

RICARDO AZEVEDO PACHECO

A SAÚDE MENTAL NO FIO DA CLÍNICA

CAMPINAS 2001

RICARDO AZEVEDO PACHECO

A SAÚDE MENTAL NO FIO DA CLÍNICA

Dissertação de Mestrado. Depto. de Medicina Preventiva e Social. Área de concentração: Planejamento. F.C.M. UNICAMP.

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos/UNICAMP

CAMPINAS 2001

UNICAMP

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	T/UNICAMP
	P115A
V	EX
TOMBO BC/	51840
PROC.	16-837-02
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	16/12/02
Nº CPD	

CM00177413-1

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

BIB ID 272456

P115s Pacheco, Ricardo Azevedo
A Saúde mental no fio da clínica / Ricardo Azevedo Pacheco.
Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientador : Gastão Wagner de Sousa Campos
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde Mental. 2. Psicanálise. 3. Psicose. I. Gastão Wagner de Sousa Campos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

RICARDO AZEVEDO PACHECO

A SAÚDE MENTAL NO FIO DA CLÍNICA

Comissão Examinadora
Campinas, 13 de Dezembro de 2001

Prof. Dra. Solange L'Abbate

Prof. Dra. Eliana Ribeiro Ribas

Prof. Dr. Gastão Wagner de S. Campos
Orientador

Prof. Dr. Mario Eduardo Costa Pereira

Prof. Dr. Ram Avraham Mandil

CAMPINAS 2001
UNICAMP

**Dedico este trabalho à Daniela e ao meu filho.
Também à um certo hospital-dia.**

AGRADECIMENTOS

À Mauro Mendes Dias, e à Escola de Psicanálise de Campinas, pela sustentação de um lugar de trabalho que permitiu várias das elaborações presentes neste texto.

À Georgia e Emê, que contribuíram com textos oportunos. À Ana Paula, excelente companheira no trabalho e Patrícia, pela presença tranquilizadora na prova da qualificação. À Salete e à Felizarda, pela condução de um cotidiano que seria mais duro sem o bom-humor.

Ao restante da equipe do HD, a que está presente, pelo acolhimento às minhas idéias, pela colaboração e estímulo. Às equipes pelas quais passei, pelo amadurecimento.

Ao Cândido, por fazer rever algo sobre meus ideais e fazer ver que há uma política.

Ao Gastão, pela orientação e pelo respeito à diferença.

Aos pacientes, pois é do encontro precioso com eles que se delineia o fio deste trabalho.

SUMÁRIO

1) INTRODUÇÃO.....	13
1.1) A inserção na Saúde Coletiva.....	13
1.2) Na trilha da clínica, a psiquiatria.....	16
1.3) Na trilha da clínica, a Reforma.....	21
1.4) A clínica e o analista, na Saúde Mental.....	25
2) CONCEITOS E MÉTODO.....	33
2.1) Normatividade e psicanálise.....	34
2.2) A conexão freudiana.....	39
2.2.1) Norma e consciência.....	39
2.2.2) Uma outra psicopatologia.....	44
2.3) Paradigmas e Ideologia.....	47
3) A CLÍNICA PSIQUIÁTRICA.....	54
3.1) Um descompasso que se repete.....	55
3.2) A operação fundamental.....	60
3.3) Os limites intrínsecos.....	64
3.4) O “morcego”.....	68
4) A CLÍNICA E A REFORMA.....	71
4.1) Reforma Psiquiátrica e Saúde Pública.....	72
4.2) A Saúde Pública no fio da clínica.....	78
4.3) A Reforma Psiquiátrica no fio da clínica.....	80
4.3.1) A negação basagliana.....	83
4.3.2) Reencontrar a clínica.....	88
4.4) A contemporaneidade e suas particularidades.....	90
5) O GUME DA CLÍNICA.....	96

5.1) Do “ferro” para novos objetos.....	97
5.2) A precariedade do saber.....	101
5.3) A báscula na noção de realidade.....	103
5.4) O “transformador” e seu peso.....	105
5.5) A “transformação” em Schreber.....	109
5.6) A ciência do eletrotécnico.....	111
6) CONCLUSÃO.....	114
7)	
BIBLIOGRAFIA.....	117

