977, que o sintoma é “a única coisa verdadeiramente real, quer dizer, que conserva um sentido no real. É bem por essa razão que a psicanálise pode, se existe a chance, intervir simbolicamente para dissolvê-lo no real” ([1976-1977]1998).

A clínica da escuta deve ser complementar à clínica do olhar que é utilizada pelo modelo médico em que “a doença passa a se apresentar ao observador como sintomas e signos” (MONTEZUMA, 2001, p.135). Na clínica do olhar, o médico procura no paciente identificar os sintomas que já são conhecidos, determinados e classificados nos manuais de psiquiatria. Assim, para a psiquiatria, “o sintoma é apenas uma manifestação patológica” (MONTEZUMA, 2001, p.138) e, por exemplo, na psicose o delírio é considerado um sintoma que deve ser tratado para deixar de existir. A direção do tratamento na psiquiatria visa que os pacientes voltem a padrões gerais de “normalidade” (DALGALARRONDO, 2008, p. 32), o que, muitas vezes, não é compatível com a estrutura possível a esse sujeito. Já, para a psicanálise, “o sintoma é um gozo particular de um determinado sujeito, visto que o sintoma é um modo de gozar do inconsciente, na medida em que o inconsciente o determina” (FERNANDES, 2014, p.4).

A noção de gozo, para Lacan, assume diversas definições, mas, tomando como base a dialética de Hegel, Lacan define que o sujeito só tem consciência de si a partir do Outro, da linguagem, mas quando um “significante não se amarra ao significado, sempre que a relação metafórica não se verifica, há gozo”; assim, o gozo “é o significante que não se traduziu [...] quer dizer significante não contabilizado, significante não metaforizado, não traduzido por um sentido” (GERBASE, 2008, p.62) para o sujeito. Já o conceito de significante para Lacan

implica admitir “que há alguém que se serve desse significante para significar algo” (LACAN, [1955-1956]1988, p.211).

Nessa perspectiva, o sujeito para a psicanálise é diferente do que é estabelecido pela psicologia com o indivíduo ou pela filosofia com o sujeito racional e pensante. A psicanálise “não entende o ‘sujeito’ como indivíduo que está ali, visível, diante de nós, mas como uma virtualidade que se realiza ou não no dito indivíduo, a cada momento de sua experiência” (TENÓRIO; ROCHA, 2006, p.71). Freud ([1912]1987; [1915b]1987) elabora o conceito do inconsciente subvertendo a noção do sujeito da razão de Descartes, descobrindo, através dos seus pacientes, que os sonhos, os chistes, os sintomas e os atos falhos são manifestações do inconsciente. Para Lacan ([1960c]1998), essas formações do inconsciente são descontinuidades que ocorrem na cadeia significante da linguagem e é daí que o sujeito advém, representando um significante para outro significante, pois não existe um significante que represente o sujeito e a consciência de si. Assim, para a psicanálise, não existe relação entre o significante e o significado, pois “o que é significante de alguma coisa pode tornar a qualquer momento significante de outra coisa” (LACAN, [1956-1957]1995, p.47).

Freud, em 1919(1987, p.210), defende uma assistência gratuita para a população nos cuidados à saúde mental e diz que é necessário “adaptar a nossa técnica às novas condições”, referindo-se ao método psicanalítico ser aplicado em uma clínica adaptada aos serviços públicos de saúde. Lacan, em 1966 (2001, p.11), defende a presença da psicanálise na área de saúde e adverte que o “corpo não é simplesmente caracterizado pela dimensão da extensão. Um corpo é algo feito para gozar, gozar de si mesmo”, e a dimensão do gozo é excluída da relação da medicina com o corpo. Lacan também alerta sobre o uso de medicamentos, a importância da transferência no tratamento e a dimensão ética da psicanálise.

O tema da pesquisa está articulado a minha participação, como mestrando, no Grupo de Pesquisa *Clínica Psicanalítica: Interfaces, Controvérsias e Perspectivas* do CNPQ/UFBA, do qual a professora orientadora da dissertação é líder. A dissertação está inserida na linha de pesquisa “A direção do tratamento e a reforma psiquiátrica”, que busca examinar criticamente a clínica do sujeito e o discurso analítico nas instituições de saúde mental. Nessa proposta, Lacan ([1966]2001) já enfatizava a importância de a psicanálise trabalhar em conjunto com a psiquiatria, principalmente devido aos fatos subjetivos que escapam ao sentido. Por esse motivo, é importante estar “atento, na prática psiquiátrica, às manifestações do inconsciente, do desejo, da tristeza, da angústia e dos sintomas em geral como manifestações subjetivas, que não se reduzem a um efeito orgânico, e muito menos a um déficit” (QUINET, 2001, p. 10).

A presença da psicanálise pode ser examinada na rede de saúde mental, principalmente, através da atuação clínica de psicólogos e alguns médicos psiquiatras que utilizam a teoria psicanalítica como fundamentação teórica e clínica. É importante lembrar que, historicamente, a psicanálise, sobretudo em Minas Gerais, participou do movimento inicial da reforma psiquiátrica (BARRETO, 1999; FIGUEIREDO; CAVALCANTI, 2001; COSTA, 2006; AMARANTE, [1995]2013).

A reforma psiquiátrica no Brasil foi iniciada em 1980 em Minas Gerais e, como consequência, foram criados os CAPS, que foram regulamentados pela Portaria MS nº 336/GM de 2002, dando ênfase às áreas de reabilitação social e aos tratamentos médicos psiquiátricos, favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos portadores de transtornos mentais. Entretanto, ainda não existem dispositivos nos CAPS que atendam aos requisitos da clínica do sujeito, que leve em consideração a subjetividade e tenha como fundamento a psicanálise. Dessa maneira, a pretensão foi investigar quais as contribuições e repercussões da presença do método e da ética psicanalítica entre os dispositivos e os discursos que circulam nos CAPS. Sendo assim, a justificativa para a realização desta pesquisa está em contribuir para que os tratamentos com o método e a ética psicanalítica possam estar presentes entre os dispositivos oferecidos pelos CAPS, possibilitando redimensionar novos aportes aos tratamentos clínicos na área de saúde mental. Portanto, sua relevância consiste em contribuir tanto para as práticas clínicas no CAPS, quanto para uma reflexão mais apurada sobre os aportes da psicanálise na área de saúde mental e no ambiente de formação de psicólogos.

A metodologia escolhida para essa pesquisa foi o de estudo de caso (COZBY, 2006; CRESWELL, 2010; SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013) através de observação não participativa na construção de casos clínicos (MOURA; NIKOS, 2000; FIGUEIREDO, 2004; NOGUEIRA, 2004; VIGANÒ, 2010) durante as reuniões técnicas dos profissionais que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-II) na Cidade do Salvador, Bahia.

Foram selecionados três casos clínicos para realizar o estudo de caso por terem como ponto em comum a temática do ato, que será abordado no quarto capítulo deste trabalho. Foi também considerada a forma como foi realizada a construção dos casos clínicos e elaborados os discursos da teoria lacaniana presentes nas falas da equipe multidisciplinar durante as reuniões técnicas. O primeiro caso envolve o manejo em uma situação de crise de um homem

com psicose erotomaníaca que insiste em atuar⁷, sendo considerado violento e perigoso pelos vizinhos e, por esse motivo, foi internado algumas vezes em hospitais psiquiátricos. O segundo caso envolve um adolescente proveniente de um CAPS infantil, que foi acolhido e direcionado para várias atividades no CAPS II, entretanto se recusou a se adaptar às rotinas institucionais, atuando de forma violenta segundo os funcionários e causando embaraços à equipe multidisciplinar. O terceiro caso envolve uma mulher de meia-idade que atua contra o seu próprio corpo, queimando-se e demandando, da técnica de referência, uma atenção e cuidados especiais, inclusive fora do horário das suas atribuições profissionais e, por esse motivo, foi um caso discutido algumas vezes nas reuniões técnicas.

As reuniões técnicas são coordenadas pela gerente da instituição e contam com a presença dos técnicos de referência, que formam a equipe multidisciplinar constituída por psicólogos, enfermeiras e assistentes sociais, juntamente com os médicos psiquiatras e outros profissionais que algumas vezes também assumem a função de referência, tais como o preparador físico, a técnica em enfermagem, a terapeuta ocupacional, a oficineira e a farmacêutica e, finalmente, os policiais militares, que dão suporte à vigilância física das instalações da instituição. Foi incluída recentemente, na estrutura do CAPS, a função de coordenação técnica psicossocial, que será responsável pela gestão das atividades clínicas, sendo que a gerente da unidade continuará responsável pela área administrativa.

Continuando nessa perspectiva, nas reuniões técnicas são tratados, de uma forma geral, os casos de acolhimento, eventos principais da residência terapêutica, algumas visitas realizadas ao domicílio dos participantes dos serviços do CAPS que tem cuidadores ou estão com dificuldade de aderência aos dispositivos da instituição, e são analisadas as solicitações de atendimento a pessoas com transtornos mentais em situação de risco identificadas pelo Ministério Público. Na reunião técnica, ocorre a apresentação dos casos, momento em que são discutidos os impasses na direção do tratamento clínico.

O segundo caso escolhido para estudo foi discutido nas reuniões técnicas e exemplifica o envolvimento da equipe multidisciplinar na construção de um caso clínico e, por essa razão, foi selecionado para a pesquisa. A condução do tratamento de Peter⁸, de 19 anos, que frequentava um CAPS infantil e foi transferido para o CAPS II, promoveu embaraços na equipe e em seus colegas da instituição, mexendo com os dispositivos e as rotinas das atividades diárias. A busca por um saber que possibilitasse lidar com Peter foi o que

⁷ Atuar ou atuação no sentido de ação. Para Lacan ([1962-1963] 2005, p.345): “falamos de ato quando uma ação tem o caráter de uma manifestação significativa na qual se inscreve o que poderíamos chamar de estado do desejo. O ato é uma ação na medida em que nele se manifesta o próprio desejo que seria feito para inibi-lo”.

⁸ O nome Peter foi escolhido como alusão à estória de Peter Pan, que é um personagem que não envelhece.

favoreceu o fortalecimento do discurso analítico e possibilitou um giro nos discursos utilizados pelos técnicos. Os profissionais hesitavam em manter um direcionamento clínico pautado pelos dispositivos normatizados e representado pelo discurso universitário, que é um dos discursos da teoria lacaniana utilizados nesta pesquisa, em que o saber ocupa o lugar do agente e se faz detentor de uma verdade hegemônica. Assim, a equipe optou em trabalhar orientada pela valorização de um saber que está do lado do sujeito. Isso demandou um esforço da equipe para a construção conjunta desse caso clínico em busca de uma direção de tratamento singular para esse sujeito.

Diante do contexto exposto, para entender como foram criados e o modo de funcionamento dos CAPS, é necessário conhecer um pouco sobre a história da psiquiatria no Brasil, pois isso possibilitará acompanhar a instauração da reforma psiquiátrica e as transformações ocorridas no tratamento clínico dos participantes dos serviços públicos de saúde mental. A psiquiatria no Brasil começa a ser estruturada a partir de 1808, com a chegada da Família Real, quando o Estado intervém definindo a loucura como objeto de cuidados. Em 1852, é inaugurado o Hospício de Pedro II e, após a Proclamação da República, ocorre, em 1890, a criação de duas colônias de assistência aos doentes mentais, com um modelo que conciliava a residência com o trabalho. Em 1903, Juliano Moreira torna-se o diretor da Assistência Médico-Legal aos alienados e traz a corrente biologicista da psiquiatria alemã, que buscava explicar a origem das doenças mentais. Em 1923, Gustavo Riedel funda a Liga Brasileira de Higiene Mental em que coloca a psiquiatria ao lado do Estado, realizando um controle social em defesa de um espaço eugênico e de normalidade (AMARANTE, 1994).

Nas décadas de 30 e 40, a psiquiatria foi caracterizada pela busca da cura das doenças mentais, utilizando técnicas cirúrgicas tais como as lobotomias e o uso da eletroconvulsoterapia. Na década de 50, surgem os neurolépticos, o que fortalece o processo de psiquiatrização com a medicalização e a criação de novos manicômios. Nessa época, ocorre a vinculação dos manicômios ao processo de medicalização, higienização e exclusão dos “loucos” da sociedade. Nas décadas de 60 e 70, surgem os hospitais privados, e a doença mental passa a ser objeto de lucro, sendo tratada como mercadoria (AMARANTE, 1994; FERNANDES; FREITAS, 2009).

Na década de 80, ocorre o início da reforma psiquiátrica a partir da redemocratização do país, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde, a sanção da Lei 3.657/89, que prevê a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros dispositivos de tratamento na rede de saúde mental (AMARANTE, 1994).

As mudanças pleiteadas pela reforma psiquiátrica colocam o campo de saúde mental no Brasil em um “período de transição entre o antigo modelo manicomial e asilar de cuidado e o modelo da reabilitação psicossocial; implicando o atual quadro de (re)construção permanente de conceitos” (CRUZ; FERNANDES, 2012, p.94). A reforma psiquiátrica no Brasil é marcada pelo movimento de desinstitucionalização, de reabilitação psicossocial e da clínica institucional. A nova política de saúde mental inclui conceitos como o de cidadania e da clínica do sujeito. É por esse motivo que ocorre a aproximação entre o movimento da reforma psiquiátrica e a teoria psicanalítica, pois ambas são contra o “modelo até então vigente que convidava os pacientes à demissão subjetiva por meio da sua prática” (FERNANDES; FREITAS, 2009, p. 98).

Sendo assim, é nesse contexto que a proposta de tratamento através da clínica do sujeito com fundamento na psicanálise nos CAPS, atualmente, busca ocupar um lugar na reforma psiquiátrica no Brasil. É desse modo que a teoria dos discursos de Lacan se torna importante para auxiliar a desvendar a nova dinâmica institucional vigente nos CAPS e ajudar a identificar oportunidades para que o discurso do analista possa estar presente entre os demais discursos que circulam nesse tipo de instituição. Os discursos, para Lacan, “nada mais são do que a articulação significativa, o aparelho, cuja mera presença, o status existente, domina e governa tudo o que eventualmente pode surgir de palavras” (LACAN, [1969-1970]1992, p.158). Como os discursos são laços sociais, este estudo buscou analisar o que se passa na instituição através dos discursos que são predominantes e qual é o lugar que o sujeito ocupa nessa estrutura. A pesquisa, então, pretendeu identificar as repercussões da presença da psicanálise entre a equipe clínica e entre os dispositivos utilizados pela instituição.

Os dispositivos, segundo o pensamento de Foucault (2006, p.244), sintetizam diversos saberes para responder a uma determinada demanda da sociedade, ou seja, constituiriam uma rede que se pode estabelecer entre diferentes elementos e que também incluiriam os “discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas”. Para Agamben (2005, p.13), um dispositivo teria a “capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres vivos”, sendo o “sujeito o que resulta da relação e, por assim dizer, do corpo-a-corpo entre os vivos e os dispositivos”. Então, as pessoas seriam constituídas e dominadas pelos dispositivos, através dos processos de subjetivação e da influência dos objetos que foram elaborados por uma determinada cultura.

Partindo dessa análise que Agamben realizou sobre o conceito de dispositivo na obra de Foucault, na sociedade atual, “não haveria um só instante na vida dos indivíduos que não seja modelado, contaminado ou controlado por algum dispositivo” (AGAMBEN, 2005, p.13), sendo que a “profanação dos dispositivos” corresponderia às diversas formas de enfrentamento e às transgressões às normas vigentes. Já para Deleuze (1990, p.158), os sujeitos “não são universais, mas processos singulares, de unificação, de totalização, de verificação, de objetivação, de subjetivação, processos imanentes a um dado dispositivo”, sendo que cada dispositivo capta um determinado aspecto da subjetividade do sujeito. A psicanálise dispõe do dispositivo construído por Freud, caracterizado pela escuta do sujeito do inconsciente, que se dá através da transferência e permite o surgimento do sujeito do desejo, que pode ser tratado através da ética psicanalítica (BROIDE, 2014).

Nessa perspectiva, a pesquisa se fundamentou na ética da psicanálise, que é a ética do desejo, ou, como afirma Lacan ([1973]2003, p.539), a “ética do Bem-dizer⁹”, o sintoma, que é de grande importância devido à forma de tratamento que é dada ao gozo e à possibilidade de inclusão dos sujeitos psicóticos nos laços sociais. A ética psicanalítica não está relacionada com dizer o bem, com o bem-estar, com a deontologia médica ou com algum padrão de excelência moral. A ética de bem dizer o sintoma considera que as palavras produzem um efeito na direção do tratamento, sendo necessário buscar dizer, mesmo quando as palavras não surgem. Para Lacan ([1960 b], 1998, p.691), essa “ética se anuncia, convertida ao silêncio, não pelo caminho do pavor, mas do desejo”.

No CAPS em que se desenvolveu a pesquisa, um dos temas mais recorrentes nas reuniões clínicas foi a clínica do ato e suas implicações na direção do tratamento. Por esse motivo, tornou-se necessário investigar o conceito de ato, tanto para a psicanálise quanto para a atenção psicossocial.

Nessa perspectiva, o exame do terceiro caso clínico foi realizado a partir da discussão e da construção do caso Fênix¹⁰ pela equipe multidisciplinar, tendo sido importante para analisar o *acting-out* e a passagem ao ato do ponto de vista da psicanálise. A usuária tinha uma compulsão a se automutilar, queimando-se e tendo constantes pensamentos suicidas. Fênix dependia da técnica de referência para executar as atividades rotineiras, além da grande dependência afetiva devido ao restrito convívio social. O caso Peter também foi estudado

⁹ Foi realizada uma adaptação na expressão “ética do bem-dizer” formulada por Lacan para o sintagma “ética de bem dizer o sintoma”, por acreditar que ambas representam a ética psicanalítica considerada nessa pesquisa como um suplemento à “ética do bem-estar” presente no serviço de atenção psicossocial do CAPS.

¹⁰ Fênix, na mitologia grega, é um pássaro com muitos ciclos de vida, pois, quando morria, entrava em autocombustão, renascendo das próprias cinzas. Esse nome foi escolhido devido à insistência da usuária em se automutilar constantemente, principalmente colocando fogo em si mesma.

nesse contexto, devido à constante recusa desse sujeito em não querer se enquadrar na moldura institucional e nas regras estabelecidas pelo CAPS.

Sendo assim, este trabalho pretende contribuir para a discussão sobre os dispositivos clínicos em saúde mental com vistas a identificar a presença da clínica psicanalítica em meio a outros dispositivos, entre os quais os da clínica psiquiátrica e os serviços de assistência social, de modo que possa oferecer novos aportes à dinâmica institucional e à direção do tratamento nos CAPS.

Diante do contexto exposto, a presente pesquisa tem como objetivo geral examinar a presença da psicanálise e suas repercussões na direção do tratamento clínico nos serviços de assistência à saúde mental, a partir das discussões de casos nas reuniões técnicas da equipe multiprofissional num CAPS II da cidade de Salvador-Ba.

Então, constituíram objetivos específicos da pesquisa: investigar a noção de sujeito, tomando por base o sujeito para a psicanálise e para o serviço de atenção psicossocial; analisar a presença da ética psicanalítica em suplemento¹¹ à ética do bem-estar social norteadora dos trabalhos nos CAPS; identificar, através da teoria dos discursos de Lacan, como se articulam os dispositivos clínicos num CAPS; examinar não apenas o significado de ato para a psicanálise e para a atenção psicossocial, mas também as repercussões na direção do tratamento pela equipe multidisciplinar no CAPS.

Para atingir esses objetivos, foram examinados alguns recortes de casos trazidos pela equipe multiprofissional do CAPS, selecionados através da observação das reuniões técnicas ocorridas em um CAPS II na Cidade do Salvador. O projeto de pesquisa foi registrado na Plataforma Brasil em 2014, sendo o patrocinador principal o Ministério da Educação através da bolsa de pós-graduação concedida a mim, como pesquisador, pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPS). Foi emitido Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem (CEPEE) da UFBA, e o Colegiado homologou o “PARECER DE APROVAÇÃO” emitido pelo relator e assinado pela coordenação, dia 5 de agosto de 2015. Como pesquisador responsável, submeti a documentação à apreciação da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, que enviou ofício ao Distrito Sanitário/CAPS aprovando a coleta de dados para a pesquisa. Conforme requisitos do CEPEE, como pesquisador, obtive dos participantes da pesquisa a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no dia 17 de agosto de 2015, cujo formato aprovado está no Apêndice deste trabalho.

¹¹ Suplemento é um acréscimo, não se trata de mudança de ética, mas um aditamento à ética do bem-estar social.

Durante a realização da pesquisa, as reuniões técnicas ocorreram com uma frequência semanal, exceto na última semana do mês, ocasião em que ocorre a reunião dos profissionais com os familiares em conjunto com os participantes dos serviços do CAPS. Nas reuniões técnicas, estão presentes os técnicos de referência juntamente com os outros profissionais do CAPS II. Nessa reunião, são discutidos recortes de casos clínicos, sendo realizada a análise dos outros dispositivos presentes na instituição tais como: o acolhimento, o plano terapêutico individual, o atendimento psicológico e psiquiátrico individual, o atendimento em grupo, a farmácia, as oficinas, a visita domiciliar para os participantes do serviço que necessitam de maior atenção ou estão sem frequentar o CAPS e a residência terapêutica.

A partir da minha observação nas reuniões técnicas no CAPS II, busquei examinar a presença da psicanálise e sua contribuição para a clínica do sujeito como um dos dispositivos clínicos da instituição. Para que isso ocorresse, foi necessário extrair fragmentos clínicos que lançassem luz sobre a direção do tratamento, os impasses e as possibilidades da presença do discurso analítico e a análise dos discursos que predominam na instituição.

Conforme foi abordado anteriormente, a pesquisa teve como método o estudo de caso através de observação não participativa das reuniões técnicas dos profissionais em um CAPS II na Cidade do Salvador, onde eram realizadas a discussão e a construção de casos. A construção do caso clínico é evidenciada “como uma refundação da experiência de análise, mas que ocorre em uma situação psicanalítica de pesquisa” (MOURA; NIKOS, 2000, p.76). Na pesquisa em psicanálise, não ocorre a separação entre o sujeito e o objeto porque isso ocorre sob a transferência, que é o motor da cura psicanalítica. A psicanálise se confunde com o tratamento e com a própria pesquisa (NOGUEIRA, 2004; KYRILLOS NETO, 2007).

A construção de caso clínico foi utilizada por Freud em sua obra, articulando elementos da história, associações do paciente e intervenções do analista, que propiciaram uma construção teórica baseada na clínica. Os casos clínicos, para a medicina, buscam estabelecer diagnósticos, identificar e classificar os sintomas para indicar as condutas de tratamento. Para a psicanálise, o importante é a singularidade do sujeito que fornecerá elementos para a construção do caso. Como afirma Figueiredo (2004, p.77), a “psicanálise [...] avança do particular para o singular, retomando o geral a partir dos efeitos colhidos”, sendo que “o sintoma não vai sem o sujeito, nem o sujeito pode ser pensado sem o seu sintoma. Um constitui o outro, melhor dizendo, um se constitui no outro, o sujeito através do sintoma e vice-versa”. Então, para a psicanálise, a construção do caso clínico é uma elaboração teórica em formato de teia em que se entrelaçam os fragmentos do caso com a teoria.

A pesquisa em psicanálise na universidade foi defendida por Freud e tinha como uma das premissas a aplicação do método psicanalítico em pacientes que estivessem realizando tratamento de saúde mental em ambiente hospitalar ou ambulatorial, o que atualmente abrange os dispositivos oferecidos pelos CAPS's. Freud acreditava que para habilitar esses profissionais nesse novo campo do saber era necessário: o estudo teórico, análise pessoal e supervisão, sendo de grande importância a questão da transferência (FREUD, [1919]1987).

A transferência é um conceito fundamental para a psicanálise, pois é a partir dela que ocorre o tratamento clínico. No período desta pesquisa, os atendimentos foram realizados pelos profissionais do CAPS e discutidos nas reuniões técnicas, sendo o conceito da transferência de grande importância na construção dos casos clínicos. Freud ([1905]1987, p.110) define a transferência como “reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico”. Na transferência, ocorre uma atualização do inconsciente do sujeito com uma repetição dos modelos de relacionamentos que ocorreram desde a sua infância. Freud ainda ressalta que “toda uma série de experiências psíquicas prévia é revivida, não como algo passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico”. Assim, é importante que o profissional esteja atento ao manejo da transferência, pois as figuras parentais e seus substitutos estão presentes na vida psíquica e no inconsciente do sujeito e serão transpostos para esse lugar.

É através do manejo da transferência que o profissional poderá oferecer um lugar para que o sujeito possa falar e buscar construir ou reescrever sua própria história. Freud ([1914]1987, p.197) indicava a importância da transferência para a direção do tratamento afirmando que “a transferência é, ela própria, apenas um fragmento da repetição e que a repetição é uma transferência do passado esquecido, não apenas para o médico, mas também para todos os outros aspectos da situação atual”.

Na perspectiva lacaniana, a “transferência é a atualização da realidade do inconsciente” (LACAN, [1964 a]1998, p.139), pois o sujeito, na sua constituição, foi submetido à linguagem, sendo efeito do discurso do Outro. Assim, o analista é chamado a ocupar o lugar do Outro através da relação transferencial, sendo que o sujeito neurótico coloca o psicanalista no lugar daquele que sabe e poderá vir a decifrar o enigma do seu sintoma. Então, para Lacan ([1964 a]1998, p.220), quando o psicanalista ocupa esse lugar que ele chama de Sujeito Suposto Saber, “há transferência”. Entretanto, o Sujeito Suposto Saber, é aquele que “se oferece como suporte para todas as demandas e não responde a nenhuma” (LACAN, [1958-

1959]2016, p.519). Então, a transferência possibilitará que o analisante possa atualizar seu inconsciente, decifrando-o, tendo o psicanalista como testemunho da sua verdade.

No entanto, Lacan, seguindo os passos de Freud, adverte o psicanalista de que, na neurose, não deve responder do lugar do saber como no discurso universitário, mas fazendo semblante de objeto *a* como agente no discurso analítico, convocando o sujeito e mantendo o lugar de enigma do seu desejo que a incidência do objeto *a* faz com que se torne presente. Já na psicose, o profissional deve se fazer de secretário do alienado para que este possa construir seus delírios e encontrar um caminho para sua estabilização.

Com a expressão “secretários do alienado”, Lacan ([1955-1956]1988, p.235) propõe um modo de como se deve realizar o manejo clínico com os psicóticos. Ainda segundo Lacan, esse sintagma traz consigo uma censura “a impotência dos seus alienistas”, bem como uma orientação de que se deve tomar “ao pé da letra o que ele [o psicótico] nos conta”. Essa é uma orientação ética ao psicanalista de um saber-fazer com a forclusão do significante Nome-do-Pai e a busca do entendimento da psicose em sua própria estrutura. Desse modo, “o analista faz-se parceiro nas construções daquele que destas incidências nos dá seu testemunho” (COSTA; FREIRE, 2010, p. 77).

A palavra forclusão é um termo jurídico que significa prescrição e foi utilizado por Lacan para se apropriar do termo freudiano *verwerfung* e explicar que, nos psicóticos, o significante primordial que ele nomeia como Nome-do-Pai não foi inscrito, ou seja, foi foracluído pelo sujeito e por esse motivo ele é tomado como vindo de fora, do real. É dessa forma que:

Para que a psicose se desencadeie, é preciso que o Nome-do-Pai, *verworfen*, foracluído, isto é, jamais advindo no lugar do Outro, seja ali invocado em oposição simbólica ao sujeito.

É a falta do Nome-do-Pai nesse lugar que, pelo furo que abre no significado, dá início à cascata de remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que o significante e significado se estabilizam na metáfora delirante. (LACAN, [1957-1958]1998, p.584).

Vale destacar, também, que os estudos de caso, a partir da discussão e da construção dos casos clínicos pela equipe multidisciplinar, buscam examinar a presença da psicanálise e suas repercussões na direção do tratamento dos sujeitos dos serviços de assistência à saúde mental, articulado com os conceitos psicanalíticos de sintoma, sujeito, a ética psicanalítica de bem dizer o sintoma, a noção de cidadão de direitos utilizada pela reabilitação psicossocial e a modalidade de discursos que predominam na instituição.

O próximo capítulo cujo título é *A perspectiva da psicanálise e do serviço de atenção psicossocial sobre a prática em CAPS*, aborda os conceitos de sujeito, sintoma e gozo do ponto de vista da psicanálise e da reabilitação psicossocial. São mostradas as diferenças entre o sujeito cidadão de direitos e deveres da atenção psicossocial e a noção de sujeito para a psicanálise utilizada pela clínica do sujeito no tratamento da psicose, com a busca de alguma responsabilização¹² do sujeito ante seu gozo. Para tanto, serão revistas as práticas manicomiais, o sujeito visto pela psicopatologia, pela clínica da psicose, pela clínica social e pela clínica do sujeito. O caso clínico Otto ajudará a entender a importância da presença do discurso analítico entre os demais discursos nos dispositivos clínicos do CAPS em momentos de desestabilização que comportam o risco de interrupção do tratamento.