RESUMO

Palavras chave: Psicanálise, Saúde Pública, Saúde Mental, Psicose, Psiquiatria, Reforma Psiquiátrica, Clínica, Caso clínico

A clínica com psicóticos, vista sob a perspectiva das leituras de Sigmund Freud e Jacques Lacan e revista a partir de suas particularidades, de uma inserção no dispositivo político-institucional e no discurso da Saúde Mental é o fio condutor deste trabalho. A revalorização do espaço da e para a clínica dentro da Saúde Mental, nas instituições e junto aos agentes responsáveis pela condução do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, é seu objetivo maior.

Algumas referências conceituais permitiram discernir este percurso: normatividade, a relação paradigmas/ideologia/legitimação científica, o aparelho psíquico freudiano e a teoria lacaniana sobre as psicoses são as principais. A discussão acerca delas é feita num capítulo específico, mas estes elementos teóricos permeiam todo o trabalho.

Neste trajeto, dois “encontros” foram necessários e precederam a discussão mais própria sobre a questão clínica. Foram eles os encontros com os discursos da Psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica. Para falar de ambas houve a necessidade de escolher uma leitura e um recorte diante da extensão e complexidade destes saberes e práticas, que não são propícios à abordagens unificadoras.

Sem tais recortes porém, este trabalho – que não visa uma crítica epistemológica nem um levantamento histórico –, não teria sido possível. Assim, correndo o risco da parcialização de um enfoque por um lado, e da superficialidade por outro, foi mantido o objetivo anunciado de “dar voz à clínica”.

Quanto “à” psiquiatria, a escolha foi por uma literatura que procurasse explorar a relação de filiação psiquiatria/medicina e suas implicações nas operações intelectuais em jogo no exercício da clínica psiquiátrica. Quanto “à” Reforma Psiquiátrica, a interrogação de textos de Basaglia e outros acerca do

lugar reservado à clínica, ou seja, à particularidade radical da experiência e do discurso do louco, foi o que orientou a pesquisa.

Finalmente, para “dar voz” à clínica, uma exploração sobre a noção de caso clínico em psicanálise e como não poderia deixar de ser, o escrito desses casos que foram atendidos pelo autor/equipe num serviço alternativo de Saúde Mental. **A partir** disso (com o objetivo de diferenciar-se de um escrito **sobre** casos), pretendeu-se lançar questões mais genéricas e interpelar o autor, os serviços, as equipes, o discurso da Saúde Mental Pública, a psicanálise e indiretamente, o valor universalizante da política, suas injustiças, claudicações e antinomias.

SUMMARY

Key words: Psychoanalysis, Public Health, Mental Health, Psychosis, Psychiatry, Psychiatric Reform, Clinic, Clinic Case.

The clinic with psychotic people, seen under the Sigmund Freud and Jacques Lacan's reading perspectives and reviewed from those particularities and one insertion in the politic-institutional device and in the speech of Mental Health, is the conduction wire of this work. The revaluation of the space of and for the clinic in the Mental Health, in the institutions e with the agents in charge for the conduction of the Brazilian Psychiatric Reform process, its biggest target.

Some conceptual references allowed to discern this course: normativity, the paradigm-ideology-legitimization scientific relation, the freudian psycho device and the lacanian theory about psychosis are the main ones. The discussion about them is made in a specific chapter, but those theoretical elements permeate the entire thesis.

During this course, two "meetings" were needed and preceded the discussion itself about the clinic question. They were the meetings with the psychiatry and psychiatric reform speeches. To be able to say about both "meetings", there was the necessity of choosing a reading and a psychiatry piece before the extension and complexity of these knowledge and actions, not propitious to a unifier approach.

Without these pieces this work (which nor aims an epistemological comments neither a historical putting) wouldn't be possible. Thus, taking the risk of partisan of a focus, by a side, and of the superficiality, by another, the announced target of "give the clinic its speech" was maintained.