O terceiro capítulo, nomeado como *As éticas presentes em um centro de atenção psicossocial*, aborda o conceito sobre ética, pesquisado de acordo com as práticas utilizadas no CAPS como consequência dos novos dispositivos criados a partir da reforma psiquiátrica. Nessa direção, estes são vistos como a dimensão ética da psicanálise, aproximando-se e se distinguindo da ética da reforma e do que mudou em relação aos antigos manicômios. São examinados as éticas e os discursos que foram utilizados no tratamento do caso Peter nos momentos de crise no CAPS.

No quarto capítulo – *O ato e os discursos na clínica institucional no CAPS* –, é abordado o conceito de ato para a psicanálise e para a atenção psicossocial articulada à teoria dos quatro discursos de Lacan. O conceito de ato é considerado, na ambiguidade de seu sentido, atuação (*acting-out*), passagem ao ato e ato analítico, para a psicanálise, e ato punitivo, repressor, para a atenção psicossocial. São vistos os princípios normativos que regem os CAPS, como foi realizada a condução do tratamento nos casos Fênix e Peter, e como ocorreu a necessidade de convocar um intercâmbio entre os diferentes discursos pela equipe multidisciplinar no CAPS. Foi necessário analisar os diversos discursos que predominam entre os profissionais do CAPS e a implicação na direção do tratamento clínico.

No último capítulo, *Considerações finais*, são feitas algumas reflexões sobre o problema de pesquisa, promovendo uma articulação do que foi desenvolvido neste trabalho, que visa examinar as repercussões da presença da psicanálise num CAPS na Cidade do Salvador, Bahia.

¹² Para Colette Soler ([1937] 2007, p.61) “ali onde o Outro não responde, isto é, no gozo, somente o sujeito pode responder, e é a ele que compete a responsabilidade pelo gozo”, sendo que o “paranoico inocente é aquele que se recusa a responder pelo gozo e que o elabora como perseguição, mediante a imputação ao Outro”. Cabe então ao psicólogo na condição de secretário do alienado buscar certa responsabilização do sujeito psicótico pelo seu gozo, pois “a ideia de forclusão, a causalidade significativa da psicose [...] não impede uma responsabilidade do sujeito” (SOLER, [1937] 2007, p.186).

Esta pesquisa está fundamentada, principalmente, nas obras de Freud e Lacan, sendo delimitada a estrutura da psicose no campo da linguagem com a teoria dos discursos e considerando a direção do tratamento no campo do gozo. Assim, deixarei para outra oportunidade pesquisar e tratar sobre as demais estruturas presentes na teoria psicanalítica. Para a escolha da instituição, foram considerados os critérios de formação e orientação psicanalítica entre os psicólogos. Os casos foram escolhidos por apresentar um material propício ao tratamento da problemática da pesquisa e por fornecer indicadores¹³ da presença ou ausência da psicanálise nos dispositivos clínicos desse CAPS.

¹³ Indicadores são signos, sinais, providos de significação, que trazem evidências observadas.

2 A PERSPECTIVA DA PSICANÁLISE E DO SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE A PRÁTICA EM CAPS

Para compreender como é realizado o tratamento clínico nos CAPS e identificar as diferenças com a clínica do sujeito com base psicanalítica, é preciso que se entenda, historicamente, como ocorreu a reforma psiquiátrica brasileira que resultou no dispositivo da atenção psicossocial, cujo fundamento é a reabilitação psicossocial, a autonomia e a reinserção dos sujeitos com transtornos graves, neuróticos e psicóticos na sociedade. Por esse motivo, o próximo tópico volta a abordar o tema da reforma psiquiátrica no Brasil, agora enfatizando a influência da clínica social e psicopatológica.

Logo em seguida, são analisadas as diferenças entre o tratamento clínico psicanalítico que inspira a clínica do sujeito e o serviço prestado atualmente pela atenção psicossocial na área de saúde mental no CAPS. Entretanto, para que ocorra o entendimento das diferenças entre essas práticas, é necessário compreender o conceito de sujeito e os discursos da teoria lacaniana, o que possibilitará “identificar as diferenças entre o discurso do analista e os outros discursos” (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006, p.8) com o objetivo de verificar quais são os discursos predominantes no dia a dia do CAPS.

O termo sujeito tem diversos significados como, por exemplo, o sujeito da razão da ciência, o sujeito cidadão da atenção psicossocial e o sujeito do inconsciente da psicanálise, que é um sujeito “dividido pela linguagem, que não se identifica a nenhum ser, a nenhuma substância encarnada, ex-cêntrico a si mesmo” (RINALDI, 2002, p.60) e que é fundamental para que ocorra o tratamento na clínica do sujeito.

Contudo, a clínica do sujeito com o discurso analítico busca realizar um novo aporte ao discurso alienista em que o médico ocupa o lugar de mestre que, com seu olhar e sua palavra, reivindica poder “restabelecer o poder da razão, perdida no turbilhão das paixões” (RINALDI, 2002, p.59). Dessa maneira, o “saber psicanalítico suplementa o saber médico-psiquiátrico, sem envolver-se diretamente na assistência, considerada exclusividade médica” (RINALDI, 2002, p.62).

Entretanto, no campo da atenção psicossocial, “a prática é governada pelo especialismo, o que conduz à fragmentação e à hierarquização do trabalho, reforçando, de um lado, o discurso médico e, do outro, a divisão de territórios” (RINALDI, 2002, p.63). A produção de especialista é regida pelo discurso universitário “a partir da transmissão de um saber

totalizante sobre determinado campo” (RINALDI, 2002, p.63). Desse modo, o discurso universitário visa preservar e reproduzir a ordem que já se encontra estabelecida.

O discurso do mestre e o discurso universitário sempre estiveram presentes na clínica psiquiátrica tradicional, mas, de certa forma, sua hegemonia foi afetada com o advento da reforma psiquiátrica no Brasil e a consequente criação dos Centros de Atenção Psicossocial, com a influência da clínica social e psicopatológica e em que foi possível a abertura para a presença de outros discursos.

2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: A CLÍNICA SOCIAL E PSICOPATOLÓGICA

A clínica do sujeito aposta que, na psicose e até no autismo, existe sujeito ou ele está por advir, o que, entretanto, difere do pensamento da clínica psiquiátrica tradicional. O modelo médico tradicional de tratamento dos portadores de transtornos mentais foi iniciado tendo como premissa a necessidade de afastamento dos “loucos” da sociedade para que fosse possível ocorrer o tratamento. Esse modelo asilar foi caracterizado pela internação em hospitais psiquiátricos e práticas clínicas que envolviam a utilização de eletrochoques e aplicação de fortes dosagens de medicamentos. O modelo médico clássico de tratamento se restringia aos aspectos biológicos, organicista e fisiopatológicos do transtorno mental em que o ideal de cura buscava transformar o “louco” em sujeito da razão (AMARANTE, 2013).

O início da reforma psiquiátrica ocorreu a partir de 1793, tendo como marco o método clínico introduzido por Philippe Pinel (1745-1826), que tinha como fundamento a experiência com o olhar, influenciada principalmente pela observação realizada pelos empiristas, e a linguagem, que privilegiava os signos em que se procurava traduzir o visível no enunciável (BARRETO, 1999). Pinel abriu as portas dos manicômios para os mendigos, pobres e órfãos, porém os doentes acometidos pela perda da razão permaneceram asilados do convívio com a sociedade (COUTO; ALBERTI, 2008).

Novas mudanças são propostas pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia (1924-1980), que questiona o dispositivo médico-psiquiátrico, as instituições e os dispositivos terapêuticos então vigentes, o que iria proporcionar avanço na reforma psiquiátrica. Em 1959, o psiquiatra sul-africano e radicado na Inglaterra Maxwell Jones (1907-1990) delimita o termo comunidade terapêutica, que caracteriza o processo de transformação da dinâmica

institucional asilar através de medidas coletivas, participativas e democráticas (AMARANTE, 1994).

Uma das principais referências para a reforma no Brasil foi a reforma psiquiátrica realizada na Itália, iniciada na década de 60, na cidade de Gorizia, com a humanização dos manicômios, sua desativação progressiva, substituição por centros externos e a introdução das comunidades terapêuticas (GOLDEBERG, 1994).

No Brasil, junto com a redemocratização do País, surge, na segunda metade da década de 70, um movimento a favor de reformas na área da saúde mental e da cidadania dos portadores de transtornos mentais. Nesse momento, a dimensão política assume a dianteira do movimento, denunciando o caráter segregador e desumano do modelo manicomial, sendo, então, iniciada a luta pela cidadania do louco (RINALDI, 2006).

Com a influência do modelo italiano, a reforma brasileira valorizou o modelo psicossocial com a reabilitação e recuperação da autonomia dos portadores de transtornos mentais, com o objetivo de reinseri-los na sociedade. Esse movimento influenciaria a criação dos CAPS, que dará maior relevância à cidadania e ao sujeito de direitos do que aos dispositivos relativos à clínica do sujeito e à ética psicanalítica. Isso iria afetar a maneira como seriam oferecidos os tratamentos para os participantes dos serviços de saúde mental dessas instituições, dando maior importância à ética pública do bem comum e à valorização de dispositivos tais como as oficinas e os espaços terapêuticos de grupo (FIGUEIREDO, 1997; RINALDI, 2006; CRUZ; FERNANDES, 2012).

Em janeiro de 1979, ocorre, em São Paulo, o I Congresso dos Trabalhadores em Saúde Mental onde são realizadas críticas ao modelo asilar dos hospitais psiquiátricos como reduto dos marginalizados (AMARANTE, [1995]2013). O psiquiatra italiano Franco Basaglia veio ao Brasil em julho de 1979 e chamou o Hospital Galba Veloso em Minas Gerais de “casa de torturas” (BARRETO, 1999, p.62). Em 1980, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais à qual pertenciam os hospitais psiquiátricos públicos acolheu as teses do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, dando início à Reforma Psiquiátrica Mineira (BARRETO, 1999). Assim é que a psiquiatria no Brasil começa a mudar o seu objeto deixando “de ser o tratamento da doença mental para ser a promoção de saúde mental” (AMARANTE, [1995] 2013, p. 21).

A reforma psiquiátrica brasileira foi caracterizada por três movimentos: a *desinstitucionalização*, que combatia a noção instituída de doença mental para que fosse possível, posteriormente, romper com o modelo hospitalocêntrico que realizava a segregação da loucura na sociedade; a *reabilitação psicossocial*, que defendia a recuperação da vida

social do paciente psiquiátrico, e a *clínica institucional*, que buscava uma forma de inserção nos laços sociais do sujeito, tendo como assunção que a psicose é uma condição de existência (TENÓRIO, 2001 a).

Foi em São Paulo, no ano de 1987, que ocorreu o surgimento do primeiro CAPS – Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, exercendo grande influência para a mudança dos serviços de saúde mental no Brasil, tendo como um dos objetivos a construção de uma rede de prestação de serviços comunitários. Em 1989, é aprovada a Lei 3.657/89 do deputado Paulo Delgado (PT/MG) com a regulamentação dos direitos dos doentes mentais no Brasil e a substituição progressiva dos manicômios públicos por outros dispositivos de atendimentos na rede de saúde mental (DELGADO, 1989; AMARANTE, [1995]2013).

Entraram em vigor, em 1990, as Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990 que regulamentam a rede de atenção à saúde mental brasileira, que faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Posteriormente, foi editada a Portaria GM 224/92, que criou oficialmente os NAPS/CAPS e os define como unidades de saúde locais que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. A Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Em 2001, é sancionada a Lei Federal 10.216 (Paulo Delgado), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 1990a, 1990b, 1992, 2000, 2001).

A Portaria/GM 336, de 19 de fevereiro de 2002, estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPSi, definindo-os por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Estabelece, ainda, o horário de funcionamento, a equipe mínima e a especialidade dos profissionais necessários, entre os quais estão os psicólogos, e outras definições. Em fevereiro de 2005, a Portaria nº 245 destinou incentivo financeiro para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial, e a Portaria nº 246 destinou incentivo financeiro para a implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2002a, 2005a, 2005b, 2005c).

Foi assim que o processo de desinstitucionalização no Brasil resultou na criação dos Centros de Atenção Psicossocial como um dispositivo substitutivo de cuidado estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental. O CAPS é formado por uma equipe multidisciplinar com práticas que incluem a reabilitação psicossocial, o tratamento psiquiátrico substituto do modelo asilar de cuidados e a atuação da psicologia em uma clínica ampliada, por não ficar restrita ao consultório, sendo que, em muitos casos, os psicólogos

tiveram formação psicanalítica¹⁴ e enfrentam desafios na “sustentação de sua ética própria, através de uma clínica que visa o sujeito” (RINALDI, 2006, p.142).

2.2 O SUJEITO PARA A PSICANÁLISE E PARA A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A noção de sujeito tem muitas concepções entre as quais: o sujeito cidadão, o sujeito indivíduo da psicologia, o sujeito da ação social ou o sujeito do inconsciente. Antes de definir o que é o sujeito do inconsciente para a psicanálise, que é um conceito fundamental na clínica psicanalítica e para a presente pesquisa, é necessário realizar uma breve abordagem sobre o sujeito psicossocial advindo da reforma psiquiátrica no Brasil e que, atualmente, influencia na direção dos tratamentos oferecidos pelos Centros de Atenção Psicossocial.

Conforme foi visto, a reforma psiquiátrica no Brasil foi inspirada no modelo italiano que visava à reabilitação psicossocial do sujeito afetado por sofrimento psíquico e promovia sua reinserção na sociedade. Essa é uma ideia proveniente dos ideais democráticos, que tinham como objetivo devolver a cidadania aos sujeitos que foram privados desse direito com seu internamento em manicômios e, conseqüentemente, a sua exclusão da vida social. Então, o sujeito psicossocial é um sujeito cidadão, sujeito da razão, sujeito que tem direitos que podem ser utilizados em seu benefício e deveres que devem ser cumpridos. Então, essa é a razão de que, na área psicossocial e nos CAPS, a noção de sujeito se confunda muitas vezes com a de cidadania e esteja atrelada a um discurso político (TENÓRIO, 2001 a, TENÓRIO, 2001 b; RINALDI, 2006; CRUZ; FERNANDES, 2012).

O conceito de sujeito, para a teoria psicanalítica, é um “conceito lacaniano, pois foi Lacan quem o introduziu na psicanálise, já que essa categoria não é do texto de Freud” (ELIA, 2004, p.10). A ideia de sujeito surge juntamente com a modernidade e a ciência. Em 1637, René Descartes elabora o *Discurso do Método* e afirma “*Cogito, ergo sum*”, que pode ser traduzido para o português como “*Penso, logo sou*”. É assim que, na filosofia, o discurso do saber se volta para o agente desse saber, colocando a questão do próprio pensar sobre o ser.

¹⁴ Será visto, no decorrer desta pesquisa, que somente com a presença de psicanalistas na equipe multidisciplinar não se garante a prática da clínica do sujeito no CAPS, sendo necessária a construção de outros dispositivos com a presença da ética psicanalítica e do discurso analítico para que isso possa ocorrer. Entretanto, a presença da psicanálise através de psicólogos com orientação psicanalítica trará contribuições e repercussões importantes na direção do tratamento clínico no CAPS, auxiliando na orientação e na construção de uma clínica do sujeito, assegurando a presença do discurso analítico entre os outros discursos utilizados pela equipe.

Esse é o sujeito cartesiano, o sujeito pensante, racional, em que o pensar garante a existência daquele que pensa, conferindo-lhe uma identidade (FINK, 1998; ELIA, 2004; LOPES, 2008).

Em 1900, Freud publica “A Interpretação dos Sonhos” e, depois, vai pesquisar sobre os chistes, os atos falhos, os sintomas e realiza uma associação dessas formações com o inconsciente. Foi assim que Freud, ao elaborar o conceito de inconsciente, subverte a noção do sujeito cartesiano, criando os fundamentos para que Lacan pudesse definir o conceito de sujeito para a psicanálise.

O pensar para Freud não é equivalente ao ser, pois, como Lacan ([1960 a]1998, p.521) se referiu ao inconsciente, “sou onde não penso”. É nas formações do inconsciente, na descontinuidade da cadeia significante que o sujeito aparece. Para a psicanálise, é através da análise dos sonhos, chistes, atos falhos e sintomas que o sujeito do inconsciente, pode advir através da fala, ou seja, da dimensão simbólica.

O conceito de sujeito passa a ser um componente ético quando Lacan afirma que, “por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis” (LACAN, [1965-1966]1998, p.873), e isso é um elemento fundamental utilizado pela clínica do sujeito em que o participante dos serviços de saúde mental é convidado a se implicar no seu sintoma, a se tornar sujeito e o responsável principal pelo tratamento do seu gozo e por sua inserção nos laços sociais.

A noção de inconsciente proposta por Lacan tem suas bases nas pesquisas provenientes de Ferdinand de Saussure, Claude Lévi-Strauss, Roman Jakobson, Michael Foucault e a influência do movimento chamado de estruturalismo. Lacan defende o ponto de vista de que, para cada sujeito, o significante ocuparia um determinado valor na cadeia da linguagem, e define sujeito através da articulação dos significantes como “aquilo que pode ser representado por um significante para outro significante” (LACAN, [1968-1969]2008, p.21), sendo necessário que exista um intervalo entre os significantes para que o sujeito possa advir, entretanto “o sujeito não advém no intervalo entre $S_1 \rightarrow S_2$, mas terminará por se presentificar no campo do gozo” (FERNANDES, 2012, p. 59). Os significantes são elementos singulares da linguagem, sendo que o significante em si não significa nada. O significante é incorpóreo e se realiza pela diferença com outro significante. A função principal da fala para a psicanálise não é comunicar, mas produzir efeitos significantes, assegurando ao sujeito o que ele é (SOUZA, 2008).

É importante salientar que, para Lacan, o “efeito de linguagem é a causa introduzida no sujeito. Por esse efeito, ele não é causa dele mesmo, mas traz em si o germe da causa que o cinge. Pois sua causa é o significante sem o qual não haveria nenhum sujeito no real” (LACAN, [1960/1964]1998, p.849). Desse modo, o sujeito é “correlato à estrutura do

inconsciente como linguagem e não como um reservatório de lembranças e pulsões – não é a causa, mas efeito da linguagem”, ou, dizendo de outra maneira, o “sujeito é uma resposta do real ao encontro do significante” (CIRINO, 2001, p.52).

Foi a pesquisa da incidência do significante sobre o corpo humano que possibilitou a Freud formular o conceito de *pulsão*. Citando o dramaturgo romano Plauto (254 a.C. – 184 a.C.), em sua obra *Asinaria*, Freud explica então que, para que as pessoas pudessem se relacionar, foi necessário renunciar às tendências pulsionais do homem de ser o lobo do homem (FREUD, [1930]1987). Assim, o homem, oprimido devido à limitação de uso das suas pulsões, vive em um constante mal-estar.

Lacan, utilizando-se desses princípios, afirma que os discursos são laços sociais que foram produzidos pela existência da linguagem, consistindo em uma forma de enquadramento das pulsões de que resulta o aparelhamento do gozo. Então, os discursos foram elaborados fora de qualquer laço natural e estão diretamente ligados à constituição do sujeito “em função de um discurso, situado em relação ao gozo que o determina sob um certo modo de produzir laço social” (TEIXEIRA, 2001, p. 22).

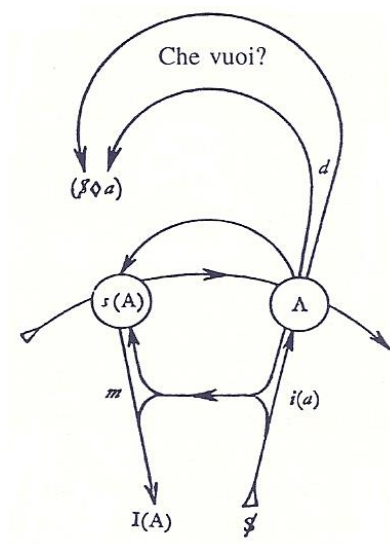
O sujeito da psicanálise é pensado a partir das operações de causação: alienação e separação. Desse modo, para Lacan, inicialmente o *infans*, a criança, é objeto de gozo do Outro, seu cuidador, que geralmente é a mãe. A fim de se tornar sujeito, é necessário que o *infans* se aliene no Outro, vivendo no lugar de objeto e se identificando primariamente com um significante-mestre proveniente da mãe, para que possa ingressar na cadeia da linguagem. Assim, a identificação do *infans* é com “aquilo que ele foi no desejo do Outro, não apenas no nível simbólico do desejo, mas como substância real envolvida no gozo” (LAURENT, 1997, p. 44).

É nesse lugar que a criança ocupava no desejo e no discurso do Outro que o sujeito irá advir. Lacan ([1960 c]1998, p.829; grifo do autor) afirma: “Eis por que a pergunta do Outro, que retorna para o sujeito do lugar de onde ele espera um oráculo, formulada como um ‘*Che vuoi?* – que quer você?’, é a que melhor conduz ao caminho de seu próprio desejo”, cujo esquema pode ser visto no Grafo do Desejo parcial¹⁵ na Figura 1 a seguir. É através dessa pergunta que é apresentado o desejo como via de constituição do sujeito do inconsciente, a forma como será realizada a construção da fantasia ($\$ \diamond a$) e a via para o sujeito sair dos ideais identificatórios. Lacan ([1960 c]1998), então, afirma que quando a criança formula a pergunta

¹⁵ O grafo do desejo é uma representação gráfica, constituindo-se na primeira topologia completa de Lacan, e apresenta um conjunto de termos que mostra “onde se situa o desejo em relação a um sujeito definido por sua articulação pelo significante” (LACAN, [1960c]1998, p.819). O grafo contém os elementos que Lacan irá, em seguida, utilizar na elaboração da teoria dos quatro discursos.

“Que quer ele [o Outro] de mim?”, surge como resposta um sujeito que se oferece como objeto do desejo do Outro – *eu serei, o que imagino que, o Outro quer que eu seja*. Então, para Lacan, é pela via do desejo e do objeto que causa o desejo, que o sujeito é constituído, sendo que é do lugar dessa *ex-sistência* do sujeito que é o lugar do ser.

Figura 1 – Grafo do Desejo parcial



Fonte: Lacan, em “Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano” ([1960 c] 1998, p.829).

Nessa perspectiva lacaniana, a aquisição da linguagem se dá com o processo de *alienação* em que o sujeito tem de fazer uma “escolha forçada” em se alienar ao significante do Outro que se oferece como transmissor da linguagem. Lacan se apoiou em Hegel para justificar a necessidade do *infans* em escolher se alienar ao Outro que é visto como o tesouro dos significantes, sem falhas e que poderá ajudá-lo a se organizar simbolicamente. A frase “*A bolsa ou a vida*” é utilizada por Lacan ([1964 a]1998, p.20; grifo do autor) para exemplificar que, com a escolha pela linguagem, haverá uma perda do sujeito de ter uma relação direta com as coisas e, a partir desse momento, haverá uma mediação através da linguagem (LACAN, [1964 a]1998).

A segunda operação de constituição do sujeito é a *separação* em que o *infans* expulsa ativamente um significante que está presente no campo do Outro. Essa operação é caracterizada com um posicionamento do sujeito em relação ao desejo do Outro. A criança percebe que a mãe, que se apresentava como onipotente no primeiro momento, é desejante e ocupa um lugar no desejo do Outro.

No processo de separação, a criança não apenas percebe que já não satisfaz completamente ao desejo da mãe, que busca algo além dela, mas também identifica a existência de um terceiro lugar que é ocupado pelo Nome-do-Pai que barra o Desejo-da-Mãe por ela. Lacan denomina essa operação como “Metáfora Paterna”. A partir do desejo do Outro, ela se percebe também como desejante, e, como o desejo é a falta de algo, o sujeito torna-se barrado, faltante através da operação de castração. É importante ressaltar que castração é um conceito que, segundo Chemama (1995, p.30), para Freud, é um “conjunto das consequências subjetivas, principalmente inconscientes, determinadas pela ameaça de castração, no homem, e pela ausência de pênis, na mulher”, enquanto, para Lacan, é um “conjunto dessas mesmas consequências, enquanto determinadas pela submissão do sujeito ao significante”.

Nessa perspectiva, o sujeito para a psicanálise é o sujeito do desejo, o sujeito do inconsciente e não está ligado à noção de sujeito cidadão psicossocial. O sujeito psicossocial é reconhecido como indivíduo quando ele não é inimputável pela justiça e usufrui dos seus direitos e deveres. O sujeito do inconsciente é constituído através do trabalho clínico através da escuta que “é um instrumento fundamental para fazer advir este *sujeito*” (RINALDI, 2006, p.144; grifo da autora). Entretanto, para a psicanálise, existem diferenças entre o sujeito na estrutura neurótica e o sujeito na estrutura psicótica. Então, será necessário examinar o sujeito na psicose, para que se possa estabelecer o dispositivo do tratamento na clínica do sujeito.

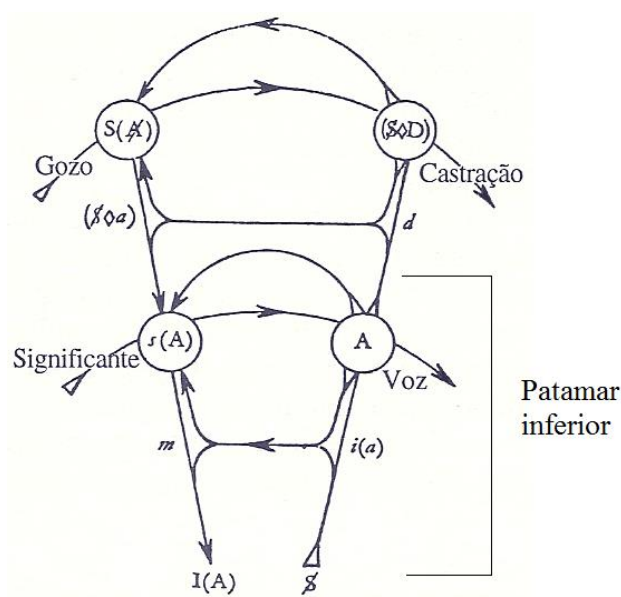
2.3 O SUJEITO NA PSICOSE

O estudo da psicose pela psicanálise foi iniciado por Freud (1911) com a construção do caso clínico Schreber. Posteriormente, Lacan retomaria o estudo desse caso e iria estabelecer as bases para que se possa realizar um tratamento possível para a psicose. Lacan ([1977] 1992, p.9) afirma que a “psicose é aquilo frente ao qual um analista não deve retroceder em nenhum caso”. Assim, é tratando os sujeitos em crise ou em surto psicótico que se pode franquear a eles a possibilidade de fazer uma reconstrução das suas interpretações, mas, para tanto, é preciso que o analista não recue ante as alucinações e aos delírios.

É através do matema da metáfora paterna que, na teoria lacaniana, o sujeito neurótico resolve o problema do enigma do desejo da mãe (*d*). Essa operação pode ser identificada a partir da formulação pela criança para o Outro da pergunta “*Che vuoi?*” (Que queres?).

É a partir do Outro que se apresenta como desejante $S(A)^{16}$ e possibilita aos significantes incidirem sobre o corpo da criança, fazendo com que ela seja inserida no campo da linguagem, que ocorre, então, o processo de separação, e o *infans* pode advir como sujeito na estrutura neurótica. Já na psicose, o Outro se apresenta como sem faltas (A), a criança fica presa no patamar inferior do *Grafo do Desejo* no processo de alienação, não permitindo que formule a pergunta “*Che vuoi?*”, cujo esquema pode ser visto no Grafo do Desejo completo na Figura 2 a seguir. Assim nessa perspectiva, a criança não realiza o ciclo de constituição do sujeito, não se separa da mãe, ou seja, não sofre o processo de castração característico do terceiro tempo do Édipo com o processo de separação. É por esse motivo que, segundo Lacan, o psicótico fica submetido aos significantes provenientes do Outro (A).

Figura 2 – Grafo do Desejo completo



Fonte: Adaptado de Lacan, em “Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano” ([1960 c]1998, p.831).

Na psicose, acontece “o retorno no real daquilo que foi rechaçado de linguagem” (LACAN, [1973]2003, p.524-525), evidenciando que, na estrutura da psicose, não ocorre a inclusão de um significante fundamental, mas a forclusão do significante Nome-do-Pai, cuja função é dar sentido ao desejo do sujeito, que antes estava enigmático.

¹⁶ $S(A)$ é o significante da falta do Outro (A). Desse modo, “O grande Outro é a linguagem. O grande Outro é o inconsciente. É uma Outra cena. Não que o inconsciente seja a condição da linguagem, mas que a linguagem seja a condição do inconsciente. Para escrever corretamente seu matema deveria escrever $[S(A)]$, o que se lê como: falta um significante no grande Outro. Isto implica que o grande Outro também seja barrado, o que se pode ler como: o grande Outro não existe.” (GERBASE, 2010, p.26)

A falta do significante Nome-do-Pai, que tem a função de barrar o gozo sem limites, impede a construção de pontos de estofo que possibilitem fazer a amarração da cadeia significante. É a ausência do significante Nome-do-Pai no nível do Outro que caracteriza a psicose. Na operação de separação, o Nome-do-Pai é o significante que permite ao sujeito ter acesso à significação fálica e dar sentido a seus significantes, construir a estrutura neurótica e ser incluído na ordem simbólica.

A psicose é caracterizada como o fracasso da metáfora paterna e, por esse motivo, o psicótico se posiciona como objeto do Outro, a quem é atribuída uma totalidade sem furo e sem falta. Por isso, Lacan ([1964 b]1998, p.866) afirma que “Freud nos revela que é graças ao Nome-do-Pai que o homem não permanece preso ao serviço sexual da mãe, que a agressão contra o Pai acha-se no princípio da Lei, e que a Lei está a serviço do desejo que ela institui pela proibição do incesto”. Desse modo, é o significante Nome-do-Pai, o significante da castração, que estabelece uma barreira ao gozo e permite que seja realizado o processo de separação. Assim, é graças ao Nome-do-Pai que a criança não permanece alienada aos caprichos da mãe, entretanto também se deve levar em consideração a influência da própria criança nesse processo através da “contingência do ouvir”¹⁷ (GERBASE, 2010, p.27).

Uma hipótese possível para a direção do tratamento na psicose é a de que a foraclusão, a falta da metáfora paterna, pode ser compensada, ou seja, pode-se fazer uma nova abordagem com suplências dos Nomes-do-Pai. A suplência de significante é algo que Lacan defendia, passando do Nome-do-Pai, para os “Nomes-do-Pai no plural, que pressupõe uma distinção entre a função e o termo que sustenta a função”, sendo, desse modo, necessário que se desenvolva “uma clínica dos substitutos do Nome-do-Pai, dos diferentes termos que a clínica nos apresenta e que exercem a função de estabilizadores” (SOLER, [1937]2007, p.205) para o sujeito psicótico. Nessa perspectiva, não se pode “pretender curar o delírio, pois ele mesmo já é uma tentativa de cura da foraclusão do Nome-do-Pai” (QUINET, 2011, p.101-102).

Na psicose, existem dois momentos, ou seja, o da estabilização e o do desencadeamento. É a identificação com o desejo da mãe, “uma espécie de identificação postíca” (SOLER, [1937]2007, p.19) que permite ao psicótico se estabilizar no imaginário e manter o equilíbrio antes do desencadeamento da psicose. Para Lacan ([1957-1958]1998, p.572), na psicose, “a identificação pela qual o sujeito assumiu o desejo da mãe, ela desencadeia, por ser abalada, a dissolução do tripé imaginário”, ou seja, a psicose é

¹⁷ Segundo Gerbase (2010, p.27): “A contingência do ouvir é a significância que o sujeito dá ao dito do grande Outro”, ou seja, “Entre aquilo que é emitido e aquilo que é recebido, há uma contingência do que é ouvido, que limita muito a responsabilidade dos pais para com seus filhos, além do fato de que eles mesmos sofrem os efeitos daquilo que mais lhe escapa, os efeitos do inconsciente”.

desencadeada quando a identificação com o desejo da mãe é abalada e ocorre a dissolução do imaginário. Existe uma diferença na dissolução do imaginário entre a psicose e a neurose, pois, durante a constituição do sujeito na neurose, quando a identificação com o desejo da mãe é abalada durante o processo de separação, o sujeito neurótico dá lugar para a construção da sua fantasia ($\$a$).

Levando em consideração os aspectos explicitados acima, a direção do tratamento possível na psicose se dá com a busca da estabilização do sujeito psicótico. Para Freud ([1911]1987), a partir da construção do caso clínico Schreber, o delírio deveria ser incluído no tratamento da psicose. Entendo também que a estabilização do mundo imaginário é uma das maneiras possíveis que o sujeito psicótico encontra para manter sua estabilização.

A transferência na clínica da neurose é um fator fundamental para que a análise ocorra e oriente a direção do tratamento, pois é fácil identificar a posição do analista como objeto a no discurso analítico, sendo que o recalamento está na base do sintoma neurótico. Já na psicose, a transferência pode ser um elemento desencadeador e deve ser considerado dentro da sua especificidade, já que tradicionalmente o psicótico é visto pela impossibilidade de fazer laço social. Na psicose, o “trabalho do delírio é o próprio sujeito que se encarrega, solitariamente, não do retorno do recalcado, mas dos ‘retornos no real’ [do] [...] significante que surge sozinho, fora da cadeia do sentido” (SOLER, [1937]2007, p.185;186).

Devido à dificuldade de manejar a transferência na psicose, Lacan argumenta, como dito anteriormente, que o analista deve ocupar a posição de “secretário do alienado”, ou seja, o analista deve “ocupar um lugar compatível com aquele que é alojado pela forclusão em cada caso” (COSTA; FREIRE, 2010, p.77) e acolher os significantes que o sujeito psicótico traz sem remetê-lo, pela interpretação, a uma nova significação. Para Lacan (aula de 10 de novembro de 1967, p.15), o psicótico carrega o objeto a “no bolso”, pois, com a forclusão do Nome-do-Pai, a operação de separação não se completa na psicose. Assim, é necessário que o analista escute o sujeito psicótico, identifique o que desencadeou os delírios, as alucinações, e acompanhe suas construções e estabilizações (LACAN, [1955-1956]1988).

O trabalho da psicose tem suas características próprias, com diversas formas de realizar o tratamento do real, entretanto implica em certa responsabilização do sujeito no trabalho de civilizar seu gozo até torná-lo suportável. Para isso, é necessário que o analista possa acolher “a singularidade do sujeito psicótico, como a de qualquer outro sujeito [...] e suportar aquele que não é escravo da lei fálica” (SOLER, [1937]2007, p.191; 192).

Para que haja um tratamento possível na psicose, é necessário fazer com que o gozo, mesmo sem o aparelhamento da lei do Nome-do-Pai, possa entrar nos limites do discurso, ou

seja, dos laços sociais, sendo necessário “restaurar aquilo que é desatrelado na perseguição e no desastre do imaginário pelo deslocamento das identificações, de tal sorte que o gozo entre na dialética do discurso” (SOLER, [1937]2007, p.203). Como exemplo desse aparelhamento, podemos compreender que o delírio é um modo singular de o sujeito psicótico lidar com o real não simbolizado, e “ocupa na psicose um lugar homólogo ao do trabalho da transferência na neurose, que é também um remanejamento significativo” (SOLER, [1937]2007, p.201).

A psicanálise e a clínica do sujeito buscam ajudar o sujeito psicótico a identificar os mecanismos capazes de sustentar a identificação imaginária estabilizadora da estrutura psicótica. Quando a psicose é desencadeada, essa posição não se invalida, pois se pode ajudar o sujeito a trazer à tona significantes pertinentes para a sua reestabilização, capazes de dar contorno ao que não foi simbolizado e que retorna no real. Assim, é através da posição de secretário do alienado que o analista poderá manejar a produção delirante do psicótico proporcionando uma suplência em favor da estabilização da sua estrutura.

2.4 O CASO OTTO E A DIREÇÃO DO TRATAMENTO NA PSICOSE

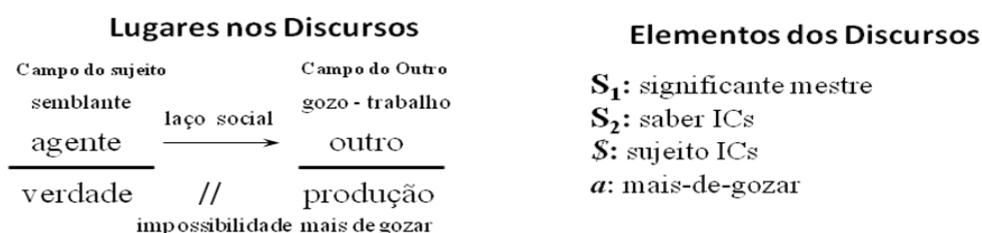
Um dos casos de psicose discutidos na reunião técnica é bastante elucidativo para se discutir a abordagem ao sujeito psicótico do ponto de vista da psicanálise. São utilizados fragmentos de relatos desse caso discutido pela equipe multidisciplinar do CAPS que foram observados, tomando como referência a teoria dos quatro discursos de Lacan, com vista a identificar a presença do discurso analítico entre os outros discursos presentes num CAPS.

É necessário alertar que não existe nenhuma hierarquia entre os discursos, havendo somente uma relação suplementar entre eles. Cada discurso tem suas características próprias de fazer o laço social. A realidade de cada sujeito é expressa através de cada um deles, porém não se pode ficar fixado apenas em um discurso, pois, para que um discurso exista para um sujeito, é necessário que também existam os outros discursos.

Os discursos foram elaborados por Lacan inicialmente no *Seminário 17: o avesso da psicanálise* ([1969-1970]1992) e posteriormente no *Seminário 19:... ou pior* ([1971-1972]2012). Lacan, baseado em Freud, identificou quatro formas de as pessoas se relacionarem com as outras: governar, fazer desejar, psicanalisar e educar, que formarão os laços sociais a que ele nominou como discursos do mestre, da histérica, do analista e universitário. Os discursos têm quatro lugares fixos: agente (semblante), outro (gozo ou

trabalho), verdade e produção (mais-de-gozar), que podem ser localizados na Figura 3 (abaixo).

Figura 3 – Lugares e elementos dos discursos



Fonte: Adaptado de Lacan, no *Seminário 17* ([1969-1970] 1992, p.161), no *Seminário 19* ([1971-1972] 2012, p.65) e em *Radiofonia* ([1970]2003, p.447).

Os elementos que estão situados no quadrante superior se relacionam e estabelecem um laço social, mas, no quadrante inferior, existe uma impossibilidade ou desenlace na relação. Lacan ([1972-1973]1996, p.127) define essa impossibilidade como o que “*não pára de não se escrever*” (grifos do autor), que indica o real da estrutura. Lacan ([1966]1998, p.72) defende, quando cria os discursos, “a retomada pelo avesso do projeto freudiano”, cuja base são as palavras, a linguagem. Assim, os discursos se põem em funcionamento a partir do ato e da repetição, tocando em algo do real, por isso que um discurso é sem palavras, mas é formado por letras. Desse modo,

O S₂ é a repetição do S₁. A repetição, conceito fundamental da psicanálise, é retomada por Lacan no campo do gozo, a partir de Freud. Trata-se da repetição da primeira experiência de satisfação: estamos sempre buscando repeti-la e sempre fracassando em alcançá-la, sempre rateando, pois o gozo pleno é impossível. Quando S₁ se repete não é mais o S₁ e sim o S₂. Eis o paradoxo da repetição. É uma repetição de gozo, mas que implica o reencontro com a falta de gozo. Essa repetição que não cessa forma a própria rede de significantes – eis o saber inconsciente S₂, o qual se constitui, portanto, através da repetição do S₁ comemorando o gozo. (QUINET, 2009, p.31).

Para Lacan, é a impossibilidade da relação sexual que faz com que o *falaser*¹⁸ busque através dos diferentes discursos um laço social que possa aparelhar seu gozo. Lacan ([1972] 2003, p.454) afirma que “não há relação sexual”, pois sempre resta algo insistindo, pedindo “mais ainda”, e nos incita a repetidas tentativas na busca de fazê-la existir. Assim, Lacan

¹⁸ Lacan utiliza o termo *falaser* como “o contrário de falta-a-ser, é o sujeito mais o corpo, é o sujeito mais a substância gozante.” (MILLER, 2015, p.87-88). Para Lenita Bentes, “O corpo fala e isso é o falasser” (2014, p.18). Já para Jairo Gerbase (2015, p.112), o “falaser é um termo que vem substituir o termo inconsciente” na segunda metade do percurso da obra lacaniana.

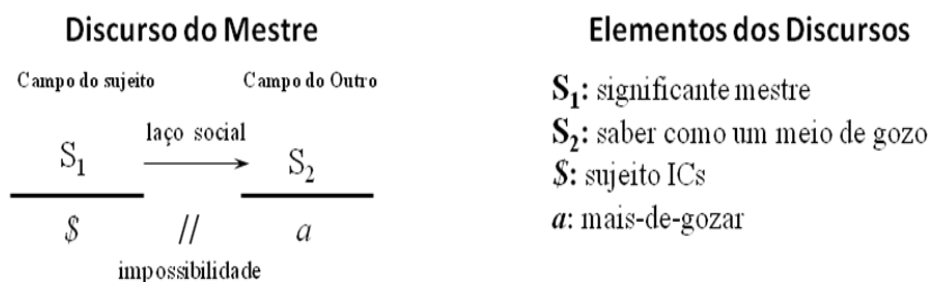
explica que “O amor é impotente, ainda que seja recíproco, porque ele ignora que é apenas o desejo de ser Um, o que nos conduz ao impossível de estabelecer a relação dos... A relação dos quem? – dos sexos” ([1972-1973] 1996, p.14; grifos do autor)

Mas não existe gozo sem o corpo, sendo que o corpo é feito para gozar, então a direção do tratamento visa o aparelhamento desse gozo pela fala que habita um corpo pulsional, um corpo que se torna uma substância de gozo. É por isso que Lacan ([1975]1997) explica na aula de 25/11/1975:

Entre o corpo como ele se imagina e o que o liga (ou seja, o fato de falar) o homem se imagina que ele pensa. Ele pensa enquanto que ele fala. Esta fala tem efeitos sobre seu corpo. [...] O real não é o mundo exterior, é também a anatomia, tem a ver com o corpo inteiro. Trata-se de saber como isso tudo se enlaça.

O discurso do mestre, apresentado na Figura 4 abaixo, é a primeira forma de discurso e expressa o governar através do significante mestre (S_1).

Figura 4 – Discurso do Mestre



Fonte: Adaptado de Lacan, no *Seminário 17* ([1969-1970]1992, p. 161) e em *Radiofonia* ([1970]2003, p. 447).

Esse discurso é o primeiro, pois representa a estrutura da linguagem através da operação de alienação que “se enuncia a partir desse significante que representa um sujeito ante outro significante” (LACAN, [1969-1970]1992, p.18). O discurso do mestre é o discurso da civilização, que já foi trabalhado desde Freud com o texto “Mal-estar na Civilização”, de 1930, e mostra o momento da constituição do sujeito com o aparelhamento da pulsão pela linguagem.

Nesse matema, o significante mestre (S_1) é agente e quer que o escravo (S_2) produza objetos (a), para que ele possa gozar, entretanto nada quer saber sobre a verdade do seu

sintoma, ou seja, do sintoma do sujeito (\$). O sujeito, então, se apresenta como efeito da linguagem e está assujeitado à estrutura da linguagem e do discurso. Para Lacan ([1969-1970] 1992, p.41), o S_1 é “a lei situada nesse lugar que chamo de dominante no discurso do mestre”.

Entre o lugar de produção ocupado pelo objeto a e o lugar da verdade ocupado pelo sujeito (\$), “há aqui, com efeito, no andar inferior, uma barreira” (LACAN, [1969-1970] 1992, p.101), ou seja, existe uma interdição, uma descontinuidade, em que não é possível uma relação com a fantasia ($\$a$).

No discurso do inconsciente, que pode ser compreendido através do discurso do mestre, um significante representa o sujeito para Outro significante, entretanto, na crise da psicose, falta a significação fálica que não possibilita esse deslizamento significante, sendo atribuído esse lugar do Outro ao gozo. É por isso que Lacan ([1966]2003, p.221) define a “paranoia como identificando o gozo no lugar do Outro”. Colete Soler ([1937]2007, p.47) ressalta que o “Outro que ‘não existe’, que é ‘deserto de gozo’, a paranoia o faz existir como aquele que goza”. É por esse motivo que, na erotomania, conceito utilizado por Freud e Lacan, o sujeito psicótico fica identificado com o gozo no lugar do Outro.

Foi Freud que nos ensinou que, na erotomania, existe uma necessidade de projeção em que o sujeito acredita que, apesar de declarar o seu amor, a iniciativa partiu do outro e o sujeito fica na posição de objeto. No delírio, o sujeito psicótico formula: “Eu não o amo – eu a amo, porque ELA ME AMA” (FREUD, [1911]1987, p.86; grifo do autor). Assim, a erotomania é um caso de paranoia que, devido ao fato de o sujeito psicótico não conseguir localizar seu gozo, este se coloca na posição de objeto do gozo do Outro, sendo que isso se traduz em uma exigência imperiosa do amor erotomaniaco.

Tomando como base os discursos de Lacan, fui pesquisar o caso Otto, que provocou, nas reuniões da equipe multidisciplinar do CAPS, discussões sobre como deve ocorrer o manejo clínico em situação de crise. Tal situação foi importante para identificar a presença da clínica do sujeito na prática de um profissional com formação psicanalítica.

Foi em uma reunião técnica que ocorreu a apresentação inicial do caso em que foi afirmado, pelo técnico de referência, que “Otto tem um elevado nível educacional, é aposentado por uma instituição pública e trabalhava como professor quando seu pai faleceu e ocorreu o seu primeiro surto psicótico. Nessa época, ele desenvolveu uma erotomania que causou diversos problemas com seus vizinhos que não gostavam da sua presença na região, pois diziam que o seu comportamento ameaçava sexualmente as mulheres e as filhas das suas famílias. Por esse motivo, havia relatos de seus parentes de que ele já tinha sido surrado,

cortado com cacos de garrafa e internado diversas vezes em hospitais psiquiátricos o que marcou sua vida, pois desenvolveu um ‘pavor de ser trancafiado’”.

Nessa perspectiva, o técnico de referência elaborou uma hipótese diagnóstica de psicose, sendo que Otto estava delirando e com pouca aderência ao tratamento e aos dispositivos clínicos oferecidos pelo CAPS. Este caso possibilitou examinar a presença do dispositivo da psicanálise em meio a outros dispositivos clínicos oferecidos pelos CAPS.

Para que seja entendida a função do delírio, que é muito importante para a construção de casos clínicos na psicose, devemos retornar a Freud. O complexo de Édipo foi estabelecido por Freud como o que possibilita a sustentação do sujeito na estrutura neurótica com a sua realidade psíquica. Nessa perspectiva, Lacan afirma, na aula de 14/01/1975, que para Freud:

O que ele chama de realidade psíquica tem perfeitamente um nome, é o que se chama complexo de Édipo. Sem o complexo de Édipo, nada da maneira como ele se atém à corda do Simbólico, do Imaginário e do Real se sustenta. ([1974-1975]1996, p.18).

Foi desse modo que Lacan, retornando a Freud, explicou que foi essa a solução encontrada pelo sujeito (\$) com o encontro traumático com a linguagem, de que restou um objeto (*a*) excedente de gozo e que não pode ser simbolizado. Assim, o gozo é o “que resta ao falante por estar imerso na linguagem”, e “o gozo primitivo, mítico, que Freud supôs ao termo do processo primário, com a inserção do aparato significante, está perdido, e é isso que instaura a função do desejo” ((RINALDI, 2002, p. 56).

O gozo do Outro, da linguagem, está ligado a um saber, por isso o gozo pode ser aparelhado, compreendido em um determinado tipo de discurso. O sujeito, buscando fazer frente ao desejo do Outro (*A*), desse furo na linguagem, elabora uma fantasia ($\$ \diamond a$) que possibilita uma articulação com o indizível e o posiciona nos discursos através da sua forma de gozo.

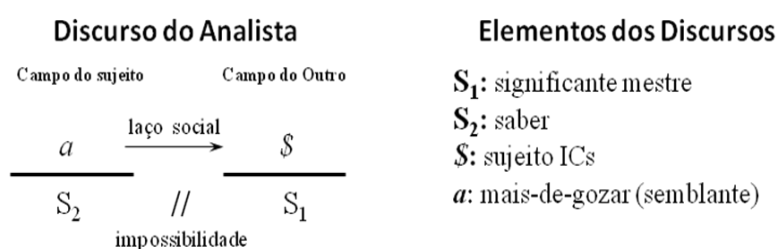
Já o que caracteriza a psicose é que o sujeito não passa pelo segundo e terceiro tempo do Édipo, ou seja, ocorre a forclusão do significante Nome-do-Pai, que, “pela carência do efeito metafórico, provocará um furo correspondente no lugar da significação fálica” (LACAN, [1957-1958]1998, p.564). O Nome-do-Pai tem o efeito de um significante metafórico que realiza uma organização simbólica no sujeito. Assim, quando “o sujeito é chamado a responder em oposição simbólica ao Nome-do-Pai e este não comparece, dá-se o desencadeamento psicótico” (GUERRA, 2007, p.113).

Na psicose, devido à falta do significante Nome-do-Pai que propicia a metáfora na cadeia significativa, o sujeito psicótico fica submetido ao furo que ocorre no significado. Então, é iniciado remanejamentos de significantes, favorecendo uma desordem na dimensão imaginária, até que o sujeito psicótico possa estabelecer uma relação entre os seus significantes e significados, que serão estabilizados através da construção dos seus delírios (LACAN, [1957-1958]1998). É por isso que o delírio, na psicose, tem uma função equivalente à da fantasia para a neurose, ou seja:

O delírio psicótico é uma tentativa de reconstruir estes laços, através da construção de uma outra realidade e, por isso, é um sintoma positivo, uma tentativa de cura empreendida pelo próprio sujeito, que deve ser levado em conta e não abolido. (RINALDI, 2010, p. 132).

O discurso do analista, apresentado na Figura 5, a seguir, foi de grande importância para a direção do tratamento no caso Otto, pois é o único discurso que está aparelhado para tratar o real. É por esse motivo que Lacan ([1971-1972] 2011, p.64) afirma que o “que define um discurso [...] é o que determina o real. [...] Para situá-lo, não há outro caminho senão o [...] discurso analítico”.

Figura 5 – Discurso do Analista



Fonte: Adaptado de Lacan, no *Seminário 17* ([1969-1970]1992, p. 161) e em *Radiofonia* ([1970] 2003, p. 447).

Nessa perspectiva, o discurso do analista é concebido a partir do exercício da ética psicanalítica em que deve ocorrer o tratamento do sintoma – que tem sua origem no real – através da fala. Esse discurso “é a mola da transferência” (LACAN, [1969-1970]1992, p. 35) e favorece a articulação do sujeito com os outros discursos, possibilitando a sua inclusão nos laços sociais. Esse discurso é conhecido como o avesso do discurso do mestre, na medida em

que é contrária a posição de domínio exercida sobre o outro. Lacan ressalta que o discurso do analista também está sempre presente quando ocorre a passagem de um discurso para o outro.

Para que o discurso analítico tenha efeito e a linguagem funcione como suplência à não relação sexual, ao impossível, o analista deve exercê-lo na clínica com o objetivo de que “esse discurso possa suportar e completar os outros discursos” (LACAN, [1972-1973]1996, p. 66). Então, podemos compreender que:

A psicanálise como “discurso” (O Discurso Analítico) inaugura uma nova forma de tratar o pior, incluindo-o na aposta desde o início do jogo, embora, ao acolher um sujeito e sua dor singular, ela também se disponha a acolher os outros discursos, ou seja, as diversas possibilidades desse sujeito tratar a impossibilidade. (FINGERMAN, 2005, p. 44).

Assim, quando o sujeito chega para iniciar o tratamento, geralmente traz consigo uma história que é o suporte para o seu gozo, sendo que essa “historização” (LACAN, [1976] 2003, p.568) ocorre desde o seu relato no acolhimento, que é realizado por um técnico no CAPS.

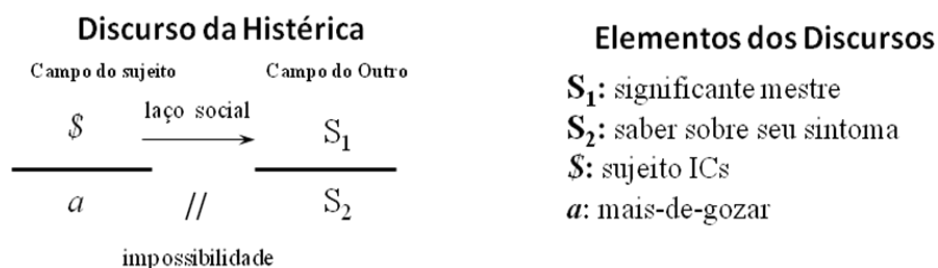
O psicólogo, na clínica do sujeito, aposta que existe um sujeito, mesmo na psicose. Então, é pela histerização do discurso que irá deslocar a posição do sujeito, que antes estava submetido no discurso do mestre, ao assujeitamento dos significantes do outro. Assim, é no discurso histórico que o sujeito ocupa a posição de agente do discurso. A dúvida é se o sujeito psicótico poderá histerizar o seu discurso, mas Gerbase (2012) explica:

[...] não disse que a histeria pode virar paranoia, nem mesmo disse que a paranoia pode virar histeria, disse que o paranoico pode historizar seu discurso posto que a paranoia é igualmente um fato de discurso. O paranoico continuará paranoico, porém com um discurso histerizado, historizado. Isto, certamente implicará em uma estabilização.

Nessa perspectiva, Lacan ([1970]2003, p.435) situa o “discurso do mestre como avesso do discurso do psicanalista”, apontando uma impossibilidade da passagem direta de um discurso para o outro, sendo necessária a histerização do discurso, ou seja, passar pelo discurso da histórica.

Dessa maneira, para que ocorra o tratamento, é preciso que haja a histerização do discurso sustentado pela transferência, pois quando “histeriza seu discurso, faz dele um sujeito” (LACAN, [1969-1970]1992, p.32), o que pode ser visto na Figura 6 (abaixo), no Discurso da Histórica.

Figura 6 – Discurso da Histérica



Fonte: Adaptado de Lacan, no *Seminário 17* ([1969-1970] 1992, p. 87) e em *Radiofonia* ([1970] 2003, p. 447).

Através do uso e da presença do discurso analítico, o psicólogo buscou, então, realizar o aparelhamento do gozo de Otto, ou seja, procurou a estabilização do sujeito psicótico no imaginário e inserindo-o nos laços sociais. O técnico de referência buscou conduzir o tratamento com Otto colocando-o na posição de sujeito, ou seja, colocando-o na posição de agente do discurso e oferecendo um lugar de onde ele pudesse falar sobre suas questões e possibilitasse a construção dos seus delírios como uma forma de expressar a sua realidade psíquica e as adversidades da vida. Foi constatado, através do relato do psicólogo na reunião técnica, que ele se colocou na posição de secretário do alienado, proporcionando-lhe um tratamento com vistas ao restabelecimento da transferência e dos laços sociais.

Nesse sentido, Lacan ([1955-1956]1988), quando se refere ao secretário do alienado, provavelmente estava fazendo uma crítica à obra do psiquiatra francês Jean-Pierre Falret (1794-1870), que propunha um papel ativo ao psiquiatra, se ele quisesse “conhecer as tendências, as direções do espírito, e as disposições de sentimentos, que são a fonte de todas as manifestações, não reduzam vosso dever de observador ao papel passivo de secretário dos enfermos, de estenógrafo de suas palavras, ou de narrador de suas ações” (FALRET, 1864, p. 123)¹⁹.

Contrapondo-se a essa perspectiva, Lacan ([1955-1956]1988, p.238) afirma que, “Metodologicamente, estamos, portanto, no direito de aceitar o testemunho do alienado”, ou seja, “contentar-se em ser o secretário do alienado é ter a postura ética de tomar ao pé da letra o que o alienado diz” (MENDONÇA, 2012, p.83). Lacan argumenta que o psicanalista nessa

¹⁹ “[...] si vous voulez connaitre les tendances, les directions d'esprit, et les dispositions de sentiments, qui sont la source de toutes les manifestations, ne réduisez pas votre devoir d'observateur au rôle passif de secrétaire des malades, de sténographe de leurs paroles, ou de narrateur de leurs actions” (FALRET, 1864, p. 123). Tradução de Costa e Freire (2010, p. 72).

posição não é quem fala e demonstra o seu saber, mas franquia a fala ao alienado, pois é ele que detém o saber sobre a sua doença. Então,

Secretariar o alienado é, portanto, assumir o fazer ativo de analista frente à fala do psicótico. É ser ao mesmo tempo testemunha de suas construções e barreira ao gozo invasor. É não retroceder diante da psicose. É buscar o manejo da transferência psicótica com o objetivo estratégico de barrar o gozo do Outro. É apostar em sua capacidade de criar, não se fiando no papel de déficit imposto ao psicótico por outras disciplinas. (MENDONÇA, 2012, p. 84).