About "the" psychiatry, the chosen reading tried exploit the dependency psychiatry/medicine relation and its implications on intellectual operations at stake in the exercise of psychiatric clinic. About "the" Psychiatric Reform, the Basaglia's text questions and others about the reserved place for the clinic, what means, for

the experience's radical particularity and the lunatic speech, were what guided the research.

Finally, to "give the clinic its speech", the exploitation about the conception of clinic case in psychoanalysis and, how it couldn't be different, the reports about the clinic cases assisted by the author/staff in one alternative service of mental health, **From** those cases (looking for making differences between a report **about** cases), the daring of putting questions more generically and interpellate, the services, the staffs, the public mental health speech, the psychoanalysis and indirectly, the universalizing policy value, those injustices, claudicating and contradiction.

INTRODUÇÃO

1) INTRODUÇÃO

*“Não pode haver ausência de boca nas palavras:
nenhuma fique desamparada do ser que a revelou”.*

(Manoel de Barros).

1.1) A inserção na Saúde Coletiva

Qual a importância para a Saúde Coletiva em se articular uma crítica aos modelos clínicos presentes na história da Saúde Mental e propor caminhos e questionamentos a partir desta crítica? Quanto a esta história, é notório que nos últimos 20 anos, acumularam-se, de forma desigual, mudanças no cenário da assistência psiquiátrica pública no Brasil. Começaram a adquirir consistência, em alguns municípios (Santos, Campinas, Belo Horizonte, entre outros) processos de desinstitucionalização que geraram um contingente populacional que demanda suporte e atenção. Dentro dos muros dos manicômios, implementaram-se mudanças que retiraram, com maior ou menor sucesso, as mordidas institucionais que silenciavam tantos internos. Por outro lado, fora destes mesmos muros, instalou-se o desafio de oferecer soluções para os pacientes, agora não hospitalizados e portadores de quadros graves de sofrimento mental. Esta população interpela a capacidade resolutiva dos serviços, gera uma miríade de demandas e muitas vezes acaba por circular numa sucessão de internações ou no circuito jurídico-penal, reeditando com novos termos, a institucionalização.

Dentro destes contingentes, a população com diagnóstico de psicose é significativa, tanto numericamente quanto do ponto de vista das questões que coloca para o desenho e para as propostas de tratamento dos serviços alternativos de Saúde Mental. Considerando a insuficiência e a limitação de todos os modelos clínicos para responder às questões e que a experiência e o manejo

com psicóticos suscitam, cabe levantar a questão acerca da inserção da psicanálise e do psicanalista nos dispositivos da Saúde Mental e a partir de quais pontos a psicanálise, ou seus princípios podem ter uma incidência e uma contribuição interessantes e fecundas para inventar uma clínica própria à especificidade da intervenção neste campo. Em outros termos, qual o lugar e a importância de uma clínica que parta da consideração da existência e do inconsciente e que privilegie o campo da fala e sua escuta nas intervenções, do ponto de vista das populações e das instituições? Talvez este valor resida exatamente na espinhosa articulação entre a necessidade de se contemplar, em cada trajetória de tratamento e cuidado e em cada instituição, o particular de cada sujeito, sua experiência-sofrimento juntamente com um projeto de alcance público.

A escolha da psicanálise, e dentro dela a escolha da leitura de Freud e Lacan, aponta para autoria deste texto e para o que alguns anos de trabalho e de escuta junto aos psicóticos demonstra. A opção por uma perspectiva da clínica que considere o que é da ordem do inconsciente tem razões de ser. Recentemente, numa visita domiciliar, um paciente explicava e retomava alguns pontos da sua formação de eletrotécnico. Primeiro desenhava o modelo de um transformador (a fábrica do pai produz estes artefatos e ele havia estudado para sucedê-lo neste lugar), depois desenhava uma bobina e em seguida um gerador, explicando seu modo de funcionamento. Deteve-se no “gerador”, assimilando este dínamo ao que lhe ocorria: uma geração constante de fluxos elétricos que lhe entravam por vários buracos do corpo e uma “geração” constante de palavras, nas vozes insultuosas do pai e do irmão que só nos últimos dias havia parado um pouco de escutar.