Continuando com o caso clínico Otto, com fragmentos da construção do caso discutido nas reuniões técnicas, foi afirmado que “Otto tem fama de ser ‘agressivo’ e teve que mudar de residência diversas vezes devido ao assédio que insistia em realizar contra as mulheres. Ele frequentava outro CAPS, mas teve de ser transferido, pois desenvolveu uma paixão erotomaniaca pela psiquiatra e a perseguiu em diversos lugares”. A questão sobre a “agressividade” ou ato agressivo, será tratada no Capítulo 4 em que é discutido o conceito de ato sobre o ponto de vista da atenção psicossocial e da psicanálise.

Seu caso foi discutido algumas vezes nas reuniões, pois demandava cuidados por diversos profissionais da equipe. Otto deixou de frequentar o CAPS, não tomava os remédios e não frequentava os dispositivos da instituição. Na reunião técnica, foi afirmado que “a não aderência aos tratamentos disponibilizados contribuiu para que ele viesse a se descompensar, voltando a beber e a manifestar vários sintomas psicóticos entre os quais alucinações visuais e a erotomania”.

Nesse sentido, esse relato pode ser analisado com base na ética do bem-estar do participante do serviço de saúde mental, em que a sua desestabilização é atribuída a não aderência aos dispositivos clínicos disponíveis atualmente no CAPS e pela interrupção no tratamento médico devido a sua recusa em tomar os remédios indicados pela psiquiatria. Entretanto, pela ética de bem dizer o sintoma, utilizada pela psicanálise, pode-se acrescentar que a escuta do sujeito foi interrompida, e assim advieram as manifestações da psicose e seus fenômenos. No próximo capítulo, é desenvolvida uma abordagem sobre as diversas éticas presentes no CAPS e suas repercussões no tratamento clínico.

O relato do caso continuou sustentado na ética do bem-estar, pois foi afirmado em uma reunião técnica que o “seu estado de humor alterado fez com que ele quebrasse uma vidraça de um banco e por isso foi preso”. O ato de quebrar uma vidraça, entre outros atos agressivos, como hipótese, provavelmente foi atribuído à alteração no seu estado de humor, resultante do

desequilíbrio em seu estado psíquico, o que seria um reflexo do seu corpo biológico que não estava compensado devido a ter deixado de tomar as medicações recomendadas pela psiquiatria. Conforme dito anteriormente, retomarei essa questão no Capítulo 4 em que é analisado o conceito de ato tanto do ponto de vista da atenção psicossocial como, em contraponto, ao que é considerado pela psicanálise.

Continuando a discussão do caso, foi afirmado nas reuniões técnicas que os familiares de Otto, principalmente sua irmã, davam um apoio razoável, porém solicitaram ajuda ao CAPS para lidar com essa situação que voltou a se agravar com a recusa de Otto em frequentar a instituição. O técnico de referência de Otto era um psicólogo com orientação psicanalítica, que trabalhou não somente na posição de secretário do alienado, como buscou que o sujeito pudesse advir e ocupasse a posição de agente do discurso, com o objetivo de que ele voltasse ao tratamento e formasse laços sociais. Um fragmento de uma passagem que mostra esse aspecto muito importante na clínica do sujeito, ocorreu em um dia em que Otto foi procurado por telefone pelo psicólogo. Otto mandou o técnico de referência “tomar no c...” e, em seguida, desligou o telefone. Isso poderia indicar um sinal da presença da transferência e do manejo clínico realizado pelo psicólogo nos atendimentos realizados antes de Otto ter deixado de frequentar o CAPS?

O técnico não tomou essa atitude como pessoal e foi até a casa dele juntamente com outros membros da equipe. Foi então que Otto pediu desculpas, dizendo que tinha realizado o ato desrespeitoso porque acreditava que era um trote. O psicólogo combinou para que ele fosse ao CAPS mais tarde, para ter uma conversa individual.

No final da tarde, Otto compareceu ao CAPS embriagado e em pleno surto psicótico. O psicólogo realizou o atendimento individual, fez a escuta analítica e tentou negociar que ele voltasse para a terapia e seguisse as recomendações da psiquiatria.

Nesse momento, Otto questionou ao técnico de referência sobre o uso dos medicamentos e perguntou: “Essa é a condição para eu ficar aqui?”. O psicólogo respondeu com outra pergunta: “o que você acha?”. Após essa pergunta, Otto resolveu ir embora, mas voltou no outro dia pela manhã, tomou os remédios e decidiu retornar ao tratamento clínico com a escuta analítica.

O sujeito, na posição de agente do seu discurso, possibilitou a volta ao tratamento, estabelecendo um tipo de laço social. Essa atitude evitou o agravamento do seu quadro e a possibilidade de uma nova internação em um hospital psiquiátrico. A postura do psicólogo evitando utilizar o saber preestabelecido do discurso universitário e deixando de lado o discurso do mestre, possibilitou, com o discurso analítico, a valorização do saber não sabido

que está do lado do sujeito, favorecendo a Otto ocupar a posição de agente, característico do discurso histérico. A sua estratégia de secretariar o alienado visou o fortalecimento da transferência, tornando possível o aparelhamento do gozo e da formação do laço social.

Assim, o atendimento de Otto foi possível ao ser utilizado o discurso do analista aplicado frequentemente na ética psicanalítica, viabilizado através da constatação da presença eventual da psicanálise na estrutura institucional formada com a criação dos CAPS. Esse advento se tornou viável, apesar de a clínica do sujeito fundamentada na psicanálise ainda não ser uma ética que oriente os dispositivos clínicos que favoreçam a escuta nas práticas em saúde mental nessa nova estrutura proveniente da reforma psiquiátrica no Brasil.

A ética psicanalítica é de bem dizer o sintoma, que se orienta pelo desejo. O psicanalista utiliza o discurso analítico e oferta ao sujeito uma escuta individual, pois acredita não só que os sujeitos são diferentes entre si, mas também que os tratamentos uniformizados oferecidos em grupo inviabilizam a manifestação do sujeito. É através da escuta analítica e da transferência que o sintoma para o neurótico ou o delírio no caso da psicose poderão ser tratados, e isso ocorrerá a partir da produção do sujeito do inconsciente como resultado de um trabalho clínico (RINALDI, 2006).

A clínica do sujeito valoriza a singularidade de cada sujeito, sendo que, para Fernando Tenório (2001 a, p.123), “tanto a reforma psiquiátrica quanto a psicanálise apostam que na psicose há sujeito, [sendo que] no caso da psicanálise esse pressuposto contém a ideia de que esse sujeito se produz como efeito do trabalho clínico”. Assim, o trabalho na clínica psicanalítica da psicose deve buscar criar condições para assimilar essa lógica existencial do psicótico e permitir a construção dos pontos de localização do sujeito. Entretanto Tenório nos faz um alerta de que o psicótico

[...] em certos momentos ou situações, pode não suportar a exigência de ter que responder como sujeito. Assim, o trabalho consiste não em fazer apelo a um sujeito que não pode responder, mas sim em criar as condições para que ali, numa existência aniquilada pela psicose, se produza essa possibilidade. (TENÓRIO, 2001 a, p. 124).

Já a clínica psicossocial, que foi a inspiração para a constituição dos CAPS, utiliza a ética do bem-estar e o “discurso do mestre, na medida em que se parte de um modelo pré-estabelecido a partir de um saber apriorístico e universal sobre o que é bom para o sujeito” (RINALDI, 2006, p. 145).

Então para que possa ocorrer uma mudança dessa situação, faz-se necessária uma clínica baseada no sujeito, fundamentada no “*discurso do analista*, que se apresenta como o

avesso do *discurso do mestre*, uma vez que pressupõe um esvaziamento de saber prévio para que o analista possa escutar o psicótico e seguir com ele o caminho que ele mesmo traça para o seu tratamento” (RINALDI, 2006, p.146; grifos da autora).

O tratamento clínico no CAPS é geralmente baseado no método psicoterápico em vez da utilização do método psicanalítico, que é fundamentado na escuta do sujeito e na livre associação. O tratamento psicoterápico é baseado na “sugestão, que visa restabelecer um estado de saúde e de bem-estar” ao portador de transtorno mental, sendo que o lugar do saber “na sugestão se localiza no terapeuta e na psicanálise emerge na fala do analisante como saber inconsciente”, como ressalta Rinaldi (2006, p.145), que ainda alerta:

No campo da saúde mental, o discurso da reabilitação presente nas novas práticas de *cuidado* parece se adequar mais à psicoterapia, pois têm em comum com esta um trabalho baseado na sugestão e no convencimento, que circula no campo da compreensão e da pedagogia, visando o melhor para o sujeito. O próprio significante “cuidar” está presente também na definição de terapia, como tratamento que procura restaurar um estado de saúde. (RINALDI, 2006, p.146; grifo da autora).

Sendo assim, a prática institucional nos CAPS é dominada pelo discurso do mestre por ser normalizadora e associada aos ideais de bem e de cura, além de impor aos “profissionais e usuários do serviço uma série de obrigações que terminam por desconsiderar a subjetividade tanto de uns quanto de outros” (RINALDI, 2006, p.146).

Um alerta foi dado por Doris Rinaldi (2006, p.147) de que o CAPS, utilizando-se somente da prática de reabilitação psicossocial, “corre o risco de reproduzir o modelo tutelar e excludente – nesse caso, do sujeito – que pretende combater”, por esse motivo é necessário examinar a ética psicanalítica utilizada na clínica do sujeito.

3 AS ÉTICAS PRESENTES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A palavra ética possui diversos significados, sendo abordados através de vários pontos de vista, tais como o filosófico, que visa orientar a melhor maneira de viver e conviver; a ética profissional, que busca regulamentar as condutas e a maneira de agir de diversas categorias de trabalhadores; a ética da nossa cultura como “tudo o que diz respeito ao bem, ao justo, ao digno, àquilo que é moralmente adequado” (COSTA, 1996, p.27); a ética psicanalítica de bem dizer o sintoma; e a ética do bem-estar na área psicossocial da saúde mental.

Nessa perspectiva, atualmente, a ética da saúde mental está baseada na ética da prática psiquiátrica e psicossocial, que tem três vertentes segundo expressa Costa (1996): a ética da tutela, que considera o “indivíduo enquanto privado de razão e de vontade” (p.29), a ética da interlocução em que o indivíduo é convidado a “definir aquilo que é melhor para si” (p.31) e a ética da ação social, que considera o indivíduo como cidadão, tendo como “modelo a ética pública” (p.32).

A ética, para a psicanálise, está diretamente ligada à clínica. O pensar, para Freud, não é equivalente ao ser, pois também sou onde não penso. É nas formações do inconsciente, na descontinuidade da cadeia significante que o sujeito aparece. A ética psicanalítica não está ligada à ontologia, na busca sobre o ser e o não ser, mas ao desejo, é “um problema de querer ser” (BRODSKY, 2004, p.27).

O conceito de sujeito passa a ser um componente ético quando Lacan ([1965-1966] 1998, p.873) afirma que “por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis”, e isso é um elemento fundamental utilizado pela clínica do sujeito no tratamento com a psicose em que o sujeito é convidado a querer ser, a se implicar no seu sintoma, a se tornar agente do seu discurso e o responsável principal pelo tratamento do seu gozo e sua inserção nos laços sociais.

O termo clínica na área de saúde mental modificou seu sentido após a reforma psiquiátrica, dando outra dimensão à clínica médica, sendo mais apropriado chamá-la de clínica ampliada, pois “inclui todos os procedimentos de atenção psicossocial, incorporando, como agentes destes procedimentos profissionais de diferentes áreas” (RINALDI, 2003, p.99). Acredito que também esta se configura como uma das principais diferenças entre a clínica psicanalítica, em que o atendimento é realizado pelo psicanalista em seu consultório e a clínica do sujeito, pois esta última está vinculada à clínica ampliada, em que o atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar, sendo que atualmente, em alguns CAPS, o

Projeto Terapêutico Individual (PTI)²⁰ já contempla o atendimento individual realizado pelo psicólogo.

A ética psicanalítica é a ética do desejo, ou a ética de bem dizer o sintoma, sendo que é através da palavra, da fala, que é conduzido o tratamento do gozo e, dessa forma, pode haver a possibilidade de inclusão dos psicóticos nos laços sociais. A ética de bem dizer o sintoma é a ética que orienta a psicanálise e sua relação com os casos clínicos e, em certa medida, ela permeia a discussão e construção do caso Peter que será abordado do próximo tópico. A ética de bem dizer o sintoma considera que as palavras produzem um efeito na direção do tratamento, sendo necessário buscar dizer, mesmo quando as palavras não surgem.

É através da transferência e da ética psicanalítica que a palavra produz um efeito no desenvolvimento do tratamento, sendo necessária a associação livre para que o bem dizer sobre o sintoma se vislumbre numa psicanálise. Desse modo, o método psicanalítico é caracterizado pela associação livre e pela cura pela fala, fazendo advir o sujeito do inconsciente no trabalho da clínica.

A função principal da fala para a psicanálise não é comunicar, mas produzir efeitos significantes. Os significantes são elementos singulares da linguagem, sendo que, como foi dito anteriormente, o significante em si não significa nada. O significante é incorpóreo e se realiza pela diferença com outro significante.

É através do amor de transferência e do discurso analítico que a ética psicanalítica poderá ser exercida e realizar o tratamento do real do sintoma, sabendo-se que o “sintoma não é definível senão pelo modo como cada um goza do inconsciente, na medida em que o inconsciente o determina”, como diz Lacan ([1974-1975] 1996), em sua aula de 18 de fevereiro de 1975.

Como foi visto anteriormente, devido à influência da reforma psiquiátrica italiana nas criações dos CAPS no Brasil, a ética psicanalítica que é utilizada pela clínica do sujeito ainda é pouco presente nos CAPS. A reforma psiquiátrica no Brasil privilegiou a cidadania como forma de inserção das pessoas com transtornos mentais no convívio social, tendo como base a ética do bem-estar para o sujeito cidadão e, como fundamento no tratamento clínico, a ética médica psiquiátrica.

²⁰ Projeto Terapêutico Individual (PTI), também conhecido como Projeto Terapêutico Singular (PTS), é um planejamento das atividades que devem ser oferecidas aos participantes dos serviços do CAPS, sendo elaborado pelo Técnico de Referência (TR) em conjunto com o participante e, posteriormente, discutido com a equipe multidisciplinar. O PTI deve levar em consideração a necessidade singular do sujeito e possibilitar o seu acesso aos dispositivos disponíveis, tais como: consulta com o psiquiatra, acompanhamento no consultório com o psicólogo, oficinas de arte, terapia ocupacional em grupo, atividades com o educador físico, acompanhamento pela assistente social das condições de vida do sujeito com visita domiciliar, reunião com familiares, etc. Nem sempre todos esses dispositivos são oferecidos ou estão disponíveis nos CAPS.

3.1 A ÉTICA MÉDICA PSIQUIÁTRICA E DO BEM-ESTAR NO CAPS

A ética, de uma forma geral, é um modo de regulação de valores compartilhados que busca dar sentido às decisões e ações das pessoas, de um determinado segmento da sociedade ou de uma classe profissional. A ética nessa perspectiva é uma deontologia que indica um caminho certo para a conduta dos profissionais e as ações que devem ser seguidas.

Por sua vez, os CAPS possuem equipes multiprofissionais com diversas práticas na área da atenção psicossocial, tais como psicologia, psiquiatria, enfermagem, farmácia, serviço social, terapia ocupacional, oficinas de arte e preparação física, que tem vários objetivos distintos, entre eles, o de promover o cuidado aos sujeitos cidadãos, realizar o tratamento clínico, a inserção das pessoas com transtornos mentais na sociedade e a atenção às demandas do dia a dia. Desse modo, podemos constatar que existem diversas éticas atuando dentro do CAPS, entre as quais, a ética médica psiquiátrica.

Como foi abordada anteriormente, a ética psiquiátrica tradicional foi apoiada no modelo tutelar de cuidados, sendo necessário que os indivíduos, para realizar os tratamentos, fossem excluídos dos meios de produção e da sociedade, fato que foi modificado com o advento da reforma psiquiátrica. Atualmente, os tratamentos médicos que envolvem as áreas de enfermagem e farmácia, são baseados na elaboração de diagnósticos e na utilização de medicamentos que possam minimizar o sofrimento psíquico dos sujeitos e por terapias orientadas por psicólogos, com abordagens, de modo geral, do tipo cognitivo-comportamental.

Dessa maneira, a área médica recebe, muitas vezes, a denominação de “psiquiatria biológica”, que é um termo utilizado para “designar a abordagem da doença mental em termos de transtornos atribuídos ao funcionamento cerebral, bioquímico, verificáveis experimentalmente, tratáveis prioritariamente pela intervenção química dos fármacos” (TENÓRIO; ROCHA, 2006, p.56). Assim, a ética psiquiátrica tem um enfoque:

Ciosamente fundada numa causalidade fisiológica do sofrimento psíquico, tal ética opera por exclusão da subjetividade, sobretudo daquilo que, desta, pode se expressar no protagonismo necessário do indivíduo para ação no processo de se tratar; como saber inconsciente do sujeito sobre o sofrimento de que se queixa, e mesmo de qualquer saber. (COSTA-ROSA, 2011, p. 745).

Nessa perspectiva, entretanto, existem muitas críticas que consideram “inequívoca a função social da psiquiatria reformada implicada nessa retomada do paradigma médico-psiquiátrico pela via do agenciamento do ‘manicômio químico’, peça essencial da sua nova estratégia” (COSTA-ROSA, 2011, p.745).

Nesse sentido, a ética médica geralmente utiliza o discurso universitário com um saber *a priori* do que é bom ou inadequado no cuidado dispensado às pessoas portadoras de transtornos mentais. Utiliza também o discurso do mestre, pois determina que seja necessário realizar determinado procedimento, com o objetivo de alcançar os resultados esperados, sendo o tratamento focado na eliminação dos sintomas que estão descritos nos manuais de psiquiatria. Desse modo:

[...] sob o pretexto da remoção sintomática, pela adição medicamentosa exclusiva ou preponderante, o mais comum é que as terapêuticas do suprimento reforcem o sentido tautológico já presente nas queixas e sintomas. Não é incomum que os sujeitos medicalizados ou submetidos às psicoterapias “da consciência” percebam ressurgir, ou mesmo redobrar-se, a angústia do sintoma. (COSTA-ROSA, 2011, p.754).

Outra ética que está presente no CAPS é a ética do bem-estar social, baseada na “ética do cuidado”, formado principalmente pelas áreas de serviço de assistência social, terapia ocupacional, oficinas de arte e preparação física. Essa é uma ética que está fundamentada na “preocupação com o que se deve ou não fazer, de acordo com o senso humanitário corrente ou com os códigos estabelecidos pelas disciplinas profissionais que atualmente trabalham nesse campo da Saúde” (COSTA-ROSA, 2011, p.744). A ética do bem-estar é predominante na área da atenção psicossocial, sendo que:

[...] hoje é a diretriz inclusive legal da assistência psiquiátrica pública e se constitui em uma espécie de paradigma de cuidados à doença mental grave, paradigma este caracterizado por uma ampliação do escopo das intervenções no sentido de tratar a psicose no próprio meio social e promover as condições para uma existência mais favorável do doente mental grave, aí incluído o objetivo de preservar ou resgatar os laços de pertencimento social do paciente. (TENÓRIO; ROCHA, 2006, p.56).

Essa ética também utiliza o discurso universitário com um saber *a priori*, pois existem dispositivos tais como as oficinas terapêuticas, visitas ao local de moradia dos participantes dos serviços do CAPS e seus familiares, atividades lúdicas que são estabelecidas como práticas que favorecem o bem-estar dos participantes. O tratamento atualmente realizado consiste em “levar o paciente a um funcionamento mais favorável ao seu pertencimento à

convivência social, na família, com os vizinhos, num trabalho, nas relações sociais possíveis, uma maior autonomia pessoal etc. – enfim, um ‘bom funcionamento’” (TENÓRIO; ROCHA, 2006, p.57).

Desse modo, a ética do bem-estar tem a função de identificar e estabelecer princípios operativos para a atuação dos profissionais, procurando as melhores práticas para lidar com os participantes do serviço do CAPS visando a sua reinserção na sociedade.

3.2 O CASO PETER E A ÉTICA PSICANALÍTICA

O segundo caso abordado neste trabalho foi nominado de Peter, e se trata de um sujeito de 19 anos que foi transferido de um CAPS infantil para o CAPS II. Peter mobilizou bastante a atenção da equipe multidisciplinar, conforme afirmado nas reuniões técnicas, “devido ao seu comportamento hiperativo e agressivo” o que demandou dos profissionais um saber lidar específico com a singularidade desse sujeito.

Este caso foi selecionado para a pesquisa, pois conduziu a uma reflexão sobre a importância da presença do discurso analítico na equipe multidisciplinar do CAPS e o lugar da psicanálise entre os dispositivos oferecidos por essa instituição. Na “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola”, Lacan ([1967] 2003, p.251) explica que a psicanálise em extensão está ligada à função “presentificadora da psicanálise no mundo, e psicanálise em intensão, ou seja didática, como não fazendo mais do que preparar operadores para ela”. Dóris Rinaldi (2002, p.54) explica o que significa a psicanálise em extensão para Lacan:

[...] diz respeito à transmissão da psicanálise não apenas pela via das instituições psicanalíticas, pelo ensino ou pelo testemunho que os analistas aí podem dar de seu percurso, mas também por sua prática no âmbito das instituições públicas de assistência, nas quais, por meio de laços sociais múltiplos, ela se defronta com outros discursos que sustentam diferentes práticas no campo da saúde mental.

Logo no início deste caso, foi realizado o acolhimento da mãe de Peter que compareceu sozinha ao CAPS, porém foi orientada a voltar juntamente com seu filho. A gerente do CAPS telefonou para a psicóloga do CAPSi, que marcou sua ida à nova instituição para passar informações sobre Peter, mas informou que “não foi possível devido ao carro ter quebrado”.

Na carta de encaminhamento do CAPSi, existia o diagnóstico de “Transtorno de desenvolvimento – com autismo”, mas foi necessário que a equipe telefonasse para a antiga instituição para obter mais dados sobre seu quadro clínico.

É importante frisar que o diagnóstico, na atual conjuntura do serviço de saúde mental, tende a deixar de ser um rótulo ou uma etiqueta médica, tendendo a uma discussão prévia e a sua formulação pela equipe multiprofissional do CAPS. Desse modo, o diagnóstico passa a ser visto como uma consequência da construção do caso clínico, sendo passível de reformulações e baseado em hipóteses levantadas. Como afirma François Leguil (1989, p.69), o diagnóstico,

[...] diferentemente de uma etiqueta, é um dos meios de se orientar num tratamento para dizer, do lugar onde nos põe o paciente, o que permite sua efetuação, até mesmo – foi esse o caso – que não a permite totalmente. Demarcação na estrutura, traço do que se liga na transferência, primeiro sedimento ou emblema rudimentar de um impossível, juntando num mesmo vocábulo o sintoma e o que o completa, um diagnóstico tem, portanto compromisso com o cuidado em dispor as primeiras coordenadas da experiência.

Foi diante desse contexto que ocorreu o segundo acolhimento e o primeiro contato com Peter, realizado por um psicólogo, que buscou elaborar uma hipótese diagnóstica sobre a estrutura clínica de Peter, levando-o a afirmar, na reunião técnica, que “Peter pode ter tido na sua infância uma psicose não desencadeada, pois não existiam características presentes de autismo”.

O psicólogo, após essa primeira entrevista, afirmou que “Peter demonstrou grande vontade de namorar, mas sua mãe disse que nenhuma mulher irá querer ficar com ele”. O psicólogo, após realizar a escuta clínica de Peter, debateu esse caso clínico com a equipe multidisciplinar e demonstrou interesse em atendê-lo individualmente, havendo indícios do estabelecimento de um processo de transferência, importante para a prática psicanalítica.

Foi elaborado e discutido na reunião técnica, em conjunto com a equipe multidisciplinar, um Projeto Terapêutico Individual (PTI) para Peter em que constava o atendimento médico-psiquiátrico, uma escuta individual com um psicólogo e a participação nas oficinas terapêuticas, que incluíam atividades com o preparador físico e a criação artística.

Durante as reuniões técnicas, alguns técnicos afirmaram que, para que fosse possível ocorrer uma estabilização adequada de Peter, seria “necessário também tratar a sua família”, entretanto disseram que “não existiam dispositivos na estrutura do CAPS voltados para realizar o tratamento de familiares”.

Após duas semanas, o psicólogo ressaltou que Peter “mexe com todo mundo e fica agressivo quando não é atendido em suas demandas”, mostrando para a equipe a necessidade do envolvimento multidisciplinar para a construção e discussão do caso. Para que isso pudesse acontecer, foi necessário fazer circular um saber que advém do sujeito e não dos profissionais, e, em razão disso, Figueiredo (2010, p.15) defende o ponto de vista de que a construção de um caso clínico em uma instituição pública de saúde mental deve ocorrer

[...] *a partir* dos elementos fornecidos pelo sujeito, e não da convergência de saberes múltiplos dos profissionais que, no máximo produzem um saber *sobre* o sujeito. Essa construção é parcial e recorrente, e exige que se mantenha certa atenção e cuidado para possibilitar de fato um acompanhamento do usuário através da construção do caso. (Grifo da autora).

É necessário que, além da construção do caso em equipe, possa haver a “circulação do caso como meio permanente da sua construção”, sendo importante acompanhar o itinerário do sujeito “nos diferentes serviços e dispositivos, para tecer a própria rede ao tecer o caso” (FIGUEIREDO, 2010, p.15). É preciso que haja uma escuta contínua de Peter, pois o “caso é sempre uma construção sobre o que se recolhe do sujeito, que anda na frente, se move, demanda, ou se esquiva, sempre surpreendente”, como explica Figueiredo (2010, p.16), que, sob essa perspectiva, também recomenda:

As indicações da psicanálise para o trabalho em equipe se ampliam e se pulverizam na tessitura da rede, como em um mosaico. A partir daí devem ser recolhidos os elementos como pedaços, ou mesmo estilhaços, para tecer o ‘caso’. O processo se complexifica em ‘construção-circulação-construção’ [...]. Todos estão concernidos e implicados no processo em um continuum. Mas o caso não é o sujeito e nunca um recobrirá o outro.

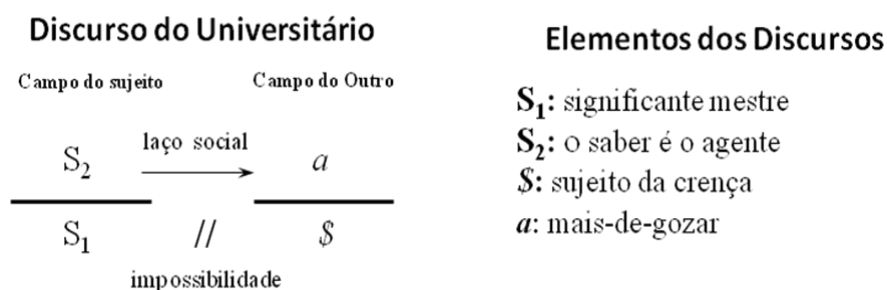
O psicólogo enfatizou que, para “Peter, não tem muita negociação, sendo que, quando ele é contrariado, existe grande probabilidade de ele ‘atuar’ [*acting-out*]²¹, por esse motivo deve-se evitar ‘bater de frente com ele’”. O psicólogo recomendou ainda, para a equipe, que, “se for necessário, falem com Peter de uma forma firme, porém acolhedora, pois ele não aceita ser afrontado”. É importante ressaltar que Peter tinha começado a ser atendido individualmente pelo psicólogo com orientação psicanalítica, ou seja, estava sendo iniciado o tratamento clínico envolvendo uma escuta analítica.

²¹ *Acting-out* é um conceito que será definido no próximo tópico.

A gerente acredita que Peter, inicialmente, se adaptou relativamente bem à rotina e aos dispositivos oferecidos pelo CAPS. Ela pediu calma para os colegas de Peter e funcionários quando aconteceram os conflitos, sendo que, nessas ocasiões, a gerente pediu para falar a sós com ele. Solicitou também para “darem boas vindas para Peter”, que respondeu favoravelmente. Ressaltou que tem observado que, em alguns momentos, Peter quer ficar só, mas, quando ele fica em euforia, “todos devem ficar atentos ao seu elevado tom de voz e solicitar para que ele fale mais baixo”.

A equipe técnica, no primeiro momento, apostou no discurso do universitário, representado na Figura 7 (abaixo), que visa o educar e é dominado pelo saber que ocupa o lugar de agente, porém agora esse saber não é inconsciente. A ciência é considerada como um saber universal, desse modo, o imperativo nesse discurso é o saber, que se torna totalizante.

Figura 7 – Discurso do Universitário



Fonte: Adaptado de Lacan, no *Seminário 17* ([1969-1970]1992, p.161); e em “Radiofonia” ([1970] 2003, p.447).