Seu interesse naquele momento foi o de teorizar e demonstrar para os visitantes, a partir de seu saber sobre voltagem, amperagem e sobre física, o que lhe ocorria: que um Outro não cessava de “gerar” nele fluxos energéticos e palavras! Ora, este é um testemunho veemente de que um Outro fala no sujeito. Esta forma escancarada de testemunhá-lo talvez seja o estilo particular do psicótico em crise e sua relação com o inconsciente. O escândalo, a discrepância e o impasse para o manejo (afinal, o que responder se qualquer fala era

experimentada de forma invasiva pelo sujeito) que aquelas afirmações colhidas ao longo de um pedaço de tarde produziram, mapeiam algumas circunstâncias às quais uma clínica em Saúde Mental deve tentar responder e a crise psicótica talvez seja a face mais dramática delas.

Esta clínica, da qual a visita em questão é um exemplo, inclui variáveis diferentes da análise praticada no consultório por um analista, bem como traz questões cujo alcance extrapola os limites da escuta individualizada, interrogando inclusive o momento em que tal estratégia entra num tratamento. A própria situação do sujeito psicótico, a presença dos serviços de Saúde Mental, de equipes e as questões colocadas pelas políticas públicas de Saúde, são algumas destas variáveis. Voltando ao exemplo, a situação do sujeito naquele momento em que se recusava a levantar do leito, caso contrário mais um choque o atingiria, se negando, por isso, a ir a qualquer lugar além de sua casa, demonstram a especificidade e as variáveis que envolvem esta prática e que dizem respeito ao discurso, ao manejo e ao engajamento possível para o sujeito naquele momento.

Então, como e que clínica propor, considerando o contexto e a realidade concreta dos serviços (equipes, multidisciplinaridade, determinações políticas e de diretrizes como acesso, universalidade, etc) e desta população específica – os psicóticos – (que raramente fazem uma demanda direta de cura, que em geral chegam “carregados” pela demanda familiar ou social, cujo discurso ou a ausência de discurso é por vezes totalmente enigmática) que introduzem variáveis que se diferem muito da experiência convencional de um analista. Ou então, que adaptações e invenções esta clínica exige? Tais perguntas traçam um fio que é o fio do percurso deste trabalho. Segui-lo define um voto, um caminho e uma direção.

Entretanto, esta paixão pela clínica, ou seja, por aquilo que particulariza a experiência de um sujeito, diferenciando-a dos demais e definindo, por isso, o limite que tem o valor universalizante de uma nosologia, uma intervenção ou um procedimento, definem um risco. Este risco é a face que o fio cortante da experiência com psicóticos ensina e que vale advertir: as palavras e as intervenções não devem ser banalizadas, considerando a incidência e o peso real

e decisivo que podem ter nesses casos. No exemplo clínico em questão, a noção de um “gerador” para o sujeito era vivida no real dos choques no seu corpo e teorizada em termos de “ohms” (unidade mínima de resistência elétrica passiva), o que constitui uma maneira ímpar de experimentar e teorizar as coisas e a realidade. Naquele momento ainda, as tentativas de aproximação eram recebidas com fugas em que ele anunciava o temor mortal que qualquer aproximação física lhe despertava. Por isso, não banalizar a palavra talvez seja um princípio básico na clínica com psicóticos. Talvez este seja um princípio extraído da particularidade desta clínica e talvez a tentativa de assegurar-la possa vir dos serviços comunitários de Saúde Mental.

Fora do circuito das internações permanentes ou excessivamente longas, esta população exigirá, desde que garantida a existência e o acesso aos serviços alternativos, respostas sociais e comunitárias, mas também clínicas e de investigação, que contribuam para o resgate do conhecimento e do enquadre clínico do sujeito. A construção de projetos terapêuticos que consigam articular estes diferentes planos, talvez seja a principal invenção “transformadora” a ser realizada pelas equipes nos serviços de atenção à Saúde Mental. Estes projetos deverão opor-se ao dispositivo institucional manicomial causador de desumanização e silenciamento, e também aos discursos, às técnicas ou intervenções que se ligarem à ideologias universalizantes, aproximando o sujeito humano e seu psiquismo, por exemplo, à experiência biológica. Pelo mesmo motivo, deverão ser elaborados de forma a não aproximar apressadamente a experiência psicótica tão-somente à experiência social das minorias, esquecendo o insondável e muitas vezes o irrecuperável, presentes no enlouquecer.

1.2) Na trilha da clínica, a psiquiatria

Há cerca de 20 anos o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira está em curso. A relação entre política e assistência, entre as conquistas legais e de financiamento e a necessidade da invenção deste “como fazer” no campo da clínica são apontadas por Desviat, ao analisar o movimento no Brasil (1998):

“Uma reforma na qual se pretende conquistar algo mais do que espaços organizativos pertencentes às forças mais inertes da sociedade brasileira e se consegue conjugar sua original capacidade social e comunitária, com uma clínica e investigação avançadas, lançando-se no resgate do patrimônio de cientificidade, tantas vezes usurpado por uma falsa academia. Incorporando as poucas ferramentas universalmente válidas de tecnologia sanitária e de atenção à saúde mental – psicopatológicas, diagnósticas, terapêuticas, epidemiológicas, de gestão – a seus espaços de vida, à sua trama participativa e comunitária, terá conseguido sobreviver, mas também criar as novas bases para assistência à saúde mental” (Desviat, M. In: Amarante, P. 1998 pg. 132).

Analisando mais de perto o dizer de Desviat, é possível deduzir que ele aponta para o resgate da investigação clínica como uma faceta do avanço e da sobrevivência da Reforma Psiquiátrica e de seu compromisso com a Saúde Coletiva. Neste entrecruzamento há um passo essencial a ser dado. Ele se refere à psiquiatria. Justificar cientificamente as formas alternativas ao saber acadêmico e à clínica psiquiátrica moderna são passos importantes na criação de novas formas de assistência em Saúde Mental. Na prática dos serviços, a idéia de ruptura com o discurso psiquiátrico não é tão simples de ser atendida. A presença da medicação com elemento chave dos tratamentos o demonstra. No entanto, algo desta ruptura poderia traduzir-se numa certa concepção de projetos terapêuticos: projetos construídos pelas equipes em torno de um caso, que conseguissem valorizar a dimensão do particular, do singular de cada usuário, definindo, dentro de um momento específico, intervenções específicas.

Em outros termos, estes projetos significariam, para o usuário daquele serviço, uma possibilidade de responsabilizar-se, a partir do saber que lhe é único e próprio, por tocar melhor a vida. Responsabilizar um sujeito diagnosticado como psicótico. Isto não parece pouca coisa para um serviço e uma equipe de Saúde Mental. Aí se encontra um ponto concreto de cisão com o discurso psiquiátrico, tradicional ou moderno. Projetos utilitaristas ou funcionalistas, que não fizessem

tal articulação, objetivando tão-somente o retorno ao nível de funcionamento social mais próximo ao anterior, correriam o risco de levar ao condutismo, a normatização e à adaptação acríticas, aproximando-se em certo sentido, do universalismo e do pragmatismo que a perspectiva biologizante, adotada pela psiquiatria moderna propõe.

A ruptura com a clínica psiquiátrica, seu enquadre de doença mental e os dispositivos epistemológico-institucionais que ela estabeleceu é uma proposta básica da Reforma Psiquiátrica. Inventar a partir daí novas formas clínicas e institucionais de abordagem para o sofrimento psíquico é um dos principais objetivos deste movimento. Sendo assim, captar o sentido desta "ruptura" com a noção médica da doença mental implica, portanto, em trabalhar, clarear e questionar esta noção. Qual é? Como se constituiu? Quais as suas contradições e limites? Quais os pontos que deixa descobertos? Qual foi sua trajetória? A clínica psiquiátrica clássica inventou as linhas mestras da nosologia e criou o conceito de doença mental. Bercherie (1989) aponta em seu estudo que ao longo da história deste saber, nunca houve consenso quanto a tais classificações e que persistiram impasses nosológicos, em particular quanto ao diagnóstico e à classificação do grupo das psicoses funcionais (sem base orgânica).