O participante do serviço de saúde mental, nesse discurso, ocupa uma posição passiva como objeto, com sua ignorância sobre seu gozo no lugar do outro. O “ S_1 , significante-mestre que constitui o segredo do saber” (LACAN, [1969-1970]1992, p.175) se torna um saber tirânico, pois acredita ser detentor da verdade. Entretanto a verdade do sujeito é rejeitada, o que resulta em um sujeito excluído, levando-o a acreditar e desacreditar na ciência ao mesmo tempo. Esse discurso é tradicionalmente utilizado no discurso médico psiquiátrico, que coincidentemente também é utilizado na fala do psicótico, sendo que este último detém a certeza de saber. É importante salientar o que nos alertam Dóris Rinaldi e Sônia Alberti (2009, p.541):

Vivemos atualmente um momento de máximo risco frente ao recrudescimento impressionante da forclusão do sujeito! Diante do que não temos outra saída senão fortalecer nossa prática com atos que se sustentem em nossa teoria, nossa formação de psicanalistas e nossa consequente particularidade ética, ao contrário do que se pensava antes, de que é preciso adaptá-las ao discurso médico para se fazer ouvir.

Continuando o estudo do caso, o psicólogo ressaltou, em uma reunião técnica da equipe do CAPS, que “é como se houvesse uma ‘cola’ entre o usuário e sua mãe, sendo que Peter mantém um ideal de pai preservado”. Provavelmente, o psicólogo acreditou que existiria uma possibilidade de que esse pai possa buscar exercer a função paterna e estabelecer uma espécie de barreira ao gozo sem limites de Peter. Deve-se tomar essa possibilidade com cautela, pois, para Lacan ([1956-1957]1995, p. 355), o pai está sempre aquém da sua função, ou seja, “o pai, ao mesmo tempo em que está ali, não é um absoluto capaz de suportar a função estabelecida que responde às necessidades da formação mítica correta, ao mito do Édipo em seu alcance universal”.

Um obstáculo observado pela técnica de referência é que “o pai de Peter é constantemente desautorizado pela mãe devido a não querer pagar a pensão alimentícia. Sua mãe vive de fazer jogo do bicho e tem uma relação muito difícil com Peter, por esse motivo ela procura constantemente interná-lo, apesar de dizer que ‘ele é outro Peter’ a partir do tratamento que tem sido realizado pelo CAPS e dos atendimentos individuais. A mãe fala como se o CAPS fosse a sua última esperança”.

A apoiadora institucional²² participou de uma reunião técnica em que foi discutido o caso clínico Peter. Ela é uma psicóloga que tem uma abordagem psicanalítica e disse que “a mãe de Peter age como se tivesse uma ‘boca de jacaré’²³ da teoria lacaniana, fato que é

²² Segundo o Ministério da Saúde, o apoiador institucional tem “o objetivo de fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, resignificando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. [...] o apoiador institucional integrado deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir as organizações. [...] Em síntese, podemos afirmar que o trabalho do apoiador institucional integrado envolve uma tríplice tarefa – ativar coletivos, conectar redes e incluir a multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos para produção de objetivos comuns, ampliando a capacidade de tecer uma rede de compromissos, de contratualização entre sujeitos” (BRASIL, 2011, p.16). Para Mori e Oliveira (2009, p.629): “O apoio institucional é definido como acompanhamento qualificado do trabalho de equipes e tem, como característica principal, a oferta de estratégias metodológicas para implementação das diretrizes e dispositivos da Política. Ação de consultoria que coloca, em análise, os métodos de trabalho instituídos; incentiva trabalho cooperativo em equipe, de modo democrático, participativo e cogido; estimula troca dos saberes, enfrentamento das disputas de poder, circulação de afetos, análise dos movimentos institucionais e criação de processos de trabalho que não distanciem as atividades da gestão e da atenção”.

²³ Na teoria lacaniana, o termo “boca de jacaré” se refere ao desejo canibalístico da mãe perante seu filho como se ainda ele fizesse parte do seu corpo. Lacan [1969-1970] 1992, p.105) afirma que o “papel da mãe é o desejo da mãe. É capital. O desejo da mãe não é algo que se possa suportar assim, que lhes seja indiferente. Carreia

agravado devido ao pai do usuário ser constantemente desautorizado por ela”. A apoiadora ressaltou que “para que o trabalho se desenvolva, é necessário consolidar a transferência entre Peter e os profissionais envolvidos no seu tratamento. A equipe tem buscado valorizar o pai de Peter, convocando-o a assumir a função paterna”. A apoiadora salientou a importância da família na vida e na estabilização do quadro clínico de Peter. Deve ainda ser ressaltado que o limite ao gozo avassalador de Peter pode ser possível através da continuidade do trabalho da escuta analítica de sua fala, ou seja, considerando Peter como sujeito e agente do seu discurso, ele poderá buscar civilizar o gozo do Outro que o mantém como objeto.

Conforme histórico colhido no CAPS infantil e visita que foi realizada na casa de Peter, a técnica de referência afirmou de que “ele viveu muitas situações de cárcere privado proporcionado pela mãe. Os vizinhos já denunciaram ao Ministério Público sobre essa situação que realizou várias ações, entretanto, quando Peter foi questionado, negou essa informação, dizendo que tinha as chaves”.

Conforme as falas dos técnicos do CAPS observadas em uma reunião técnica, “Peter não conseguiu estudar em escolas da rede pública, não sabe ler e escrever, mas tem boa habilidade artística. Essa habilidade foi percebida quando ele construiu dois carrinhos com materiais recicláveis e doou para um bingo que foi realizado no CAPS, indicando também uma vontade de contribuir com o grupo. Sua mãe tem três filhos, cada qual com um pai diferente. Seu pai se separou de sua mãe em uma relação conflituosa, trabalha no interior e disse que, se Peter morasse com ele, poderia ser morto pelos traficantes devido às atitudes intempestivas do seu filho. Existe uma suposição de que o irmão mais velho de Peter abusava sexualmente dele quando era criança”.

Nas atividades das oficinas do CAPS, Peter gosta de produzir arte e quer vender suas criações ganhando algum dinheiro. Alguns profissionais do CAPS compram algumas peças para ajudá-lo, apesar de existir uma concepção de que não se pode “ter uma relação pessoal com o paciente”.

A técnica de referência visitou a casa de Peter e afirmou que “ele mostrou o seu território para mim, sendo que os vizinhos demonstraram ter certa tolerância com ele”. A técnica constatou que “Peter às vezes pede dinheiro, mas ao entrar em uma loja comercial mostra intimidade com o ambiente sem ser incomodado pelo proprietário”. A mãe de Peter vende geladinho, e a técnica perguntou como ele poderia ganhar seu próprio dinheiro, então surgiu a ideia de ele fazer geladinho no CAPS, o que foi, posteriormente, descartado, pois a

mãe de Peter alertou sobre os riscos envolvidos, e ela não queria ser responsabilizada se algo errado acontecesse.

Uma técnica de enfermagem informou, na reunião técnica, que “Peter toma altas doses de medicamentos (antipsicótico típico e anti-hemético) receitados pela psiquiatra, e, mesmo assim, não faz diminuir o seu comportamento agitado. Toma medicamento injetável de 10 em 10 dias, sendo que logo que toma a dose melhora um pouco, mas logo em seguida volta a ‘incomodar’ os outros usuários e aos funcionários do CAPS”.

Continuando o seu relato, a técnica disse que “devido à repetição constante de seu comportamento agressivo”, ela resolveu advertir Peter de que iria ligar para seu pai. Como ele não modificou seu comportamento, ela resolveu ligar para o pai de Peter. Em represália, Peter danificou o carro da técnica, que afirmou na reunião: “Quero distância de Peter” e completou: “Meu limite acabou, pois ele danificou meu carro, sou ameaçada por Peter, então vou manter distância dele”.

Os técnicos afirmaram que a mãe de Peter gostaria de transferir a responsabilidade do controle sobre seu filho para os profissionais do CAPS. Entretanto, transferir a função paterna para a equipe pode ser uma convocação ao Nome-do-Pai foracluído e, assim, funcionar como um agente desestabilizador, o que pode estar provocando as atuações de Peter.

Outra técnica afirmou, em uma reunião técnica, que “o pai do usuário diz que Peter bate nele, por isso ele bate mais em seu filho, até ele cair”. A técnica acrescentou que “Peter tem uma forte identificação com seu pai, por isso ele diz: ‘Sou igual ao meu pai’”. Nessa passagem, pode-se observar que a lógica da força física e da violência tem permeado a relação de Peter com seu pai e não a lógica de um dizer que convoca uma responsabilização do sujeito pelo que diz e pelo que faz.

Foi ainda discutido, em uma reunião técnica, que Peter estava participando de uma oficina do CAPS e não aceitou o resultado de uma atividade que estava sendo desenvolvida. A técnica falou para o grupo: “Não vamos parar o bingo por causa de Peter. Peter é quem tem que sair”. Logo em seguida, “Peter saiu xingando e chutando as cadeiras”. Pode-se notar, nesse fragmento do caso, que Peter quase sempre está fora de controle, fora do contexto das atividades desenvolvidas no CAPS. Esse fato deve ser tomado como um exemplo de repetição constante para que a equipe possa lidar com essas situações, pois, caso contrário, isso só servirá para reforçar a posição subjetiva de Peter.

O psicólogo que faz o acompanhamento individual de Peter ressaltou alguns dos impasses no tratamento clínico que propiciam obstáculos na direção dos trabalhos realizados com Peter no CAPS. Por exemplo, para o psicólogo, a técnica, ao afirmar que “era Peter que

teria que sair da oficina”, se arriscou ao afrontá-lo diretamente com sua autoridade, sendo que esta é uma fala característica do discurso do mestre, o que coloca Peter na condição de objeto. O psicólogo ainda acrescentou: “Se o grupo todo ficar contra Peter, confirmará a ideia de que todos o perseguem e ele explodirá como aconteceu”. Ressaltou que “não temos que abrir mão sempre, mas temos que saber lidar com isso, ele não suporta limites”. A técnica que coordenou o grupo, depois de ouvir o psicólogo e os outros membros da equipe, perguntou: “Então, o que vamos fazer com Peter, já que ele ameaça todo mundo o tempo todo?”.

Em outra ocasião, um técnico ressaltou uma atitude singular de Peter e afirmou que “Peter, após ser atendido individualmente pelo psicólogo, foi pedir desculpas para uma usuária idosa obesa, que ele tinha chamado de vagabunda por ela ter retirado uma marcação que ele realizou nas cadeiras do refeitório, reservado-as para os seus amigos na hora do almoço”. O psicólogo acrescentou outras atitudes singulares que indicam certa responsabilização como resultado da escuta clínica, como no dia em que “Peter quebrou o som do CAPS, foi escutado e depois foi chamado à responsabilidade pelo seu ato. O usuário entendeu o ocorrido e procurou substituir o aparelho de som danificado”. Esses foram dois bons exemplos de um efeito do trabalho clínico da escuta com Peter em que o dizer valeu como um ato de fala e que suplantou ou substituiu a sua atuação.

Este foi um caso constantemente discutido nas reuniões técnicas, pois quase sempre surgia algum fato novo. Uma técnica, terapeuta ocupacional, tinha receio da participação de Peter nas oficinas e atividades externas, pois relatou que “o usuário jogou uma pedra na oficina de arte”. Ela esclareceu o ocorrido, contando que “Peter não gostou que eu reutilizasse a moldura do quadro da tela dele”. A técnica disse que “tinha explicado, para o usuário, a necessidade de reutilizar as molduras de todos os quadros que são pintados nos trabalhos realizados nessa oficina, pois o CAPS não tem recursos para comprar novas molduras. Explicou, entretanto, que são guardadas todas as telas após serem finalizados os trabalhos artísticos pelos usuários”.

Essa passagem ilustra como os trabalhos nas oficinas terapêuticas estão pautados pela ética do bem-estar e não se sabe como levar em consideração a ética de bem dizer o sintoma. O significante “moldura” pode ser um significante importante nesse caso, apesar de não ter sido abordado nas reuniões técnicas. “Moldura” pode significar o que faz contorno, limite, borda, sendo que é esse limite que Peter insiste em ultrapassar. Esse é um ponto da pesquisa será retomado no próximo capítulo dedicado ao ato e os discursos na clínica institucional no CAPS.

Em outra reunião técnica, foi afirmado que “Peter também se desentendeu com o técnico educador físico, jogou uma pedra nele e depois riscou a sua moto”. Mesmo com todos esses fatos, o técnico disse que “Peter briga, mas não guarda rancor. Você fala e ele cede”. A técnica de referência disse que “Peter atua, [faz *acting-out*]”, mas que “os atos devem ser mediados pela palavra”, e acrescenta: “Peter pode falar o que quiser, mas não pode fazer o que quiser”. É importante lembrar que, para Freud ([1901]1987, p.232), nem sempre os atos podem ser mediados pela palavra, pois nem sempre se pode chegar “a descobrir o sentido oculto de um ato sintomático, pois a magnitude das resistências internas que se opõem à solução entra em conta como um fator decisivo”.

Um policial militar procurou uma técnica e perguntou qual era a autonomia dele para intervir junto a Peter no caso de uma agressão. A técnica ainda disse que “ninguém consegue dar conta de Peter. No furor, ele não ouve nem enxerga nada! Depois, quando fica calmo, pede desculpas”. Outro policial que faz parte da equipe, mostrou preocupação com a ameaça de Peter em pegar sua arma, pois Peter falou: “Vou dar um murro na sua barriga e pegar a sua arma”. A técnica de referência, vendo o risco envolvido nessa situação, disse: “Vou falar para ele que ninguém deve pegar a arma de um policial” e ratificou que “são questionamentos pertinentes do PM”.

Em outra reunião técnica, o policial também disse que “o usuário fica ameaçando as pessoas, que ‘vai empurrar alguém da varandinha do CAPS’”. Peter tentou dar um susto em um colega do CAPS, que reagiu falando “que ia dar uma paulada na cabeça dele”. O policial, dirigindo-se à equipe, deu a sua opinião, observando que “a solução é valorizar Peter” e acrescentando que, “com Peter, deve-se utilizar de conversa”. A todo o momento, Peter tenta quebrar as regras e ultrapassar os limites estabelecidos pela instituição.

Apesar de a escuta de Peter ser um dos pontos mais importantes que constavam do Plano Terapêutico Individual (PTI), ao ser discutido em conjunto com toda a equipe multiprofissional, o relato foi que o atendimento individual fora interrompido. A justificativa foi de que Peter faltava muito às sessões, sendo que outros dispositivos clínicos poderiam atender, de uma forma mais adequada, ao seu perfil. Entretanto, esse era um espaço em que Peter era escutado e já estava produzindo bons resultados com algum aparelhamento do seu gozo e a busca de uma relativa responsabilização pelos seus atos. Acredito que a sua interrupção pode ter agravado o seu quadro clínico, pois, nos outros locais, não foi possível realizar uma escuta adequada do sujeito pela equipe.

O estudo do caso Peter revela que a ética do bem-estar tem criado impasses para a ética de bem dizer o sintoma, entretanto, o caso Otto revelou que a ética de bem dizer o sintoma

consegue dialogar e ser operante em meio à ética do bem-estar preponderante no CAPS. Essas duas situações opostas mostram que faltam dispositivos que levem em conta a clínica do sujeito, favorecendo a análise dos casos clínicos e possibilitando aos profissionais saberem lidar com essas situações.

Durante a realização da pesquisa, foi constatado, entre muitos outros casos, a constante atuação de Peter causando embaraços na equipe, que teve dificuldade para saber lidar com muitas dessas situações. Por esse motivo, torna-se relevante entender o que é ato para a atenção psicossocial e para a psicanálise e como os discursos podem auxiliar no manuseio dessas situações e na direção do tratamento clínico.

4 O ATO E OS DISCURSOS NA CLÍNICA INSTITUCIONAL NO CAPS

Ato se refere ao nome que se dá a uma das partes ou divisões que compõem uma peça de teatro, e também pode estar ligado ao verbo atuar ou representar. Ato pode assumir diversos significados, como um ato criminal, vinculado ao poder judiciário, ou um ato violento, percebido pela atenção psicossocial, ou um ato de fala performativo da filosofia da linguagem ou, ainda, um ato analítico da práxis psicanalítica.

A psicanálise considera que o ato tem uma potência criadora no humano, sendo que Lacan, citando Goethe, afirma, na aula de 10 de janeiro de 1967, que “No começo era a ação”, em contradição com a “fórmula joânica: ‘No começo era o Verbo’” ([1967-1968], p.79). Lacan então explica, na mesma aula (p.80), que “não há ação alguma que não se apresente, de saída e antes de mais nada, com uma ponta significante. Esta ponta significante é justo o que caracteriza o ato, e sua eficiência de ato nada tem a ver com a eficácia de um fazer”. É essa forma que Lacan ([1959-1960]1997, p.157) encontra para explicar que é através da aquisição da linguagem que o homem pode realizar uma representação da coisa, na medida em que a coisa é “o que do real padece do significante”. Desse modo “o ato é um fato significante, fato no sentido de acontecimento” (BENTES, 2014, p.31), portanto, “o significante cria e é em si mesmo o ato inaugural do sujeito” (BENTES, 2014, p.32), pois não existe sujeito sem significante.

Na realidade, existem muitas maneiras que a psicanálise entende sobre o que é um ato. No último ensino de Lacan ([1974-1975]1996, p.53), em sua aula de 18 de março de 1975, o ato tem uma função de nomeação, em que “nomear, dizer é um ato”. Dessa forma, o sujeito é responsável em “acolher a incidência da nomeação, seja pelo consentimento ou pela rejeição das marcas que tornam possível a amarração do corpo ao nome; é sempre responsável por admitir ou rejeitar o ato do qual depende sua ex-sistência²⁴ enquanto sujeito” (BENTES, 2014, p.31).

²⁴ Lacan ([1974-1975]1996, p.19) afirma, em sua aula de 14 de janeiro de 1975, que “a ex-sistência se define por relação à uma certa consistência, se a ex-sistência não é no final das contas senão esse fora que não é um não-dentro, se essa ex-sistência é de certa maneira esse em volta do que se evapora uma substância [...] nem por isso a noção de uma falha, a noção de um buraco, mesmo em algo tão extenuado quanto a existência, deixa de manter seu sentido. Pois se eu lhes disse de início haver no Simbólico um recalco, há também no Real algo que faz buraco, há também no Imaginário, Freud se deu bem conta, e foi por isso que burilou tudo que há de pulsões no corpo como estando centradas em torno da passagem de um orifício a outro”. Desse modo, a ex-sistência, que é um termo tomado emprestado da filosofia, significa in-sistência para Heidegger, e que para Lacan está situado o inconsciente, fora da consistência dos registros do Simbólico, Real e Imaginário, mas ao mesmo tempo está dentro. Isso ocorre, pois o homem está submetido à linguagem, que é um advento iluminador-velador do ser. (Cf. LACAN [1974-1975]: aula de 21/01/1975; BENTES, 2014).

Para a psicanálise, o ato também pode ser considerado através do “ultrapassamento de um limite, sempre imposto pela castração, que conduz a uma precipitação selvagem na posição do sujeito, constituindo-se em atos contra o sujeito do inconsciente que visam desfazer-se da divisão subjetiva” (REYMUNDO, 2014, p.12), e pode ser entendido por intermédio dos conceitos de *acting out* ou na passagem ao ato.

Uma característica do ato é que “está sempre no lugar de um dizer sobre a verdade” (BENTES, 2014, p.121), assim, onde falta a ética de bem dizer sobre o sintoma, o ato se faz presente, mostrando o que foi tentado ocultar. Outra característica do ato é que ele “aponta ao coração do ser: o gozo” (BENTES, 2014, p.120). Dessa forma, o ato pode auxiliar o sujeito quando o “ato aponta para uma retificação quanto ao gozo que não pode ser pensado a partir da lei” (BENTES, 2014, p.19) e, assim, o ato “modifica a posição do sujeito frente ao gozo” (BENTES, 2014, p.20), sendo que esse tipo de ato pode ser constatado através do ato analítico.

É importante entender os diversos significados do termo ato que são utilizados nos diferentes discursos pela equipe multiprofissional no CAPS. É sobre os significados de ato que se refere este capítulo, que está articulado aos discursos da teoria lacaniana na discussão a partir da construção do caso clínico Fênix e retomado o caso Peter para o entendimento da moldura ou do modelo paradoxal da clínica institucional no CAPS.

4.1 O ATO PUNITIVO E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Durante muito tempo, foi aceita a punição como forma legítima de castigo para um ato de contravenção às normas predominantes ou às leis vigentes. Existiam diversas formas de punição como a prática de castigos físicos em partes do corpo do condenado como técnica de sofrimento e a execução em praça pública. O suplício público foi substituído gradualmente por trabalhos forçados e a reclusão em prisões ou nos manicômios que, compulsoriamente, abrigavam os portadores de transtornos mentais, pois estes deveriam ser tratados fora da sociedade. Foi assim que a punição se transformou em uma parte velada da consciência moral em que o essencial é procurar corrigir, reeducar e curar (FOUCAULT, 1978, 2004).

Com o advento da Revolução Francesa (1789-1799), surgiram os ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, sendo que, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), foi proclamado que todos os povos e nações deveriam promover a paz, a democracia e

o respeito aos direitos e liberdades individuais. Foi baseado nesses movimentos e conquistas históricas, que inspiraram a elaboração de muitos códigos de ética profissionais, que foi elaborado o *Código de Ética do/da Assistente Social*, que prevê a “consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras” (BRASIL, 2012, p.23).

Nessa perspectiva, a punição para um ato violento foi sendo modificada para uma pena mais humanizada e uma possível reintegração à sociedade do infrator, com a recuperação da sua cidadania. Entretanto, o termo ato na área de saúde mental continua, na maioria das vezes, sendo utilizado como ação, conceito herdado da clínica psiquiátrica “e sublinha a violência ou a brusquidão de diversas condutas que curto-circuitam a vida mental e precipitam o sujeito numa ação: agressão, suicídio, comportamento perverso, delito, etc.” (BENTES, 2014, p.148).

Como exemplo dessa visão, podemos citar um “ato de violência” de que foi acometido o CAPS em que se desenvolveu esta pesquisa e que resultou na modificação da estrutura funcional, pois ocorreu a inclusão de dois policiais militares por dia, presentes entre a equipe de apoio aos funcionários da instituição. Esse “projeto piloto” começou a funcionar a partir do ano de 2014, devido a um ato praticado por um participante do serviço, que danificou as instalações do CAPS.

Durante a coleta de dados para a pesquisa, a pessoa que cometeu o ato contra as instalações do CAPS não fazia mais parte dessa instituição, entretanto seu ato foi mencionado diversas vezes, pelas marcas deixadas tanto nas instalações físicas como no imaginário dos profissionais. Em uma reunião, foi discutido esse caso e afirmado pelos técnicos de que “este usuário, entre muitos que são atendidos nesse CAPS, não tinha residência fixa, vivia em conflito com a lei e dizia que já tinha matado uma pessoa, sendo perseguido por traficantes de drogas. Ele já tinha passado por pelo menos outros dois CAPS na Cidade do Salvador antes de ter sido acolhido por esse serviço. O usuário afirmou que considerava esse CAPS como sua residência e por fim arrombou e passou um fim de semana na casa que sedia essa instituição. Durante a invasão, o usuário roubou pertences particulares dos funcionários e técnicos, danificou as instalações físicas do CAPS, realizando pichações e queimou seletivamente muitos prontuários”.

Esse foi considerado, então, um “ato violento” pelos técnicos e funcionários e modificou a estrutura funcional desse CAPS, o qual, no seu cotidiano, convive com muitos atos praticados pelos participantes dos serviços da instituição. Outro exemplo marcante foi um ato punitivo aplicado a Peter, que foi suspenso temporariamente de frequentar o CAPS após ter ameaçado pegar a arma de um dos policiais. O ato punitivo foi aplicado a Peter após ter

sido avaliado, pela equipe multidisciplinar, que, se ele tivesse conseguido pegar a arma do policial, poderia ter colocado em risco a vida dos seus colegas, colaboradores e técnicos.

Antes de ser aplicada a medida punitiva a Peter, uma assistente social já tinha alertado que estava “preocupada com a segurança dos usuários e técnicos”, pois tinha presenciado uma cena em que um psicólogo, “não conseguiu manter o controle em uma situação de crise”, sendo que este psicólogo era um dos poucos profissionais que tinham estabelecido um laço social devido ao processo de transferência construído com a escuta analítica individual. Ela pediu que fosse registrado na ata da reunião que, diante dos fatos repetitivos, algum dia a equipe poderia necessitar conter Peter. Desse modo, para atender a esse possível caso de emergência, ela solicitou que a médica psiquiatra fizesse uma prescrição dos medicamentos que pudessem ser aplicados em Peter caso viesse a ocorrer essa situação.

A assistente social também falou que “Peter não gosta de pedir”. A técnica acrescentou que “Peter sabe lidar com agressão, mas se você se dirigir para ele com carinho, ele não sabe lidar com a situação de ser bem tratado, e evade do lugar”. A técnica também afirmou que “Peter tem o limite na fragilidade do outro. Na verdade, nem a gente suporta Peter, mas é o nosso trabalho”. Essa frase demonstra que há uma busca de elaboração de saber sobre Peter, característico do discurso universitário. Entretanto não aparece o saber construído por Peter, pois ele, muitas vezes, não utiliza a palavra, somente atua.

Para os profissionais envolvidos na atenção psicossocial, por trás de um ato, existem questões sociais tais como a condição de vida do participante dos serviços de saúde mental e as relações familiares que influenciam decisivamente para que o sujeito cometa os atos violentos. Entretanto, na maioria das vezes, essa análise vem acompanhada por um “pedido de ajuda” para procurar entender as questões relacionadas a pulsões, impulsos, desejos e por que alguns desses sujeitos não se adaptam às práticas da instituição que buscam sua reintegração à sociedade. Essas são questões importantes e poderão ser tratadas pela clínica do sujeito, tendo como referências a teoria e a práxis psicanalíticas.

4.2 O ATO PARA A PSICANÁLISE

A psicanálise é uma *práxis* que, através da transferência, sustenta uma ética em que o profissional é parte do tratamento clínico do sujeito. A *práxis* é “o termo mais amplo para designar uma ação realizada pelo homem, qualquer que ela seja, que o põe em condição de

tratar o real pelo simbólico” (LACAN, [1964 a]1998, p.14) e a transferência não é “outra coisa senão a colocação em ato do inconsciente” (LACAN, [1967-1968], p.4, aula de 15.11.1967).

Nessa perspectiva, o ato para a psicanálise “é o inciso taciturno de uma verdade insabida” (BADIOU, 2013, p.82) do sujeito. Desse modo, um ato só pode ser tratado “*a posteriori*, a partir das coordenadas significantes que o determinaram” (BENTES, 2014, p.76). Então, a psicanálise sendo uma *práxis* se propõe através do ato analítico tratar os atos provenientes do sujeito.

O sujeito para a psicanálise é o sujeito do inconsciente que Freud subverteu do sujeito cartesiano racional e pensante. O sujeito é dividido, faltante em relação ao sentido e em relação à falta do Outro da linguagem, pois não existe um significante que o represente. É o sujeito desejante, do vir a ser. É o sujeito que advém da relação significante e não tem substância (LACAN, ([1960-1964])1998; FINK, 1998; ELIA, 2004). No campo do gozo, o sujeito “é aquele que é produzido retroativamente pela insistência da cadeia de significantes como repetição” (QUINET, 2009. p.32). A repetição deseja sempre um gozo e assinala um resto impossível de simbolizar.

A psicanálise busca que o sujeito seja agente do seu discurso e o ato seja um ato de palavra pelo qual o sujeito pode responsabilizar-se. Entretanto, o sujeito está sujeitado, de certa forma, à repetição imposta pelo inconsciente, pois este o determina, na medida em que permanece como enigma para o sujeito. Nessa perspectiva, existe um saber no inconsciente que não se sabe e que é posto em ação através do processo transferencial. Por esse motivo, Lacan ([1968-1969]2008, p.338) afirma:

[...] somente a repetição é interpretável na análise, e é isso que tomamos por transferência. Por outro lado, o fim que aponto como a captação do próprio analista na exploração do *a*, é exatamente isso que constitui o ininterpretável. Em suma, o ininterpretável na análise é a presença do analista. É por isso que interpretá-la, como já se viu, como foi até impresso, é, propriamente, abrir a porta, convidar para esse lugar do *acting out*.

Então “a transferência se apresenta como a própria atualização do sintoma e do inconsciente, como aquilo que insiste e se repete, ela se estabelece como o campo que se abre ao trabalho analítico possibilitando mudanças subjetivas” (TORRES, 2010, p. 42). É através da transferência com o Sujeito suposto Saber (SsS) e da articulação com a repetição que haverá a ocorrência de uma análise. Nessa perspectiva, para Freud, são muito importantes os conceitos de transferência, compulsão à repetição e resistência:

A transferência é relativa a uma transferência do passado esquecido, é apenas um fragmento da repetição. O paciente submete-se à compulsão à repetição que substitui o impulso a recordar, não apenas em sua atitude com o analista, mas em cada atividade ou relacionamento em sua vida. Quanto à resistência, esta será maior quanto maior e mais extensiva for a atuação (*act out*) que substitui o recordar. (BENTES, 2014, p.140; grifo da autora).