Desta perspectiva até a psiquiatria atual passaram-se mais de 200 anos. A extensão desta história, as diferenças entre escolas, a diversidade de suas incidências na prática, as mudanças que o(s) olhar(es) psiquiátrico(s) sofreu ao longo destes anos impedem qualquer tentativa de uniformização ou de tomada da psiquiatria com pretensão totalizadora. Aqui também um fio metodológico foi escolhido para esta abordagem. Esta escolha gira em torno da apreensão da relação entre o dispositivo clínico e de apreensão teórica da psiquiatria para a doença mental e o pertencimento desta mesma psiquiatria à medicina, relação esta, que está longe de poder ser apreendida como uma diferenciação linear ou a de uma especialidade com sua disciplina de origem. Com mais certeza, ela deve ser pensada dentro de um movimento histórico em que a psiquiatria empreendeu e empreende esforços para legitimar-se neste lugar (Birman, 1976).

A clínica psiquiátrica moderna, herdeira da clínica clássica dos séculos XVIII e XIX, esforça-se em sustentar o projeto de um universalismo classificatório e de um pragmatismo terapêutico, tendo suprimido na continuidade deste esforço, termos que tiveram um longo percurso na história da psiquiatria clássica, como neurose, histeria, psicose, e com eles, parte do rigor que as escolas clássicas exigiam. Pode-se dizer, grosseiramente, que a clínica clássica entrou em declínio diante da inovação representada pela psicofarmacologia (Roudinesco, E. 2000). Concomitantemente, a psiquiatria adquiriu hoje um lugar mais garantido no corpo das especialidades médicas. Os avatares de tal trajetória – supressão de termos importantes da tradição clínica da psiquiatria, introdução de novos parâmetros de validação científica e a persistência na aposta em uma cientificidade empírica – trouxeram para a psiquiatria atual conseqüências apontadas por vários autores. É o que ilustram Bercherie (1989) e mais recentemente, Birman (1999):

“Tanto assim que o que constitui nos dias atuais a clínica e a nosografia correntemente utilizadas, e que se apresenta como herança da clínica clássica, nada tem do conjunto arquitetônico homogêneo que pretende representar: examinando de perto, trata-se, antes, de um quebra-cabeças feito de partes originais, de extensão e de conceituação que, muitas vezes, são a um tempo pouco compatíveis e redundantes” (Bercherie, P. 1989 pg. 22).

“Assim, a psicopatologia contemporânea se interessa fundamentalmente pelas síndromes e pelos sintomas, no sentido médico do termo. Com isso, a concepção tradicional de enfermidade, centrada na idéia de etiologia, perde terreno face à articulação de sintomas sob a forma de síndromes. Nestes termos, a psicopatologia da atualidade (...) se identifica com a nova racionalidade clínica. Esta identificação não é arbitrária e casual, mas se realiza pela identidade da psiquiatria com o novo discurso da medicina clínica. (...)

*Neste novo recorte (...) é o medicamento, como instrumento supostamente ‘eficaz’ sobre um conjunto articulado de sintomas, que passa a ser referência para a **nomeação** e a **construção** da síndrome”.*

(Birman, J. *In: Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*. Vol. II n. 1 p 42 março 1999).