Dessa maneira, na clínica psicanalítica podemos observar o fenômeno da repetição através dos sintomas, da queixa do paciente ou daquilo que ele estranha e não é percebido em forma de ato. Um tipo de ato foi nominado por Freud ([1914]1987, p.196; grifo do autor) como *acting-out*, quando “o paciente não *recorda* coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou *atua-o* (*acts it out*)”, acrescentando que o paciente “reproduz não como lembrança, mas como ação; *repete-o*, sem, naturalmente, saber que o está repetindo”. Assim, para Freud, a recordação é uma lembrança consciente voluntária, enquanto a repetição é involuntária, inconsciente, e ocorre através de uma compulsão em forma de ato. Desse modo, “enquanto se encontra em tratamento, o paciente não pode fugir a essa ‘compulsão à repetição’ que é sua maneira de recordar” (BENTES, 2014, p.140).

Sendo assim, o *acting out* “mostra-se como tal como um sintoma, portanto, pode ser considerado um sintoma”, entretanto o “sintoma não convoca sua interpretação, enquanto essa convocação é premente no *acting out*” (BENTES, 2014, p.151; grifo da autora). Nessa perspectiva, o ato ocorre quando o inconsciente se repete de uma forma diferente da repetição do sintoma. Como ressalta Lacan ([1962-1963]2005; grifo do autor): “o *acting out* é, em essência, a mostração, a mostragem, velada, sem dúvida, mas não velada em si” (p.138), desse modo, o “essencial do que é mostrado é esse resto, é sua queda é o que sobra nessa história” (p.139).

Partindo dessas premissas, Lacan ([1953-1954]1986, p.279) não apenas afirma que o *acting-out* pode ocorrer com o “que quer que seja que se passe no tratamento [...] como se casar”, como ainda defende o ponto de vista de que, no *acting-out*, é preciso “encontrar num ato o seu sentido de palavra. Na medida em que se trata para o sujeito de se fazer reconhecer, um ato é uma palavra”. É através do *acting-out* que se realiza uma atualização da fantasia, por meio da “repetição na transferência pela via do [...] *objeto a* enquanto lugar do real” (TORRES, 2010, p. 128-129; grifo do autor).

Foi dessa maneira que se constatou, durante a pesquisa, que Peter atua fazendo constantemente o *acting-out*, repetindo-se com as suas ações. Um fato, porém, agravou essa situação, Peter deixou de participar da escuta individual e teve dificuldade de ser ouvido nas

atividades em que participou em grupo e nas oficinas. A falta de dispositivos que utilizem a clínica do sujeito tem criados impasses para o seu tratamento possa se desenvolver.

Mas existem outras formas de ato que podem estar relacionados ao pensar inconsciente, tais como o que Freud nos ensinou com os atos falhos, obsessivos, histéricos, “indicando, no âmago do sujeito, um saber que não se sabe” (TORRES, 2010, p.20). Entretanto, é importante ressaltar que um lapso é diferente o ato, pois o “primeiro é reservado à língua e à escrita, e o segundo as ações” (BENTES, 2014, p.135). O tipo mais comum de lapso ocorre “quando se diz justamente o oposto do que se quer dizer” (BENTES, 2014, p.137). Para Freud ([1916 (1915)]1987, p.50), o “lapso de língua pode, talvez, ele próprio ter o direito de ser considerado como ato psíquico inteiramente válido, que persegue um objetivo próprio, como uma afirmação que tem seu conteúdo e seu significado”.

O ato falho “é registrado e valorizado na categoria de fenômeno significativo de engendramento de um sentido” (LACAN, [1957-1958] 1999, p. 54) e é caracterizado pela abertura do inconsciente com a emergência do sujeito.

No ato falho, a palavra carrega uma intenção inconsciente, mas erra o seu alvo, “o que demonstra que todo ato falho desvela o inconsciente numa fratura, numa falha temporal onde *isso fala* como um efeito do retorno do recaiado” (BENTES, 2014, p.70; grifo do autor). Freud mostrou que “os atos falhos e os sintomas eram formações de compromisso entre a intenção consciente e o recaiado” (BENTES, 2014, p.127), entretanto ocorre “uma falha temporal em que se pode reconhecer a realização de um desejo inconsciente” (BENTES, 2014, p.20), falha essa localizada onde o ‘*isso fala*’. Para Freud o ato está na linguagem, porém fora do pensamento, daí afirmar:

Toda vez que cometemos um lapso ao falar ou escrever, podemos inferir que houve alguma perturbação devida a processos anímicos situados fora de nossa intenção; mas é preciso admitir que os lapsos da fala e da escrita frequentemente obedecem às leis da semelhança, do comodismo ou da tendência à pressa sem que o elemento perturbador consiga impor qualquer parcela de seu próprio caráter ao engano dele resultante na fala ou na escrita. Somente a complacência do material linguístico é que possibilita a determinação dos erros e, ao mesmo tempo, marca seus limites. (FREUD, [1901] 1987, p.195)

Foi baseado nesse pensamento que Lacan elaborou o aforismo “do inconsciente estruturado como uma linguagem, ou seja, não importa se há um engano ou não, o fato é que a fala e a escrita passam necessariamente pela linguagem” (BENTES, 2014, p.132).

Nessa perspectiva, por comportar um desejo inconsciente, o ato falho tem valor de fala e é “regido pelas leis da linguagem: a metáfora e a metonímia. Assim, o ato falho é a estrutura de todos os atos, com a sutileza de ser uma mensagem em tempo real” (BENTES, 2014, p.71). O ato falho como uma estrutura de metáfora se apresenta como “a própria formalização da produção de novos sentidos porque se apresenta pela substituição de um significante pelo outro” (TORRES, 2010, p.104).

O caráter simbólico do ato é um “ato da palavra” (LACAN [1953-1954] 1986, p. 64) e caracteriza o tratamento da clínica do sujeito em que “é necessário em primeiro lugar que o ato, para ser alojado no campo da ética, instaure um sujeito. Em segundo lugar, que este sujeito esteja em diálogo com outro” (TORRES, 2010, p. 52). Nessa perspectiva, todo ato tem uma dimensão simbólica, porém o ato não pode ser reduzido a sua dimensão significante. Entretanto, é importante lembrar que o sujeito é efeito da estrutura que o antecede e que vai orientar a direção do tratamento.

Partindo dessas premissas, a função do ato para a psicanálise, é um fazer que “implica profundamente o Sujeito”, como afirma Lacan (1967-1968, p.04) em sua aula de 15 de novembro de 1967. Entretanto, em sua aula de 10 de janeiro de 1967, já advertira que um “ato é ligado à determinação do começo, e muito especialmente, ali onde há a necessidade de fazer um, precisamente porque não existe” (1967-1968, p.78), ressaltando a impossibilidade de “dois fazer um” ou, em outras palavras, a de fazer existir a relação sexual. Desse modo é que, para Lacan, como observa Bentes (2014, p.19), “só há ato onde não há ato sexual, enunciado este que indica a relação entre a contingência do ato e a inexistência da relação sexual”.

4.3 O CASO FÊNIX, O *ACTING-OUT* E A PASSAGEM AO ATO

Outro tipo de ato que foi delimitado e desenvolvido por Lacan é a passagem ao ato, que está ligado aos seus estudos iniciais como médico psiquiatra e que “se encaminha pela ideia de que pensamentos ligados a conteúdos violentos ou transgressivos passam à sua realização causando prejuízos a outros ou ao próprio autor” (TORRES, 2010, p.129). Esse tipo de ato é, ao mesmo tempo, “uma espécie de condensação subjetiva e passagem para outra posição subjetiva”, assim, a passagem ao ato, ao mesmo tempo em que se caracteriza como o núcleo de uma personalidade, promove “uma profunda mudança nessa mesma personalidade” (TORRES, 2010, p.130).

A estrutura da passagem ao ato para Lacan é um sair da cena, um deixar cair, “um salto no vazio em que o sujeito se reduz a um objeto excluído ou rejeitado” (BENTES, 2014, p.150), um largar de mão, desse modo:

Esse *largar de mão* é correlato essencial da passagem ao ato. Resta ainda precisar de que lado ele é visto. Ele é visto justamente do lado do sujeito. Se vocês quiserem referir-se à fórmula da fantasia, a passagem ao ato está do lado do sujeito na medida em que esta aparece apagado ao máximo pela barra. O momento da passagem ao ato é o do embaraço maior do sujeito, com o acréscimo comportamental da emoção como distúrbio do movimento. É então que, do lugar em que se encontra – ou seja, do lugar da cena em que, como sujeito fundamentalmente historizado, só ele pode manter-se em seu status de sujeito -, ele se precipita e despenca fora da cena. Essa é a própria estrutura da passagem ao ato. (LACAN, [1962-1963] 2005, p.129).

Existem algumas diferenças importantes entre a passagem ao ato e o *acting-out*. Na passagem ao ato, ocorre uma atualização do trauma, como fuga da angústia. Em relação ao *acting-out*, porém, existe uma evitação da angústia através da sustentação da “fantasia por sua atualização” (TORRES, 2010, p.136) através de uma mostração, sendo que “a mostração presente no *acting out* é velada para o sujeito do *acting out*, na medida em que, nele, ‘isso fala’” (BENTES, 2014, p.21). Torres (2010, p.137) adverte para outras duas diferenças: uma delas é que, tanto no ato falho quanto no *acting-out* sobrevém a emergência do sujeito, já na passagem ao ato, “há sua destituição”; a outra é que, no *acting-out*, ocorre uma sustentação da transferência pela fantasia, ou seja, é uma “transferência sem análise”, enquanto, na passagem ao ato, se dá a suspensão da transferência. Além disso:

O fato de o desejo ser articulado como o objeto causa torna-o invisível para o sujeito, ultrapassa-o, porém deixa um resto visível. Isso é o que sempre encontraremos no *acting out*, diferentemente do que ocorre na passagem ao ato; a dialética entre o objeto *a* e o Outro está mantida, enquanto na passagem ao ato há ruptura com o Outro. O objeto *a* é reconhecível no *acting*, mas na passagem ao ato ele reina soberano, pois o sujeito desaparece, é apagado pela barra, despenca, torna-se objeto. (BENTES, 2014, p.151; grifo da autora).

A passagem ao ato foi estudada por Lacan desde a elaboração de sua tese de doutorado em medicina em 1932, quando construiu o caso Aimée, ocasião em que escreveu no laudo de atendimento da sua paciente: “Psicose paranoica. Delírio recente, tendo chegado a uma tentativa de homicídio. Temas aparentemente resolvidos depois do ato” (LACAN, [1932] 2011, p.202). Aimée foi o nome dado por Lacan para Marguerite Pantaine (1892-1981) que esfaqueou aos 38 anos a atriz francesa Huguette Duflos (1887-1982), que era muito famosa na

época. Aimée fere a mão da atriz, sendo presa e internada no hospital Saint-Anne. Para Lacan, o ato de Aimée favoreceu sua estabilização e o declínio dos seus delírios e sintomas paranoicos.

Um caso clínico que foi discutido pela equipe multidisciplinar do CAPS exemplifica o que é *acting-out* e a passagem ao ato para a psicanálise e torna-se importante no que diz respeito à direção do tratamento na clínica do sujeito. O caso foi nominado de Fênix e assim apresentado em uma reunião pela técnica de referência: uma “mulher de meia-idade, com ensino fundamental incompleto e que está aposentada por invalidez permanente com proventos proporcionais devido a transtorno de personalidade”.

Foram fornecidas as seguintes informações adicionais durante a apresentação do caso: “Fênix foi abandonada pelo pai e ficou internada em um orfanato até os 6 anos quando foi adotada. Sofreu maus-tratos durante a sua infância e adolescência pela mãe adotiva, e foi abusada sexualmente pelo irmão adotivo durante esse período. Esse irmão também realizou atos sexuais com outra irmã adotiva, porém a usuária acredita que a irmã aceitou a situação e foi por isso que ficou grávida dele”.

Este caso foi apresentado pela técnica de referência da usuária após ter procurado à gerência solicitando ajuda sobre a direção do tratamento. Fênix estava demandando muito da técnica, que afirmou que “ela depende de mim para tudo, principalmente fora do horário de funcionamento do CAPS”. A técnica estava com receio de que o quadro clínico da usuária pudesse se agravar, resultando em uma possível internação.

A formação da técnica é ligada à área médica, o que refletia na orientação dada à discussão e à construção do caso, uma vez que descrevia uma série de comportamentos psicopatológicos do caso. Fênix também tem consultas com uma psicóloga que atua na área cognitivo-comportamental. Nesse aspecto, foi observado, durante as reuniões técnicas, um desejo desses profissionais parecido com um *furor sanandi*²⁵ (FREUD, [1915 a]1987, p.221), ou seja, uma necessidade de buscar eliminar ou diminuir os sintomas da usuária, porém foi discutido pela equipe que também seria necessário levar em consideração o desejo inconsciente do sujeito. Essas considerações foram elaboradas por um psicólogo juntamente com outra psicóloga com atuação na área de psicanálise, que trouxeram contribuições

²⁵ *Furor sanandi* ou *furor curandis* é descrito em uma nota de rodapé da *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas* de Sigmund Freud como “paixão por curar pessoas” (FREUD, [1915]1987, p.221). Essa paixão exprime uma necessidade dos profissionais na área de saúde em obter resultados a curto prazo, em eliminar ou diminuir os sintomas dos sujeitos, entretanto sem buscar realizar uma escuta analítica com o objetivo de saber o que os sujeitos realmente desejam.

importantes durante as reuniões técnicas em que foi discutido este caso, mostrando a necessidade de valorizar e realizar a escuta do sujeito.

Segundo informação da técnica de referência, “Fênix tem pouco contato com os irmãos adotivos e um convívio social restrito ao ambiente da casa de sua ex-patroa, a algumas atividades no CAPS e aos cultos de uma igreja evangélica que ela frequenta”. Ainda conforme relato da técnica, “a usuária exhibe pensamentos e ideias organizadas, é orientada de acordo com o tempo e espaço, tem boa memória, mas tem medo de ficar sozinha com receio de se automutilar, além da constante ideia suicida”.

Continuando o relato do caso, a técnica de referência afirmou que “Fênix atualmente passou a se queimar com uma colher e constantemente joga álcool em partes do seu corpo, toca fogo com fósforo, espera queimar, sente a dor e acredita que, com esse procedimento, ela fica aliviada e assim consegue dormir”. A técnica de referência ainda informou que, para Fênix, “atualmente não são os outros que causam dor para ela, pois agora é ela mesma que faz isso”. Fênix tomou, como parte da sua rotina, alternar entre a repetição com o *acting-out* e a possibilidade de passagem ao ato como fuga a um processo de angústia que não a deixa dormir. O que causa maior preocupação à equipe do CAPS é a tentativa de passagem ao ato, quando existe a destituição do sujeito, retirando-o de cena, o que poderá ser efetivado com o ato suicida. Algumas das atitudes tomadas por Fênix já foram estudadas por Freud ([1901] 1987, p.163), que afirma:

Quem acreditar na ocorrência de ferimentos semi-intencionais auto-infligidos – se me for permitido usar essa expressão desajeitada – também estará disposto a supor que, além do suicídio intencional consciente, existe uma autodestruição semi-intencional (com uma intenção inconsciente), capaz de explorar habilmente uma ameaça à vida e mascarar-la com um acidente casual. Não há por que supor que essa autodestruição seja rara. É que a tendência à autodestruição está presente em certa medida num número muito maior de pessoas do que aquelas em que chega a ser posta em prática; os ferimentos auto-infligidos são, em geral, um compromisso entre essa pulsão e as forças que ainda se opõem a ela. Mesmo nos casos em que realmente se consuma o suicídio, a propensão a ele terá estado presente desde longa data, com menor intensidade ou sob a forma de uma tendência inconsciente e suprimida.

Ainda em relação ao estudo deste caso a partir da discussão e da construção do caso clínico pela equipe multidisciplinar, em uma reunião, a técnica de referência, dentro de uma perspectiva médico-psicopatológica, afirmou que acredita que Fênix “tenha como sintoma uma compulsão com comportamento automutilante, se queimando e se cortando constantemente, o que faz com que ela tenha muitas cicatrizes pelo corpo. Tem um forte

retraimento social, não tem amigos e não gosta de ser tocada por homens, dizendo que tem nojo de namorados, sente-se suja e teme se cortar sempre que isso acontece. Sente-se desvalorizada por ser negra, tem alucinações visuais, auditivas, delírios e constantes ideações de suicídio”.

É necessário recordar que “o sintoma é da ordem do que se repete, o ato é da ordem do que se faz uma só vez” (BRODSKY, 2004, p.35). No sintoma, conforme ressalta Brodsky (2004, p.41), aparece o sujeito, enquanto “no ato não há sujeito”. Assim, o “sintoma nos inclina a conceber o inconsciente como uma cadeia, como articulação significativa ou como enxame de significantes, o ato nos conduz a interrogar a falha nessa cadeia. Em outros termos, só há ato onde a cadeia significativa falha” (BRODSKY, 2004, p.37).

Na psicose paranoica, existe uma tendência autopunitiva que Lacan atribui a um fenômeno da personalidade, sendo o “seu caráter de manifestação ao mesmo tempo consciente (delírio) e inconsciente (tendência autopunitiva) do *ideal do eu*, e sua dependência das tendências psíquicas próprias às *relações sociais*” (LACAN, [1932]2011, p.317; grifo do autor).

Segundo o que foi relatado na reunião pela técnica de referência, “Fênix parece que sente prazer com a dor”, isso é o seu gozo, e está constantemente deprimida, angustiada, demonstrando um sofrimento aparente. A técnica acrescentou no seu relato que Fênix lhe disse que é “muito burrinha, e que a raiva só passa quando se corta, entretanto parece que a função dos cortes está se modificando, pois Fênix afirmou que não aguenta mais e vai explodir”.

Com a repetição dos seus atos, Fênix insiste em uma destituição subjetiva que tem uma estrutura de rompimento com o Outro. Desse modo, pode-se entender, como adverte Lacan ([1967-1968], p.58) em sua aula de 29 de novembro de 1967, que “uma dimensão comum do ato é a de não comportar, no seu instante, a presença do sujeito”, sendo necessário que o tratamento busque fazer advir o sujeito para que este possa se responsabilizar pelos seus atos, pelo seu gozo, ou mesmo criar anteparos para o ato e o gozo no caso de o sujeito se colocar como objeto do Outro, sendo isso decisivo na condução do tratamento.

A técnica de referência ainda relatou que, “devido ao convívio constante no CAPS, Fênix apresenta um vocabulário técnico sobre a doença. Existe uma hipótese diagnóstica médica fornecida de que a usuária tenha ‘Transtorno de personalidade com instabilidade emocional, *boderline*, com episódios depressivos’”.

Alguns técnicos observaram que Fênix teria “medo de ficar boa, pois vai indo, indo e volta para trás, sendo assim, teria que dar pequenas metas para que ela possa cumprir e

avançar no tratamento”. Outra técnica afirmou que a usuária “sente prazer quando ela vê o sofrimento que causa nas pessoas quando ela conta sua história. Às vezes, Fênix sente-se culpada pelo seu sofrimento e acredita que mereceu ser abusada, pois não consegue provocar dor em ninguém, só nela mesma”.

Houve uma concordância na equipe multiprofissional com uma fala de uma técnica orientada pela ética de bem dizer o sintoma, de que seria necessário “fazer advir o sujeito nela”, fazer com que ela se torne sujeito da sua própria vida. Isso é a busca de histerizar o discurso da usuária, movendo-a da sua fixação no discurso do mestre, submissa ao discurso do Outro, para o discurso histérico em que Fênix poderá se tornar sujeito do seu próprio discurso, contextualizando seus atos para além da vertente imaginária e se implicando minimamente neles.

Desse modo, na reunião técnica com a participação de muitos profissionais, foram destacados alguns objetivos sustentados pela ética do bem-estar na direção do tratamento e o uso do discurso universitário, entre os quais, a diminuição da dependência que a usuária tem com a técnica de referência para executar atividades da sua vida. Foi recomendado que a técnica trabalhasse para que a usuária se envolvesse com o tratamento, controlando ela mesma os horários de tomar a medicação, evitasse frequentar locais particulares fora do horário de trabalho do CAPS, e que a estimulasse a construir laços sociais.

Os psicólogos com formação psicanalítica ofereceram uma contribuição na reunião técnica, ratificando a necessidade de se manter a escuta individual da usuária e usar o discurso do analista como forma de fazer advir o desejo do sujeito e sua responsabilização pelo tratamento.

Em reuniões posteriores, foram relatados vários avanços na direção do tratamento da usuária, que teve uma boa recepção às medidas adotadas, ocorrendo, como consequência, uma estabilização do seu quadro clínico. Entretanto, fica a questão relacionada à falta de dispositivos clínicos orientados pela clínica do sujeito e pela ética de bem dizer o sintoma, pois, neste caso, tanto a técnica de referência quanto a psicóloga eram orientadas pela ética médica e pela ética do bem-estar. Uma diferença significativa é que a clínica do sujeito com a ética psicanalítica considera importante o ato de fala e a presença do discurso analítico. Desse modo, a psicanálise aposta na possibilidade da civilização do gozo na psicose e a inclusão do sujeito psicótico nos laços sociais.

4.4 ATO DE FALA, LAÇO SOCIAL E OS DISCURSOS

Outro tipo de ato são os atos de fala, uma expressão criada pela filosofia da linguagem, tendo como pioneiro o filósofo inglês John Austin (1911-1960), que elaborou o termo performativo que explica deste modo: “este nome é derivado do verbo inglês *to perform*, verbo correlato do substantivo ‘ação’, e indica que ao se emitir o proferimento está-se realizando uma ação, não sendo, conseqüentemente, considerado um mero equivalente a dizer algo” (AUSTIN, 1990, p.25; grifo do autor). Austin acreditava que a linguagem é performativa e contém enunciados que realizam uma ação, ou seja, quando a fala é performativa, significa que dizer é fazer.

Desse modo, a direção da cura e do tratamento psicanalítico se dá através da fala, do dito, pois a “psicanálise é um método que consiste em desfazer um sintoma pela fala” (GERBASE, 2015, p.18), na medida em que o sintoma foi feito pela fala. Assim, segundo ainda Gerbase (2015, p.49), “o psicanalista procura um significante, ou dito de outra maneira, um enunciado performativo que venha (diz) solver o sintoma pelo dito”, sendo que o sintoma é constituído pela “condensação e o deslocamento, ou metáfora e metonímia, que são atos de fala” (p.55).

Nesse contexto, a direção do tratamento na psicose é parecida com o tratamento do sujeito neurótico. Na psicose, busca-se a estabilização do sujeito e, para que isso ocorra, é necessário que se considere a alucinação como um “enunciado performativo na medida em que não se rege pelos valores lógicos verdadeiro e falso” (GERBASE, 2015, p.59). A diferença é que na estrutura neurótica existe o recalque que “é um mecanismo que induz o sujeito a dizer ‘eu penso’, em vez de dizer ‘o Outro fala’”, como ressalta Gerbase (2015, p.63).

Assim, como argumenta Gerbase (2015, p.70), “a fala cura, não pelo que significa, mas porque faz existir a coisa”. Então, para que possa ocorrer a cura pela fala na associação livre, é necessário que a fala performativa atenda a duas condições: esteja desligada de quem a profere, como no sonho, por exemplo, e não esteja associada a um referente. Assim, “deve-se levar em conta, exclusivamente, a dimensão sonora, significante, da fala, tal como ele o é para o poeta” (GERBASE, 2015, p.96). Mais adiante, o autor (2015, p.116) adverte que a “fala cura pelo *logos* que há nos sons da voz e nas palavras”.

Nessa perspectiva, “todo dizer do falaser é fazer, ou todo dizer do inconsciente é fazer” diz Gerbase (2015, p.115). Desse modo, o efeito terapêutico da fala está na própria fala e não

no locutor ou no referente e consiste em um significante evocar outro significante. Assim, quando “um significante evoca um significado, não estamos mais na associação livre” (GERBASE, 2015, p.104).

Para a psicanálise, é através de um ato de fala que se pode tratar um sintoma psicanalítico, ou seja, através de um dito, pois a “fala que funda o fato é um dito, mas a fala funciona mesmo quando não funda fato algum. Quando ordena, roga, insulta, quando emite um voto, ela não funda nenhum fato” (LACAN, [1971-1972]2012, p.67). Essa afirmação foi elaborada por Lacan em uma conversa no Hospital Saint-Anne em que ele questiona de onde vem o sentido, sendo que essa pergunta, como alerta Gerbase (2015, p.11), “indica o viés pelo qual se poderia demonstrar a evidência da cura pela fala, o viés do sentido, posto que toda fala tem um sentido”, sendo desse modo que, para “responder de onde vem o sentido, Lacan propõe uma topologia da fala baseada nos quatro discursos”.

É através da linguagem que se constitui a formação dos laços sociais, ou seja, os discursos são produzidos a partir da articulação da cadeia significante. Os quatro discursos, além do quinto que é o discurso capitalista – mas este não faz laço social –, são configurações significantes da estrutura de linguagem, cada discurso é uma prática e todos “constituem de maneira tangível algo de real” (LACAN, [1971-1972]2011, p.61). Embora existam outros elementos além dos significantes na estrutura do discurso, “o que está em jogo é aquilo que ordena e regula um vínculo social” (KYRILLOS NETO, 2007, p.121).

Para Lacan ([1969-1970]1992, p.13), o discurso “já está no mundo e [...] o sustenta. [...] Não apenas já está inscrito, como faz parte de seus pilares”. Em outro ponto de seu ensino diz Lacan ([1972-1973]1996, p.75): o “aparelho, não há outro senão a linguagem. É assim que, no ser falante, o gozo é aparelhado”, a partir do que argumenta Quinet (2009, p.28):

No campo do gozo, os elementos que compõem os discursos - S_1 , S_2 e objeto a - são, portanto, modalidades de gozo, e o sujeito (\$) é resposta do real. O significante enquanto tal não é mais o significante que barra o gozo como Nome-do-Pai no campo da linguagem. No campo do gozo, o Um do significante S_1 só existe como significante do transbordamento, significante do excesso e do fracasso, que, apesar de mestre, não o domina. Ele é o significante do encontro marcado e faltoso como o sexo, o significante do trauma que se repete ao longo da vida do sujeito. E o S_2 , o significante binário, é o saber definido como meio de gozo, como aparece no discurso do mestre. Assim, no campo do gozo, o significante não só se refere ao gozo, mas é causa deste – axioma a que chega Lacan no Seminário 20. A estrutura se encontra no mesmo nível do gozo, e o significante participa da substância gozosa. A estrutura equivale aqui à estrutura do “discurso”, este definido como laço social. Na passagem de um campo para o outro, passamos da estrutura (da linguagem) para as estruturas (dos discursos).

Assim, podemos compreender que “o *campo da linguagem* a partir do *campo de gozo*, coloca a linguagem no campo do real mudando a direção da cura em vários níveis, inclusive em suas ambições terapêuticas” (TEIXEIRA, 2001, p.91; grifo do autor). A partir desse momento, “o significante é concebido desarticulado do significado, e apresenta sua paixão pelo gozo, na dimensão do que vivifica e não mais como mortificação e perda”, adverte Teixeira (2001, p.91). Então, no campo do gozo, a “realidade é abordada com os aparelhos do gozo” (LACAN, [1972-1973]1996, p.75), através dos discursos.

Quando Lacan, inspirado em Hegel, introduz o gozo a partir da dialética do senhor e do escravo, ele está se referindo ao processo de alienação em que só é possível a constituição do sujeito a partir do campo do Outro, ou seja, o gozo nessa concepção se refere ao gozo do Outro, da linguagem. Para que o sujeito entre na linguagem, ele se aliena no Outro, entretanto, no processo de separação, ocorre uma perda significativa. Falando de outro modo, a entrada do *infans* na linguagem ocorre com a substituição da *coisa* pelo significante, entretanto algo permanece como resto que insiste em continuar se escrevendo. Esse impossível de simbolizar e que se repete está ligado à dimensão que Lacan denominou de real.

A partir dos discursos, podemos conceber a psicanálise como um aparelho simbólico que pode tratar o gozo proveniente do real. Como os discursos são laços sociais, existem quatro discursos sobre os quais o sujeito poderá deslizar, ou a que, por alguma questão, se fixar em um determinado discurso, cabendo ao discurso analítico proporcionar o giro discursivo.

O psicótico foi *foraoluído* do Nome-do-Pai, ou seja, foi *não-incluso* na norma edipiana, pois não passou pelo segundo e terceiro tempo do Édipo, que caracteriza o processo de separação. Entretanto a clínica do sujeito considera a possibilidade de que o psicótico (paranoia, esquizofrenia, melancolia, etc.) possa enquadrar seu gozo e entrar nos laços sociais. O discurso do analista permite ao sujeito falar sobre o seu sintoma e abordar questões importantes sobre a sua dimensão subjetiva, o que poderá favorecer sua inserção nos laços sociais.

Nessa perspectiva, a “topologia dos quatro discursos é a topologia fundamental da qual decorre toda função da fala” (GERBASE, 2015, p.12). Entretanto, “se quer entender como a fala cura, se quer entender a função terapêutica da fala, não leia o sentido, porque o sentido se itera incessantemente”, sendo importante ainda compreender “que isso fala, o id fala, o inconsciente fala, que falo sem saber [...] é indispensável saber que o Outro fala, que o sujeito é falado, habitado pela linguagem”, como ressalta Gerbase (2015, p.13). Assim, para

“alcançar a dimensão terapêutica da fala, é necessário estar no discurso do analista” (GERBASE, 2015, p.12).

4.5 O ATO ANALÍTICO, OS DISCURSOS E A “MOLDURA”

A teoria dos discursos de Lacan auxilia a identificação de diferentes estilos e saberes em uma equipe multiprofissional no CAPS, como no caso Peter. Pode-se ressaltar a insistência da presença do discurso universitário na busca de um diagnóstico que venha englobar a maioria dos sintomas do sujeito que insiste em atuar, ou seja, é como se Peter insistisse em dizer “eu estou aqui” com seus constantes atos que tiram a equipe de seu equilíbrio.

Para a psicanálise, o sintoma não é uma doença, mas uma questão que insiste em ser levantada pelo sujeito. É necessário, então, que haja uma implicação subjetiva do sujeito para que ele possa levantar a questão: que parte eu tenho nesses atos? Entretanto, na psicose, é imprescindível um reposicionamento perante o gozo invasivo do Outro.

Surpreendeu-me o uso do discurso analítico por muitos profissionais da equipe do CAPS devido à dificuldade em lidarem com o caso, buscando construir algum dispositivo que pudesse auxiliá-los na direção do tratamento de Peter, inclusive o uso do ato analítico.

O ato analítico está ligado ao discurso da histórica, na medida em que a posição de agente é atribuída a um sujeito, então, o “ato psicanalítico é, evidentemente, o que dá esse suporte, autoriza a realização da tarefa psicanalisante. É na medida em que o psicanalista dá a esse ato sua autorização, que o ato psicanalítico se realiza”, como expressa Lacan na aula de 20 de março de 1968 ([1967-1968], p.233).

Ainda sob essa perspectiva, “no ato analítico implica-se uma nova instituição subjetiva posterior ao ato que não teria seu lugar sem o ato antecessor” (TORRES, 2010, p.211) que causou uma destituição subjetiva. Então, o ato analítico, como adverte Bentes (2014, p.15), é “equivalente a um suicídio do sujeito, na medida em que o sujeito que dele resulta jamais será o mesmo”, pois efetuará uma “modificação em sua relação com o gozo, isso é o que permite que Lacan tenha tomado a passagem ao ato como o paradigma do ato analítico” (BENTES, 2014, p.76). Entretanto, existe uma diferença importante entre o ato analítico e o ato suicida:

[...] enquanto na passagem ao ato suicida o sujeito busca seu bem-estar, um valor absoluto, um para sempre, no ato analítico o sujeito não depende de um valor absoluto, uma vez que o ato lhe permite desfazer-se da ilusão do todo, do gozo do Um e das tapeações da verdade. O real fala, porém mente, e a verdade mentirosa só pode mentir ao parceiro e acolher um impossível de saber, motivo pelo qual a morte é a solução que o suicida encontra diante do impossível de saber. (BENTES, 2014, p.125).

A palavra “ato” de ato analítico ultrapassa os limites da interpretação, uma vez que, segundo Brodsky (2014, p.18), para o analista, “o ato é sem Outro e também sem sujeito, pois no momento do ato não há sujeito. Não há Outro, nem sujeito²⁶. Isso define o ato como ato analítico” e, nessa perspectiva, para Bentes (2014, p.18), “a estrutura do ato é a do ato falho, por isso é certo; assim como a estrutura do ato psicanalítico e do ato suicida”. Foi desse modo que Lacan, ao fazer uma equivalência entre a passagem ao ato com o ato analítico, buscou mostrar que “um sujeito [...] defrontado com seu gozo pode retificar sua posição. Ato verdadeiro é aquele que operou uma modificação, uma retificação da posição do sujeito perante o gozo”, como assinala Bentes (2014, p.75).

O ato cria uma falsa crença de que “aquilo que ele cria estava ali desde sempre”, entretanto, isso é a lógica do ato em que uma parte do simbólico emerge, e “cria seu próprio passado, gerando o erro de supor que estava ali desde sempre” (BRODSKY, 2014, p.32). Desse modo, é necessário, ainda recorrendo a Brodsky (2014, p.33), “acabar com o erro de dar ao inconsciente o estatuto de existente desde sempre, antes de sua nomeação”, sendo que é importante lembrar que “Lacan concebe o inconsciente como uma cadeia de significantes” (BRODSKY, 2014, p.34).

O caso Peter, ao ser discutido pela primeira vez, tinha um diagnóstico, proveniente do CAPS infantil, de “Transtorno de desenvolvimento – com autismo”. Esse diagnóstico revela que o sujeito provavelmente já vinha com uma dificuldade de ser escutado, pois foi dito nas reuniões técnicas que Peter não tem nenhuma característica de autista.

Peter frequentava o CAPSi e lá convivía com crianças e adolescentes. Atualmente, ele preserva muitas atitudes infantis, e, considerando que “a criança é o sujeito que ainda não tem

²⁶ Dizer que no ato “não há Outro nem sujeito não é para o analisante, mas que o ato corresponde ao analista; é para este que o ato não tem Outro nem sujeito. Brodsky define assim a pureza do ato” (BENTES, 2014, p.81). Quando o analisando se autoriza a ser analista “ao final da análise, poderia ou deveria formular-se: ‘sou meu *a*’. ‘Sou este *a*, mais além do Nome-do-Pai’. O nome próprio não é o Nome-do-Pai, mas o nome de sintoma, um nome para além das insígnias do Outro” (BENTES, 2014, p.40). Para Lacan ([1967-1968], p.89-90), na aula de 10 de janeiro de 1967, no lado do analista, o “final da análise consiste na queda do sujeito suposto saber, e sua redução ao advento desse objeto ‘*a*’, como causa da divisão do sujeito, que vem ao seu lugar. Aquele que, fantasmaticamente, joga a partida com o psicanalisando como sujeito suposto saber, a saber, o analista, é aquele (o analista) que vem, ao termo da análise, a suportar não ser nada mais que este resto. Este resto da coisa sabida que se chama objeto ‘*a*’”.

responsabilidade pelo seu gozo” (GERBASE, 1977, p.1), Peter insiste em demonstrar que ainda tem muita dificuldade em se implicar e se responsabilizar pelo seu sintoma, pois está constantemente alienado aos significantes invasivos do Outro. Desse modo, é recomendado que os profissionais do CAPS possam apostar no tratamento através da clínica do sujeito e no discurso do analista. É necessário persistir no estabelecimento de um laço social e que o tratamento clínico se fundamente na via da transferência e do desejo do analista.

Muitas vezes, Peter tem uma atitude de bater em todos da família, sendo que seu pai reage batendo fortemente nele, “inclusive dá murro que ele chega a cair”, relato feito por uma técnica. O irmão não aguenta mais e diz que “Peter é um terror na relação com a família”, pois é “violento” e quebra tudo em sua casa. A técnica de referência diz que Peter se vangloria dizendo: “Sou retado igual ao meu pai”.

Peter tem uma identificação com o traço de violência que o pai insiste em praticar. Na aula de 28 de fevereiro de 1968, diz Lacan ([1967-1968, p.183): “[...] na medida em que o objeto pequeno ‘a’ pode ser pensado como real, quer dizer, como coisa, [...] a relação do sujeito à temporalidade pode ser elucidada, precisamente através das relações da repetição com o traço unário²⁷”, “[...] onde a temporalidade e o traço se juntam em uma tentativa de estruturar a falta” (BENTES, 2014, p.107).

O discurso de “violência” mostra a constante repetição do sintoma de Peter, que é estruturado no discurso universitário por alguns técnicos do CAPS que se apoiam em um saber *a priori* e universal, predefinido pelas adversidades do dia a dia. Cabe à psicanálise e à clínica do sujeito realizar uma leitura diferente desse “ato de violência” ou, então, como consequência, se corre o risco de se repetir no discurso de violência, sem solução, com a justificativa de representar um reflexo social.

No caso Peter, foi constatada uma dificuldade de as pessoas franquearem o lugar de agente para esse sujeito. Um fato já abordado nesta pesquisa foi o de Peter ter jogado uma pedra na oficina de arte, pois não gostou que a técnica retirasse a moldura do quadro de uma pintura que ele tinha produzido. A técnica explicou os motivos da reutilização da moldura do

²⁷ O traço unário, como diz Lacan na aula de 22 de novembro de 1961 ([1961-1962]2011, p.33), é “o que tem de comum todo significante, [de] ser sobretudo constituído como traço, [de] ter esse traço por suporte”. Lacan “parte da noção de traço único, apresentada por Freud na teoria da identificação, como identificação parcial a um traço do objeto, transformando o único freudiano em unário, termo através do qual introduz sua concepção do um, fundamento da diferença que demarca o conceito de identificação pela via simbólica, afastando-se da ideia de unificação que perpassa as identificações imaginárias. [...] É o traço unário que inscreve no real do ser falante a diferença como tal, já que no real não há nada. Se o traço apaga a Coisa (das Ding), dela restando apenas rastros, a passagem ao significante se dá a partir dos diversos apagamentos que farão surgir o que Lacan chama de modos capitais de manifestação do sujeito. O traço unário é, portanto, significante não de uma presença, mas de uma ausência apagada que, a cada volta, a cada repetição presentifica-se como ausência (RINALDI, 2008, p.60-61).

seu quadro devido à falta de recursos financeiros, mas Peter se recusou a entender ou aceitar a explicação.

O significante “moldura” pode significar o limite que Peter insiste em ultrapassar. A “moldura” foi um significante importante para Peter, pois tirou o seu equilíbrio e o fez atuar. Para Lacan, em sua aula de 28 de fevereiro de 1968 ([1967-1968], p.184), “o sujeito no ato é idêntico a seu significante”, desse modo, o ato é “o único lugar onde o significante tem a aparência, ou mesmo a função, de significar a si mesmo”. Outras vezes, quando Peter não foi atendido em suas demandas, também atuou e causou embaraço na equipe multiprofissional.

Esse significante pode significar aquilo que dá contorno e limite, tanto para Peter quanto para a instituição, e sinaliza os seus próprios limites. Ultrapassar esses limites não depende apenas da equipe multiprofissional e de Peter, mas do aparelho institucional, que também apresenta seus sintomas.

É importante reconhecer “que a criação artística também pode funcionar como ‘nó’ que amarra e organiza a experiência subjetiva. Não a construção delirante, mas a obra, o fazer, a criação tendo o efeito de tratar o gozo para não ser aniquilado por ele” (TENÓRIO, 2001 a, p.127). Desse modo, muitas vezes, como ressalta Quinet (2011, p.246), “o delírio é insuficiente para conter o gozo que o invade”, sendo que a criação artística complementa essa função como uma “tentativa do sujeito de barrar a Coisa através do delírio e através da sua arte” (QUINET, 2011, p.233). Assim, ao ser violada a obra de arte realizada por Peter, ele pode ter interpretado isso como uma tentativa de desconstrução pelo Outro do que foi elaborado pelo sujeito. Esse gesto da terapeuta ocupacional responsável pela oficina de arte pode ter tido um efeito de invasão no seu imaginário, sendo que Peter, com seu ato, teve uma reação imediata a essa tentativa de desconstrução, buscando reconstruir o que foi produzido pelo sujeito.

Diante de tantas dificuldades, um ponto a ser destacado é a importância da transferência e o vínculo que Peter fez com alguns funcionários, inclusive com o psicólogo com orientação psicanalítica, além da busca em praticar um ato analítico que pudesse mudar a posição subjetiva do sujeito. Conforme explana Lacan em sua aula de 10 de janeiro de 1967 ([1967-1968], p.89), o sujeito do ato analítico “não pode saber nada do que se aprende na experiência analítica, exceto que aí opera o que chamamos a ‘transferência’ [...] ao reportá-la ao sujeito suposto saber”. Desse modo, “o ato analítico é sustentado pelo Sujeito suposto Saber (SsS) e por tudo que se articula em sua diversidade como efeito de transferência” (BENTES, 2014, p.81).

Nessa perspectiva, o caso Peter foi discutido inúmeras vezes nas reuniões técnicas, buscando a equipe estratégias que pudessem ser aplicadas com o objetivo de que Peter conseguisse elaborar uma maneira de alcançar a sua estabilização. O giro dos discursos presentes na equipe clínica, deslocando-se do discurso universitário para o discurso analítico, foi adotado para que Peter assumisse a posição de sujeito, possibilitando histerizar o seu discurso, ou seja, que Peter, como sujeito, se posicionasse no discurso histérico como agente do seu discurso. Como produto dessa discussão e fruto de remanejamentos internos, foi escolhida uma nova técnica de referência com a qual a equipe identificou uma maior transferência por parte de Peter. Várias estratégias foram estabelecidas para que pudesse haver uma estabilização do quadro clínico dele, entretanto ainda se faz necessário que se possa retomar a escuta regular do sujeito.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é o momento em que me questiono sobre o que foi dito e o que me resta a dizer. Já nos ensinava Freud ([1909]1987, p.107) que “todo o conhecimento é um monte de retalhos, e que cada passo à frente deixa atrás um resíduo não resolvido”. Desse modo, acredito que novos estudos darão continuidade ao que foi abordado nesta pesquisa, então, considero que estou finalizando uma etapa do meu percurso acadêmico e como profissional da área de saúde mental, atuante na clínica psicanalítica.

Partindo de uma questão que era investigar em que medida a presença da psicanálise entre os dispositivos clínicos de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) poderia contribuir²⁸ para colocar a clínica do sujeito entre as demais práticas para um trabalho conjunto de reabilitação psicossocial e psiquiátrica, o presente estudo teve como objetivo examinar a presença da psicanálise e suas repercussões na direção do tratamento clínico dos sujeitos nos serviços de assistência à saúde mental num CAPS II da Cidade do Salvador, Bahia. A fim de alcançar esse objetivo, realizei uma investigação sobre a noção de sujeito, analisei a presença da ética psicanalítica em suplemento à ética do bem-estar social, norteadora dos trabalhos nos CAPS, e identifiquei, com base na teoria dos discursos de Lacan, como se articulam os dispositivos clínicos num CAPS, tendo como metodologia o estudo de caso através da observação não participativa das reuniões técnicas dos profissionais em um CAPS II na Cidade do Salvador, onde foram efetuadas a discussão e a construção dos casos clínicos Otto, Peter e Fênix.

A relevância da pesquisa encontra-se em poder examinar as contribuições da psicanálise na implementação de dispositivos que possam fomentar uma clínica do sujeito que leve em consideração a subjetividade, para além dos sintomas classificados e identificados pela medicina psiquiátrica e pela reabilitação social nos tratamentos realizados nos CAPS da rede de saúde mental. Esta pesquisa foi patrocinada pelo Ministério da Educação através da bolsa de pós-graduação que me foi concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de

²⁸ São inúmeras as contribuições que foram identificadas durante a realização dessa pesquisa na implantação da clínica do sujeito entre os dispositivos que levam em conta o método e a ética psicanalítica que orientarão o tratamento clínico pela equipe multiprofissional do CAPS, entre as quais: reformular e ampliar o conceito de clínica médica na área de saúde mental; deslocar a ênfase na doença para centrá-la sobre o sujeito; considerar o sintoma, o delírio e as alucinações, como parte da estrutura clínica do sujeito; incluir a doença, o contexto e o próprio sujeito como principal responsável pelo seu tratamento; realizar um trabalho em equipe multidisciplinar com a discussão e construção dos casos clínicos através de um agir comunicativo; diminuir a tendência medicalizante e ampliar os dispositivos de tratamento clínico através do atendimento individual com orientação psicanalítica, oficinas, trabalho em grupo e construção coletiva dos projetos terapêuticos.

Nível Superior (CAPES), registrada na Plataforma Brasil, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), sendo assinado, pelos participantes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) atendendo aos requisitos solicitados (Apêndice).

Observei, durante todo o período da pesquisa, o empenho individual dos técnicos e funcionários do CAPS, que formam uma equipe dedicada e coesa. Inúmeras foram as adversidades encontradas e superadas pelos profissionais da Instituição no seu dia a dia, em um esforço conjunto de manter as conquistas já alcançadas na área de saúde mental e promover os avanços necessários. Os profissionais estiveram sempre empenhados em desenvolver as atividades, inclusive patrocinando com recursos próprios eventos com os participantes dos serviços do CAPS e seus familiares, entre os quais, o dia do orgulho louco, dia das mães, dia dos pais, Natal entre outros.

Foram identificados, na época da pesquisa, 821 prontuários de pessoas registradas no serviço do CAPS, sendo 365 ativos em fevereiro de 2016, além da Residência Terapêutica, e sempre surgia algo de novo que demandava um esforço da equipe para atender os participantes do serviço, denominados de usuários, da forma mais adequada possível. A presença de psicólogos com orientação psicanalítica possibilitou o exercício de uma práxis que auxiliou os outros profissionais a enfrentarem as adversidades e impasses na direção do tratamento ou a falta de dispositivos institucionais que levem em consideração a clínica do sujeito.

Continuando nessa perspectiva, com as investigações realizadas durante a pesquisa, pude constatar que, somente com a presença de profissionais com orientação psicanalítica em um CAPS, não está garantido o exercício da clínica do sujeito nessa instituição, mas isso desempenha uma função importante na sua implementação, considerando o aporte de seus conhecimentos teóricos e sua prática com a clínica psicanalítica. Os dispositivos baseados na clínica do sujeito devem ter uma prática orientada pela ética de bem dizer o sintoma que favorece advir o sujeito durante o tratamento, propiciando os giros discursivos e a civilização ou o aparelhamento do gozo, com o estabelecimento de laços sociais. Entretanto, a elaboração do Projeto Terapêutico Individual com atividades nas oficinas e práticas terapêuticas também não garante a efetividade do tratamento, pois é necessário levar em conta o desejo do sujeito, o que muitas vezes não é considerado devido à predominância da ética do bem-estar social.

Embora o atendimento clínico individual seja importante, devem ser também levadas em consideração as práticas da clínica do sujeito para que a ética de bem dizer o sintoma possa se juntar à ética do bem-estar social e à prática médica no tratamento clínico propiciado pelo CAPS. É através da união desses diferentes saberes e técnicas que se poderá fortalecer e

aparelhar, adequadamente, essa instituição com novos dispositivos clínicos capazes de enfrentar as adversidades e criar uma nova forma de atendimento ao sujeito na área de saúde mental, substituindo o antigo modelo manicomial.

Também foi criada uma expectativa de que este trabalho possa contribuir para a continuidade do pensar sobre a práxis psicanalítica não só na clínica em intensão, mas em uma clínica em extensão no atendimento na área de saúde mental, particularmente com a clínica da psicose, cujas bases foram lançadas por Freud e Lacan, fortalecendo a ampliação do campo de atuação da psicanálise. Nessa perspectiva, a “psicose tem uma lógica própria, uma lógica interna, quer dizer também que ela é uma lógica, é um modo específico de constituição e funcionamento de um sujeito, e não um déficit que tem que ser medido ou corrigido na referência a um funcionamento normal” (TENÓRIO; ROCHA, 2006, p.57).

Desse modo, o tratamento com a estrutura clínica da psicose foi abordado no estudo dos casos clínicos pesquisados, através da discussão e da construção dos casos clínicos realizados pela equipe multidisciplinar, possibilitando uma análise sobre a direção do tratamento dos sujeitos no CAPS. Sob esse ponto de vista, torna-se necessário entender a estrutura da psicose com a forclusão do Nome-do-Pai e a função do analista como secretário do alienado, para que possa ocorrer um tratamento adequado aos psicóticos, que representam a maioria das pessoas que são atendidas no CAPS. A ampliação dos dispositivos analíticos através do entendimento dos sintomas e a função do delírio para a psicose foram alvos indiretos, mas que não tiveram menos importância nesta pesquisa. Então, na prática clínica no CAPS, deve-se buscar entender o sujeito psicótico na sua estrutura clínica e não demandar que o participante dos serviços de saúde mental tenha um registro fálico com ordenação da cadeia significativa, característico de outra estrutura.

A partir daí, a equipe multiprofissional deve procurar entender a forma singular com que o psicótico se liga aos seus significantes em busca de uma estabilização no registro do imaginário. O psicótico tem grande dificuldade em ser incluído e circular pelos discursos, formando laços sociais, mas, conforme citado anteriormente, Lacan nos convocou para que não recuemos perante a psicose. Então, mesmo que a inclusão dos psicóticos nos discursos e laços sociais não seja completa, é possível ao portador de transtorno mental ter uma vida digna, não sendo necessário estabelecer comparações com aqueles que têm outra estrutura clínica.

Nesse contexto, foi construído o caso Otto, um professor que, após a morte de seu pai, teve um surto psicótico e desenvolveu uma erotomania, sendo, por esse motivo, excluído dos laços sociais e internado diversas vezes, o que fez desenvolver um “pavor de ser trancafiado”.

Otto tinha fama de ser agressivo e frequentava outro CAPS, mas teve de ser transferido, pois começou a perseguir a médica psiquiatra em diversos lugares.

A partir de uma solicitação dos familiares de Otto, um psicólogo com orientação psicanalítica o procurou na sua residência, após ele ter deixado de frequentar o CAPS e voltar a ter as crises psicóticas com alucinações visuais e o agravamento da erotomania. O psicólogo, mediante o discurso do analista e buscando ocupar a posição de secretário do alienado, procurou levar Otto a se colocar na posição de sujeito e responsável pelas suas escolhas, fazendo com que ele retornasse ao tratamento e a formar laços sociais.

Em outro capítulo, foi tratado o advento da reforma psiquiátrica e historiado o movimento de desinstitucionalização, da reabilitação psicossocial e da clínica institucional ampliada. Em consequência desse processo, ocorreu no Brasil a criação do CAPS como modelo substitutivo ao manicômio e que foi marcado pela multidisciplinaridade entre os profissionais. Entretanto, ficou evidenciado que a atenção psicossocial buscou privilegiar a ética do bem-estar social, com a inclusão e a adaptação do portador de transtorno mental ao meio social. A psiquiatria, por sua vez, com os novos manuais dos *DSM*, se aproximou das terapias cognitivas e, juntamente com a neurociência, desenvolveu uma prática que se distanciou da subjetividade e do sujeito. Desse modo, na prática médica, que tem como referência a clínica do olhar, continua a predominância do discurso do mestre em que os profissionais prescrevem os fármacos em busca da redução dos surtos psicóticos e de uma aproximação com determinados padrões de normalidade. Entendo, entretanto, que não se deve diminuir a importância dos medicamentos para o controle dos surtos psicóticos, sendo também importante valorizar a busca da cidadania dos portadores de transtornos mentais pelo serviço social. Temos de incluir, porém, o sujeito nessa dinâmica institucional, e, para que isso ocorra, é necessário levar em conta a clínica do sujeito preconizada pela psicanálise.

A psicanálise trata do gozo do sujeito, daquilo que foi construído pelo seu sintoma na constituição do sujeito e na sua inserção na linguagem. É através da fala que ocorre o tratamento do que foi instituído nesse mal-entendido com a linguagem. Esse gozo não é reconhecido pela medicina, o que Lacan ([1966]2001, p.11) denomina como “falha epistemo-somática”. A clínica do sujeito adota os princípios da psicanálise aplicada em uma clínica ampliada em uma instituição de saúde mental e defende a necessidade de ultrapassar os limites das novas molduras instituídas, as novas amarras dos atuais dispositivos institucionais que se fazem presentes no CAPS. Desse modo, a clínica do sujeito, que é uma prática da psicanálise em extensão, defende a busca da implicação do sujeito com o seu tratamento, ou seja, que o participante dos serviços de saúde mental possa ser sujeito e responsável por suas

escolhas. Para que isso aconteça, contudo, é necessário fazer advir o sujeito que se encontra apagado e subjugado pelo discurso do mestre das práticas institucionais.

Com a histerização do discurso, ocorre o deslocamento do discurso do mestre para o discurso da histérica em que o sujeito se torna agente do discurso e busca que o Outro produza um saber sobre o seu gozo. Nessa perspectiva, é através do discurso do analista que o profissional convoca o sujeito a produzir um saber sobre o seu gozo. Entretanto, a psicanálise defende a impossibilidade de um saber total sobre o sujeito, não sendo possível a erradicação do sofrimento devido a sua condição estrutural de falta-a-ser e da impossibilidade da relação sexual. Desse modo, quando o sujeito, em sua singularidade, reconhece suas limitações e sua autonomia, ele pode se implicar no tratamento e lidar com o seu gozo, buscando tratar o que foi foracluído no simbólico e insiste em retornar do real na psicose. É nessa dinâmica que pode ocorrer o aparelhamento do gozo e a inclusão do sujeito psicótico nos discursos, possibilitando fazer laço social.

Outra situação estudada que auxiliou a analisar a ética psicanalítica e os diversos impasses enfrentados pela equipe multiprofissional do CAPS, foi o caso Peter. O participante do serviço de saúde mental foi transferido de um CAPS infantil com um diagnóstico que indicava a dificuldade de ter sido escutado pela antiga instituição. Peter tem 19 anos e, devido a sua estrutura clínica de psicose, tem dificuldade de se responsabilizar pelo seu gozo.

Durante as discussões desse caso, foi constatado pela equipe que o saber *a priori*, característico do discurso universitário, não pôde ser utilizado para realizar o tratamento clínico adequado. Desse modo, Peter se recusou a ser inserido em uma determinada “moldura” ou nos dispositivos disponíveis e fazer parte de um determinado formato preestabelecido. Foi a insistência de Peter em se fazer percebido, em querer ser sujeito, que possibilitou o questionamento sobre a falta de dispositivos que levem em conta o sujeito para além da ética do bem-estar. Assim, no momento em que foi notada, pelo psicólogo com abordagem psicanalítica, a presença do discurso histórico, com a busca de um saber que está do lado do sujeito como agente, a presença do discurso analítico pelos profissionais possibilitou um giro dos discursos e a consideração da singularidade do sujeito. Através do discurso analítico, reconhecendo o não saber sobre o tratamento de Peter, foi permitida a construção de um novo saber nas reuniões técnicas da equipe.

O caso Peter também mostrou as dificuldades da estrutura institucional, com a falta de recursos materiais e profissionais aptos ao trabalho com a clínica do sujeito. A falta de participação mais efetiva das psiquiatras nas reuniões técnicas também foi observada, sendo

que, na maioria das vezes, os médicos se limitaram à prática da medicalização em seus consultórios.

A clínica do sujeito, tendo como fundamento a clínica da escuta, que é utilizada pela psicanálise, poderá auxiliar a criação, nos CAPS, de dispositivos que busquem advir o sujeito e o seu desejo. O sujeito é constantemente excluído pelo discurso do mestre, utilizado pela psiquiatria, ou pelo discurso universitário, que detém um saber *a priori*, impregnado nos diversos profissionais das equipes de atenção psicossocial das instituições de saúde mental.

O discurso universitário é o mais utilizado na atenção psicossocial, pois tem como premissa um conhecimento prévio sobre o que é bom para o sujeito e o que deve ser feito quando ele tem um determinado sintoma ou comportamento. Entretanto, as adversidades levaram impasses a esse discurso, principalmente quando, no caso Peter, este não atendeu a essa “moldura” ou aos dispositivos institucionais atualmente estabelecidos. Desse modo, é importante a elaboração de novas políticas públicas que contemplem dispositivos que levem em consideração a singularidade de cada sujeito, para além dos sintomas identificados pela psiquiatria e dos direitos dos portadores de transtornos mentais à cidadania, previstos nos serviços de assistência social, pois:

Atenção psicossocial e clínica do sujeito não são a mesma coisa. Mas uma pode tornar a outra possível – desde que a primeira evite dois riscos: o de impor ao psicótico ideais de funcionamento que são nossos e aos quais ele muitas vezes não pode corresponder, e o de acreditar que o bem estar psicossocial torna menos relevante o trabalho subjetivo na palavra; e que a segunda reconheça os limites de qualquer prática ligada à palavra e a necessidade, em certos casos de prioridade, na psicose grave, de uma ajuda concreta e cotidiana ao viver. (TENÓRIO, 2001 b, p.87).