O diagnóstico psiquiátrico moderno traduz em sua relação com o mercado, o preço pago pela disciplina psiquiátrica para a continuidade de sua legitimação científica (Roudinesco, E. 1994; Birman, J. 1978; Birman, J. 1999). A nosologia e o diagnóstico psiquiátrico são hoje determinados pela mesma metodologia científica que testa, produz e comercializa os psicofármacos (Pignarre, P. 1999; Kammerer, T. 1989 Zarifian, E. 1989), realizando uma certa inversão no campo do diagnóstico psiquiátrico. O uso e a resposta aos medicamentos passam, assim, a ter valor diagnóstico, precedendo e definindo previamente este ato, até então reconhecido como prerrogativa do saber médico. Prova disso é que as respostas aos tratamentos, junto com a transmissão genética, são as categorias atuais que, somadas aos antigos critérios, definem a construção das novas nosologias:

“Denominam-se entidades nosológicas, doenças ou transtornos específicos os fenômenos mórbidos nos quais se podem identificar (ou pelo menos presumir com certa consistência) determinados fatores causais (etiologia), um curso relativamente homogêneo, estados terminais típicos, mecanismos psicológicos e psicopatológicos característicos, antecedentes genéticos-familiares algo específicos e respostas a tratamentos mais ou menos previsíveis” (Dalgarrondo, P. 2000 pg. 21).

Não se pode negligenciar a função e a mudança que a psicofarmacologia trouxe para a esfera da clínica das doenças mentais e para o estatuto conferido à disciplina psiquiátrica. A psicofarmacologia completou o longo trânsito da psiquiatria em direção à “validação” científica. A partir da invenção dos psicofármacos nos anos cinquenta, a psiquiatria passou definitivamente a se fundamentar no discurso das neurociências, permitindo uma leitura e uma explicação do psiquismo e suas particularidades em bases biológicas.

É inegável que os medicamentos constituem um instrumento valioso na terapêutica dos problemas psíquicos. Por isso, na trilha da clínica própria aos serviços substitutivos de Saúde Mental, é inevitável o encontro com a psiquiatria moderna e com a tradição que lhe precedeu. Interpelar o saber psiquiátrico, sua hegemonia, seu modo de operar e prescrever é uma necessidade para o avanço dos processos de Reforma Psiquiátrica. Rastrear as operações intelectuais que sustentam o exercício da clínica psiquiátrica e sua relação com a função social da psiquiatria é passo preliminar à invenção de novos paradigmas no campo da Saúde Mental.

Neste sentido, este trabalho busca delinear algumas destas operações. Isto se faz tendo em vista que não se tratam de operações epistemológicas puras visto estarem incluídas na relação de pertencimento/legitimação que a psiquiatria mantém com o restante do saber médico. A escolha deste viés também serviu à necessidade de realizar um recorte que atravessasse a complexidade doutrinária e de escolas da história da psiquiatria e que, com certeza, não poderia ser resumida em um único trabalho:

“O desenvolvimento recente das neurociências possibilitou a reconstrução da medicina mental, aproximando esta, finalmente, da medicina somática. Completou-se, com isso, o sonho do saber psiquiátrico de se transformar não apenas numa ciência, mas numa especialidade médica” (Birman, J. In: *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental* Vol II n. 1 Março 1999 p. 39).

1.3) Na trilha da clínica, a Reforma

As críticas feitas pela Reforma Psiquiátrica ao modo de operar da clínica psiquiátrica giram em torno de dois pontos básicos e intimamente articulados: a formulação da doença mental num plano autônomo, suposto pelo psiquiatra previamente ao encontro com o doente e o pacto ideológico que a psiquiatria realizou com a manutenção de um modo de funcionamento e ordenação do social. Um confirma e reafirma o outro, sucessivamente. O encontro médico/doente

confirma o saber precedente que legitima o lugar social do médico e da disciplina psiquiátrica. Este é um achado comum nos textos de autores que descreveram a relação de poder em que se fundamenta a prática psiquiátrica (Foucault M, 1978; Castel, R. 1978 Goffman E.1961). Tais críticas sustentam o ideário e a prática dos movimentos de Reforma Psiquiátrica, que legitimamente questionam o poder alienante conferido à disciplina e ao modo de operar da instituição psiquiátrica.