Esta dissertação percorreu o exame de alguns conceitos fundamentais da psicanálise e indispensáveis para o tratamento do problema da pesquisa, como o exame do conceito de sujeito para a atenção psicossocial e para a psicanálise. Foi analisado, ainda, o sintoma do pronto de vista médico e da psicanálise. Para tanto, foi necessário identificar o tratamento dado ao gozo, a ética do bem-estar e a ética de bem dizer o sintoma através dos discursos lacanianos, que serviram para investigar a presença do discurso analítico entre os outros discursos na clínica institucional do CAPS. Com uma escuta das reuniões técnicas, foi possível a identificação dos diversos discursos entre os profissionais e a presença da psicanálise e as repercussões do discurso analítico. Entretanto, durante a pesquisa, foi

identificada a necessidade de examinar o conceito de ato na clínica, tanto pelas noções de *acting out* e passagem ao ato, como também pela vertente do ato analítico.

A pesquisa revelou que ato pode assumir diversos significados, entendidos de diferentes maneiras pela equipe multiprofissional no CAPS como, por exemplo, um ato violento percebido pela atenção psicossocial ou um ato analítico da práxis psicanalítica. Outro ato trabalhado no desenvolvimento da pesquisa foi o ato de fala, que é um ato performativo, ou seja, busca que o sujeito através da fala, através do simbólico, possa tratar o seu gozo e seu sintoma que está no real, permitindo lidar com o irreduzível do significante.

Nessa perspectiva, é importante lembrar que, para Freud, existem diversos tipos de atos como os atos falhos, obsessivos, histéricos. A recordação não é um ato, pois o sujeito tem uma lembrança do que aconteceu, enquanto a repetição é involuntária e ocorre através de uma compulsão em forma de ato. Desse modo, para a psicanálise, existem diversas formas de ato como no *acting-out* quando o sujeito aparece no ato de repetição e se expressa pela atuação, pois não *recorda* coisa alguma. Já na passagem ao ato ocorre uma atualização do trauma e a destituição do sujeito, pois ele se apaga.

A discussão e a construção do caso Fênix auxiliaram a análise da noção de ato do ponto de vista da equipe multidisciplinar do CAPS e o exame dos impasses criados na condução do tratamento deste caso. Nas reuniões técnicas, a rotina de Fênix foi descrita numa alternância entre a compulsão a repetição com o *acting-out* e uma constante ameaça de passagem ao ato, pois possuía ideias suicidas. Ela foi apresentada como tendo um convívio social muito restrito, sem amigos, não gostava de ser tocada por homens, dependia da técnica de referência para realizar suas atividades diárias e tinha medo de ficar sozinha com receio de se automutilar. Segundo os técnicos que a acompanhavam, Fênix tinha uma compulsão a uma prática de se queimar com uma colher e de jogar álcool em partes do seu corpo, ateando fogo com fósforo. Embora sentisse a dor, ao mesmo tempo, sentia-se aliviada e conseguia dormir.

Esse caso foi discutido pela equipe multiprofissional, sendo traçados na reunião técnica alguns objetivos a serem alcançados na direção do tratamento, indicando uma ética voltada para o bem-estar e a presença do discurso universitário, estabelecendo um saber sobre o que seria melhor para ela. Entre os objetivos, constavam a diminuição da dependência de Fênix para com a técnica de referência, a busca da construção de laços sociais e um maior engajamento dela no seu tratamento através da diminuição da sua dependência para com alguns profissionais, concomitante com a construção de certa suposição de saber, por parte de Fênix, à equipe em lidar com suas questões.

Houve a participação de psicólogos com orientação psicanalítica que possibilitaram a presença do discurso analítico e da ética de bem dizer o sintoma, ressaltando a importância da manutenção do atendimento individual com a escuta do sujeito, o que favoreceria a implicação da usuária com o seu sintoma e com seu tratamento. Em reuniões posteriores, foi relatado que continuou sendo realizada a escuta de Fênix, a qual demonstrou uma boa recepção às diretrizes adotadas pela equipe e, como consequência, ocorreu uma estabilização do seu quadro clínico. Este caso mostrou a necessidade de dispositivos orientados pela clínica do sujeito, visto que tanto a técnica de referência quanto a psicóloga são orientadas através da ética médica e do bem-estar do sujeito.

Durante a pesquisa, foram constatados vários sinais que validam a relevância da presença da psicanálise no CAPS que, considero, será de grande importância no âmbito do tratamento clínico do sujeito nessa instituição pública. A possibilidade de implementação de uma clínica voltada para o sujeito pode ser vista através de diversas formas tais como o uso da ética de bem dizer o sintoma em suplemento à ética do bem-estar, que pode ser viabilizado através de um dispositivo que possibilite a escuta analítica do sujeito e a possibilidade da presença do discurso analítico fazendo uma interlocução com os outros discursos presentes nas reuniões técnicas e nas práticas clínicas e oficinas do CAPS.

Nessa perspectiva, uma das principais contribuições da psicanálise para esse serviço de saúde mental é a possibilidade de colocar em prática a clínica do sujeito, deslocando a ênfase dado à doença para centrar na singularidade e nas questões do sujeito. Para que isso seja possível, entretanto, é necessário considerar o sujeito como parte fundamental e responsável pelo seu tratamento.

Um passo importante para o exercício da clínica do sujeito é que seja colocado em prática o conceito de clínica ampliada, expandindo o conceito de clínica médica psiquiátrica e atribuindo à medicalização um valor necessário, mas paliativo ao tratamento. Para que isso se torne possível, é necessário considerar o sintoma, o delírio e as alucinações, como parte da estrutura clínica do sujeito psicótico, que deve ser escutado para que possam acontecer essas elaborações. A escuta do sujeito provavelmente resultará em uma diminuição dos *acting-out* na atuação dos sujeitos, que ocorre, muitas vezes, devido à falta de elaboração simbólica.

Desse modo, faz-se necessário ampliar os dispositivos de tratamento oferecidos aos participantes dos serviços do CAPS através do atendimento individual com orientação psicanalítica, possibilitando a escuta analítica visando advir o sujeito no processo de transferência no tratamento na clínica.

Para a implementação da prática da clínica do sujeito, são necessários o exercício e a aplicação da ética de bem dizer o sintoma em suplemento à ética do bem-estar, orientando a equipe multiprofissional na direção do tratamento aos participantes dos serviços do CAPS. A interlocução e o exercício das duas éticas irão fortalecer o serviço de atenção psicossocial, possibilitando a participação dos sujeitos e seus desejos na direção do seu tratamento, e facilitarão o manejo clínico, o que provavelmente favorecerá melhores resultados, pois terá a participação dos sujeitos no seu processo de reabilitação, formação de laços sociais e reinserção na sociedade.

Outra contribuição importante da presença da psicanálise e com a prática da clínica do sujeito nos serviços do CAPS é o exercício do trabalho através da equipe multidisciplinar como parte fundamental na discussão e construção dos casos clínicos. Essa prática é importante para a direção do tratamento clínico e para o sujeito, pois ultrapassa a questão diagnóstica. Nas reuniões técnicas, discute-se a estrutura clínica do sujeito e se realiza a construção coletiva dos Projetos Terapêuticos Individuais/Singulares (PTI/PTS), levando em consideração o desejo do sujeito que deve ser acolhido, realizado através de uma escuta prévia.

A presença da psicanálise tem muitas repercussões também em considerar a ética de bem dizer o sintoma nas oficinas e trabalho em grupo. É importante que os técnicos, terapeutas ocupacionais e educadores físicos possam exercer tanto a ética do bem-estar como possa realizar uma interlocução com a ética do bem dizer o sintoma durante as atividades. A equipe multiprofissional deve estar atenta ao que os participantes dos serviços de saúde falam, ou seja, que os sujeitos possam ser escutados e tratados na posição de agente do seu discurso, o que facilitará o tratamento clínico, a sua estabilização e uma possível civilização do gozo, com o aparelhamento e a inclusão do sujeito nos laços sociais.

Estou finalizando, mas não concluindo este trabalho, pois tenho intenção de continuar desenvolvendo essa pesquisa tanto na docência na universidade como na prática clínica após a conclusão desta etapa acadêmica. Gostaria também de continuar esse trabalho no doutorado através de uma pesquisa acadêmica investigando “de quais maneiras podemos realizar a inclusão dos sujeitos psicóticos nos laços sociais”.

Desse modo, continua o desafio em buscar desenvolver a prática psicanalítica em extensão para além das fronteiras dos consultórios, aparelhando à clínica ampliada para fazer frente aos novos dispositivos clínicos necessários para desenvolver o tratamento com os sujeitos psicóticos após o advento da reforma psiquiátrica. Isso também resultará na revisão teórica no atendimento à clínica da psicose através da prática psicanalítica na área de saúde

mental. É um posicionamento a ser tomado pelos profissionais da área de saúde, buscando romper com as barreiras e impasses em uma atuação conjunta da equipe multidisciplinar visando fortalecer as práticas e os dispositivos nos tratamentos clínicos nos CAPS.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. *O que é um dispositivo?* Florianópolis: Outra Travessia - PPGL-UFSC, 2005. p.09-16. Disponível em <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/Outra/article/view/12576>>. Acesso em: 04 set. 2015.
- ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. (Org.) *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Companhia de Freud, 2006.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* [1995]. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.73-84.
- AUSTIN, J. L. *Quando dizer é fazer: palavras e ação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- BADIOU, A. Fórmulas de “O aturdido”. In: BADIOU, A.; CASSIN, B. *Não há relação sexual: duas lições sobre “O aturdido” de Lacan*. Tradução de Claudia Berliner. Rio de Janeiro: Zahar, 2013. p.61-83.
- BARRETO, F. *Reforma psiquiátrica & movimento lacaniano*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.
- BENTES, L.. *As patologias do ato*. Rio de Janeiro: Vermelho Marinho, 2014.
- BRASIL. *Código de ética do/a assistente social: Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão*. 10.ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.
- BRASIL. Governo federal. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990 a.
- BRASIL. Governo federal. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990 b.
- BRASIL. Governo federal. Lei 10.216 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. Antigo Projeto – Paulo Delgado. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE*. Brasília, DF: Secretaria-Executiva, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Clínica Ampliada e Compartilhada*. Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 224/MS, de 29 de janeiro de 1992. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 106/MS, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPS i. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2002.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM Nº 245 de 17 de fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2005 a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM Nº 246 de 17 de fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2005 b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: DAPE, 2005 c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar sim, excluir não*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2002 b.
- BRODSKY, G. *Short story: os princípios do ato analítico*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.
- BROIDE, J. *A construção de dispositivos clínicos*. Porto Alegre: Correio APPOA, 2014. Disponível em: <http://www.appoa.com.br/correio/edicao/240/a_construcao_de_dispositivos_clinicos/156>. Acesso em: 18 jun.2015.
- BRUNHARI, M. V. *A sombra do objeto: um percurso entre a melancolia e a passagem ao ato*. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.
- CHEMAMA, R. *Dicionário de psicanálise Larousse*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- CIRINO, O. *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.
- COSTA, J. F. As éticas da psiquiatria. In: COSTA, J. F.; SILVA FILHO, J. F. (Org.). *Ética e saúde mental*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996. p.27-41.
- COSTA, J. F. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- COSTA, C. A. R.; FREIRE, A. B. Lacan, secretário do alienado. *Mental*, Barbacena, MG, v. 8, n.14, p.65-91, 2010. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272010000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 6 set. 2015.
- COSTA-ROSA, A. Ética e clínica na atenção psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. *Saude soc.*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 743-757, set. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300018&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 4 maio 2016.
- COUTO, R.; ALBERTI, S. Contribuição ao debate entre psicanálise e a atual reforma psiquiátrica brasileira. *Mental: Revista de Psicanálise e Saúde Mental*, Barbacena/MG, n.11, p.15-33, 2008. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42021668001>>. Acesso em: 18 set. 2014.
- COZBY, P. C. *Métodos de Pesquisa em Ciências do Comportamento*. São Paulo: Atlas, 2006.
- CRESWELL, J. W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- CRUZ, K.; FERNANDES, A.H. Dispositivos Clínicos dos Psicólogos em CAPS de Salvador: entre Tutela e Clínica das Psicoses. In: *Revista Psicologia e Saúde*, v. 4, n. 2, jul. / dez. 2012. p.94-105. Disponível em: < <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/175>>. Acesso em: 18 set. 2014.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DELEUZE, G. ¿Que és un dispositivo? In: *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa, 1990. Tradução para o português de Wanderson Flor do Nascimento. p.155-163. Disponível em: < <http://escolanomade.org/pensadores-textos-e-videos/deleuze-gilles/o-que-e-um-dispositivo> >. Acesso em: 5 set. 2015.

DELGADO, P. (Deputado). *Projeto de Lei 3657/89*. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1989. Disponível em: < http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=1C62855410339076A4440A9B16DEA066.proposicoesWeb2?codteor=1149947&filename=Dossie+-PL+3657/1989 >. Acesso em: 4 out. 2015.

ELIA, L. *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

FALRET, J-P. *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés: leçons cliniques e considerations générales*. Paris: J. B. Baillière et Fils, 1864.

FERNANDES, A. H. *A psicanálise diante do DSM e do capitalismo*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2014. Inédito.

FERNANDES, A. H. Psicanálise: interpretação? In: FERNANDES, A. H. (Org.). *A lógica da interpretação*. Salvador: Associação Campo Psicanalítico, 2012. p.52-61.

FERNANDES, A. H.; FREITAS, L. A. Tempos de reforma psiquiátrica: a clínica da recepção e a direção do tratamento no hospital Juliano Moreira, de Salvador–Bahia. *Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, Universidade Presbiteriana Mackenzie, v.11, n.1, p. 97-109, 2009. Disponível em < <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/899> >. Acesso em: 18 set. 2014.

FIGUEIREDO, A. C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, ano 1, v.7, p.75-86, 2004. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017778006> >. Acesso em: 14 set. 2015.

FIGUEIREDO, A. C. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. In: GUERRA, A. M. C.; MOREIRA, J. O. (Org.). *A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social*. Curitiba: CRV, 2010. p.11-18.

FIGUEIREDO, A. C.; CAVALCANTI, M. T. (Org.). *A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: CUCA-IPUB/UFRJ, 2001.

FIGUEIREDO, A. C.; TENÓRIO, F. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, ano 5, n. 1, p.29-43, 2002. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233018096003> >. Acesso em: 14 set. 2015.

FINGERMANN, D. *Por causa do pior*. São Paulo: Iluminuras, 2005.

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

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 22.ed. São Paulo: Graal; Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

FREUD, S. As neuropsicoses de defesa [1894]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v.III, p.51-72.

FREUD, S. Fragmento da análise de um caso de histeria [Pós-escrito do caso Dora] [1905]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v.VII, p.12-115.

FREUD, S. A interpretação dos sonhos [1900]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v.IV (parte 1), p.17-322 e v. V (parte 2), p.323-673.

FREUD, S. Sobre a psicopatologia da vida cotidiana [1901]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v.VI, p.11-271.

FREUD, S. Análise de uma fobia de um menino de cinco anos [1909]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v.X, p.13-154.

FREUD, S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (Dementia paranoides) [O caso Schreber] [1911]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v.XII, p.15-108.

FREUD, S. Uma nota sobre o inconsciente na psicanálise [1912]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. XII, p.323-334.

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II [1914]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v.XII, p.191-203.

FREUD, S. Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III) [1915 a(1914)]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v.XII, p.207-223.

FREUD, S. O inconsciente [1915 b]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v.XIV, p.183-245.

FREUD, S. Conferências introdutórias sobre psicanálise: Conferência II – Parapraxias [1916 (1915)]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. XV, p.39-55.

FREUD, S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica [1919(1918)]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v.XVII, p.199-211.

FREUD, S. O mal-estar na civilização [1930 (1929)]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v.XXI, p.75-279.

GERBASE, J. *Atos de fala*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2015.

GERBASE, J. Carrossel entrevista Jairo Gerbase. *Carrossel*, Salvador, EPB, ano 1, n.0, abr. 1977. Disponível em < <http://www.campopsicanalitico.com.br/media/1055/carrossel-entrevista.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2016.

GERBASE, J. *Hist(o)erizar ou Hist(e)orizar a paranoia*: alíngua histérica. Texto apresentado ao VII CONGRESSO INTERNACIONAL CAMPO LACANIANO, 17 jun. 2012, Rio de Janeiro. Inédito. Cópia de texto fornecido por e-mail pelo autor em 25/04/2014.

GERBASE, J. O poder do grande Outro. *Cogito*, Salvador, Círculo Psicanalítico da Bahia, n.11, p.26-28, 2010. Disponível em < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cogito/v11/v11a05.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2016.

GERBASE, J. *Os paradigmas da psicanálise*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2008.

GOLDBERG, J. *A clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1994.

GUERRA, A. M. C. *A estabilização psicótica na perspectiva borromeana: criação e suplência*. 2007. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica)-Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, UFRJ, 2007.

KYRILLOS NETO, F. *Efeitos de circulação do discurso em serviços substitutivos de saúde mental*. 2007. Tese (Doutorado em Psicologia Social)-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

LACAN, J. *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade* [1932]. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

LACAN, J. Formulações sobre a causalidade psíquica [1946]. In: _____. *Escritos* [1966]. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p.152-194.

LACAN, J. *O Seminário, Livro 1: os escritos técnicos de Freud* [1953-1954]. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

LACAN, J. *O Seminário, Livro 3: as psicoses* [1955-1956]. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

LACAN, J. *O Seminário, Livro 4: as relações de objeto* [1956-1957]. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose [1957-1958]. In: _____. *Escritos* [1966]. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 537-590.

LACAN, J. *O Seminário, Livro 5: as formações do inconsciente* [1957-1958]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LACAN, J. *O Seminário, Livro 6: o desejo e sua interpretação* [1958-1959]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2016.

LACAN, J. *O Seminário, Livro 7, A ética da psicanálise* [1959-1960]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

LACAN, J. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud [1960 a (1957)]. In: _____. *Escritos* [1966]. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 496-533.

LACAN, J. Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: "Psicanálise e estrutura da personalidade" [1960 b]. In: _____. *Escritos* [1966]. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p.653-691.

LACAN, J. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano [1960 c]. In: _____. *Escritos* [1966]. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 807-842.

LACAN, J. Posição do inconsciente no Congresso de Bonneval [1960/1964]. In: _____. *Escritos* [1966]. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 843-864.

- LACAN, J. *O Seminário, Livro 9: a identificação* [1961-1962]. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2011. Inédito (Publicação não comercial).
- LACAN, J. *O Seminário, Livro 10: a angústia* [1962-1963]. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- LACAN, J. *O Seminário, Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* [1964 a]. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LACAN, J. Do "Trieb" de Freud e do desejo do psicanalista [1964 b]. Tradução de Vera Ribeiro. In: _____. *Escritos* [1966]. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p.865-868.
- LACAN, Jacques. A ciência e a verdade [1965-1966]. In: _____. *Escritos* [1966]. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p.869-892.
- LACAN, J. De nossos antecedentes [1966]. In: _____. *Escritos* [1966]. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p.69-76.
- LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina [1966]. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, n.32, p.8-14, dez.2001.
- LACAN, J. Apresentação das Memórias de um doente dos nervos [1966]. In: _____. *Outros escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 219-223.
- LACAN, J. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola [1967]. In: _____. *Outros escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 248-264.
- LACAN, J. *Pequeno discurso aos psiquiatras*: aula de 10 de novembro de 1967. p. 1-20. Inédito. Disponível em: < <https://pt.scribd.com/doc/270116905/Discurso-Aos-Psiquiatras> >. Acesso em: 1º dez. 2015. (Publicação não comercial).
- LACAN, J. *O Seminário, Livro 15: o ato psicanalítico* [1967-1968]. Inédito. (Publicação não comercial).
- LACAN, J. *O Seminário, Livro 16: de um Outro ao outro* [1968-1969]. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- LACAN, J. *O Seminário, Livro 17: o avesso da psicanálise* [1969-1970]. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.
- LACAN, J. Radiofonia [1970]. In: _____. *Outros escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 400-447.
- LACAN, J. *Estou falando com as paredes* [1971-1972]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.
- LACAN, J. *O Seminário, Livro 19: ... ou pior* [1971-1972]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012.
- LACAN, J. O aturdido [1972]. In: _____. *Outros escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p.448-497.
- LACAN, J. *O Seminário, Livro 20: mais ainda* [1972-1973]. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.
- LACAN, J. Televisão [1973]. In: _____. *Outros escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p.508-543.
- LACAN, J. *O Seminário, Livro 22: RSI* [1974-1975]. Salvador: Biblioteca do Campo Freudiano: EBP, 1996. Inédito (Versão para circulação interna).
- LACAN, J. *Conferências e entrevistas em algumas universidades norte-americanas* [1975]. Inédito. Tradução da Biblioteca do Campo Freudiano. Salvador: Escola Brasileira de Psicanálise, 1997 (Versão para circulação interna). Publicadas originalmente na *Silicet*, n.6/7.

- LACAN, J. Prefácio à edição inglesa do Seminário 11 [1976]. In: _____. *Outros escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p.567-569.
- LACAN, J. *O Seminário, Livro 24: o não-sabido que sabe de um-equívoco é o amor* [1976-1977]. Inédito. Tradução de Jairo Gerbase. Salvador: Campo Lacaniano, 1998. (Versão para circulação interna).
- LACAN, J. Abertura da sessão clínica [1977 (1956)]. Tradução. *Revista Traço Freudiano*, Veredas Lacanianas, Escola de Psicanálise, ano 1, n.0, p.1-11, set./out. 1992. Inédito. Disponível em: < <http://www.traco-freudiano.org/tra-lacan/abertura-secao-clinica/abertura-clinica.pdf> >. Acesso em: 4 out. 2015. (Publicação não comercial).
- LAURENT, E. Alienação e separação II. In: _____. *Para ler o Seminário 11 de Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997. p.42-51.
- LACHAUD, D. Repetição. *Che vuoi? Psicanálise e cultura*, Porto Alegre, Cooperativa Cultural Jacques Lacan, ano 1, n. 1, p.101-117, 1986.
- LEGUIL, F. Mais-além dos fenômenos. In: _____. *A querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p.60-69.
- LOPES, R. Quem é o sujeito da psicanálise? *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 40, n.2, p.249-272, 2008. Disponível em < <http://www.spid.com.br/revistas/r40.2/03%20TP40.2%20-%20Rosa%20Guedes%20Lopes.pdf> >. Acesso em: 18 set. 2014.
- MENDONÇA, R. *O inconsciente a céu aberto e a transferência: o secretário do alienado como manejo clínico na psicose*. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Universidade Federal de São João del-Rei, Minas Gerais, 2012.
- MILLER, J-A. *O osso de uma análise + O inconsciente e o corpo falante*. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.
- MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. *Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato*. Botucatu: Interface Botucatu, v. 13, supl. 1, 2009. p. 627-640. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500014&lng=en&nrm=isso >. Acesso realizado em 17 set. 2015.
- MONTEZUMA, M. A. A clínica na saúde mental. In: QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Marca d'Água, 2001. p.133-141.
- MOURA, A.; NIKOS, I. Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, Escuta, ano 13, n.140/141, p.69-76, 2000. Disponível em: < http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/140_141_08.pdf >. Acesso em: 4 out. 2015.
- NOGUEIRA, L.C. A pesquisa em psicanálise. *Revista de Psicologia USP*, São Paulo, v. 15, n. 1-2, p.83-106, 2004. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v15n1-2/a13v1512.pdf> >. Acesso em: 4 out. 2015.
- QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- QUINET, A. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
- QUINET, A. *Teoria e clínica da psicose*. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- REYMUNDO, O. Prefácio. In: BENTES, L.V.G. *As patologias do ato*. Rio de Janeiro: Vermelho Marinho, 2014. p.11-14.

RINALDI, D. O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário. In: RINALDI, D. (Org.); JORGE, M.A.C. (Org.). *Saber, verdade e gozo: leituras de O Seminário*, Livro 17, de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2002. p.53-69.

RINALDI, D. Clínica do sujeito e atenção psicossocial: novos dispositivos de cuidado no campo da saúde mental. Comunicação de pesquisa. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, UERJ, v.3, n.1, p.97-100, 2003. Disponível em: < <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/7783> >. Acesso em: 1º dez. 2015.

RINALDI, D. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: ALBERTI, S. (Org.); FIGUEIREDO, A.C. (Org.). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p.141-147.

RINALDI, D. O traço como marca do sujeito. *Estudos de Psicanálise*, Salvador, Circulo Brasileiro de Psicanálise, n.31, p.60-64, out. 2008. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n31/n31a08.pdf> >. Acesso em: 4 abr. 2016.

RINALDI, D. Reinserção social e clínica: impasses no campo da reforma psiquiátrica. In: GUERRA, A.M.C. (Org.); MOREIRA, J.O. (Org.). *A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência social e defesa social*. Curitiba: CRV, 2010. p.129-139.

RINALDI, D.; ALBERTI, S. Psicanálise, saúde mental e universidade. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, UERJ, v.9, n. 2, p.533-545, set. 2009. Disponível em: < <http://www.revispsi.uerj.br/v9n2/artigos/pdf/v9n2a18.pdf> >. Acesso em: 4 fev. 2016.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. *Metodologia de Pesquisa*. 5.ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SCHREBER, D. P. *Memórias de um doente dos nervos* [1905]. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SOLER, Colette. *O inconsciente a céu aberto da psicose* [1937]. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

SOUZA, A. *Os discursos na psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.

TEIXEIRA, M. A. *A teoria dos quatro discursos: uma elaboração formalizada da clínica psicanalítica*. 2001. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica)-Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

TENÓRIO, F. Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In: QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2001 a. p.121-131.

TENÓRIO, F. Reforma psiquiátrica e psicanálise: um trabalho necessário. In: FIGUEIREDO, A. (Org.); CAVALCANTI, M. (Org.). *A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Cuca-Ipub-UFRJ, 2001 b. p.85-99.

TENÓRIO, F.; ROCHA, E. A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana C. (Org.). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p.55-72.

TORRES, R. *Dimensões do ato em psicanálise*. São Paulo: Annablume, 2010.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico. Tradução de Daniela Costa Bursztin. *Opção Lacaniana online nova série: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, ano 1, n.1, p.1-9, 2010. Disponível em: < http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_1/_construcao_do_caso_clinico.pdf >. Acesso em: 21 out. 2015.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
Instituto de Psicologia - IPS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI
MESTRADO ACADEMICO E DOUTORADO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada A presença da psicanálise em um Centro de Atenção Psicossocial da Cidade do Salvador, sob a responsabilidade dos pesquisadores Geraldo Natanael de Lima e Dr^a Andrea Hortélio Fernandes (orientadora). Essa pesquisa buscará analisar, a partir das discussões de casos nas reuniões técnicas/clínicas num CAPS II da cidade de Salvador-Ba, a presença da psicanálise e suas repercussões na direção do tratamento dos usuários dos serviços de assistência à saúde mental. O TCLE será obtido pelo pesquisador Geraldo Natanael de Lima para ele realizar as observações durante as reuniões técnicas/clínicas do CAPS. Você não será submetido a entrevistas individuais, questionários, filmagens, fotos ou gravações. Essa pesquisa irá verificar a presença da clínica do sujeito entre os dispositivos clínicos oferecidos no CAPS, analisar através das reuniões técnicas (clínicas) quais discursos, definidos pela psicanálise lacaniana, circulam pelo CAPS e irá buscar identificar a presença da ética psicanalítica em suplemento à ética do bem estar social proveniente da reforma psiquiátrica. O método da pesquisa será a de construção de casos clínicos em que serão utilizados fragmentos de casos de usuários relatados nas reuniões. Em nenhum momento você será identificado. Caso necessário, serão utilizados nomes fictícios dos participantes ou usuários nos relatos dos casos. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Para minimizar os riscos, não será identificado qual o CAPS foi desenvolvida a pesquisa, não serão consultados os prontuários dos usuários e não serão emitidas opiniões, as quais possam causar constrangimentos. O tempo de guarda do TCLE juntamente com os dados coletados da pesquisa será de cinco anos e serão guardados pelo pesquisador. Essa pesquisa terá como benefício a contribuição para a implementação de dispositivos que possam fomentar a clínica do sujeito que leve em consideração a subjetividade para além dos sintomas classificados e identificados pela medicina nos tratamentos realizados nos CAPS. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com o POSPSI - Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal da Bahia na Rua Aristides Novis, Estrada de São Lázaro, 197, CEP 40210-730 - Salvador, Ba. Tel: 71-3283-6442.

Salvador, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do pesquisador

Assinatura da orientadora

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Nome: _____ e assinatura do participante da pesquisa

Estrada de São Lázaro, 197 – Federação - 40210-730 – Salvador – Bahia - Brasil
Telefax.: 71 3283.6442 Cel.: 8707.1083
www.pospsi.ufba.br pospsi@ufba.br