Viganó (1999), diz que tais críticas abriram caminho para a desconstrução de um saber e de um fazer junto aos problemas mentais assentado na noção médica de doença. A loucura definida como doença sofreu, com os diversos movimentos de Reforma Psiquiátrica, um deslocamento para a loucura definida nos termos da Saúde Mental, ou seja, nos termos do direito e da cidadania. Daí o paradoxo aparente em propor uma reabertura da questão da clínica em tempos de Reforma. Afinal, a clínica está ligada à dimensão da doença e ao cuidado com a doença. Entretanto, como ressalta Desviat (1993), a clínica está ligada à noção de doença não apenas no sentido médico, ela está ligada fundamentalmente à dimensão mais propriamente humana do adoecimento. No que diz respeito aos psicóticos, esta dimensão refere-se ao reconhecimento de que a experiência da loucura é vivida e narrada por aqueles que sofrem dela ou a atravessam, de forma particular e diferente daqueles que se aproximam da loucura por outros motivos. Partindo disso, são dois os argumentos para retomar a dimensão da clínica.

Primeiro: reconhecer que o ser humano adocece ou padece de algo não é o mesmo que objetificá-lo, caso contrário, não se associaria a questão da doença à do direito e do cuidado. Segundo: a clínica diz respeito a mais coisas do que a uma nosologia. Retomando Viganó (1999), *Klinós*, etimologicamente, refere-se a ensino à beira do leito. Portanto, clínica refere-se ao ensinamento que pode ser extraído do contato com um doente, no seu leito. O que está em jogo nesta discussão que a etimologia traz, refere-se a este trânsito do singular, da experiência subjetiva do doente com sua doença para algo transmissível a um universo discursivo mais amplo. Essa transmissão não é somente de um saber, mas sim, da possibilidade de inscrição deste singular num universo passível de

trocas, de substituições. Ela refere-se portanto, à possibilidade de inscrição e inserção do louco no universo da cultura, fora dos rituais de exclusão.

“O homem, quando é tomado por uma doença mental, não se transforma por isso, num animal pavloviano. Ao contrário: se ele adocece, é exatamente porque o homem não pode ser domesticado. Logo, uma reabilitação que renuncie ao tratamento no nível da comunicação – da comunicação e dos seus sintomas – será uma reabilitação impotente no nível da doença” (Viganó, C. In: Curinga. Revista da escola brasileira de psicanálise – Seção Minas – Vol.13 Setembro 1999 pg 51).

Ora, isto não é incompatível com as abordagens do correlato prático da Saúde Mental: a Reabilitação Psicossocial (Leal, E.M. 1997). Ao contrário, parece indicar que reabrir a discussão acerca da clínica torna-se, seguindo este ponto de vista, condição facilitadora ou até determinante de um projeto terapêutico ou de reabilitação. Um outro encontro também inevitável, seguindo a trilha deste trabalho: encontro com o discurso revolucionário da Reforma Psiquiátrica em suas diversas concepções e as conseqüências deste processo sobre a noção de adoecimento, de patologia e conseqüentemente sobre o manejo das situações institucionais, das possibilidades e estratégias de recuperação, que passaram a ser agrupadas dentro das noções de atenção e reabilitação psicossocial.

Pensar a questão da loucura em termos de cidadania guarda o mérito de deslocar o estatuto de exclusão e reclusão habitualmente conferido ao louco para o de sujeito de direitos. Abre também um campo vasto de intervenções (o campo da atenção psicossocial) a serem promovidas nos serviços substitutivos ao manicômio que se dão mais no campo da promoção das trocas e das ofertas sociais. Elas se referem à ação político-cultural, essencial para se modificar algo da representação social que envolve a figura do louco. Porém, tais ações são distintas das possibilidades de um novo enquadre clínico a ser conferido ao sofrimento psíquico. Por privilegiarem o ponto de vista do direito, correm o risco de colocar num plano secundário a questão da particularidade da experiência

psicótica e seu tratamento, que propõe questões cruciais quanto ao lugar e a função das equipes e dos serviços.

Novamente na exploração deste campo, ocorreu o encontro com uma multiplicidade de referências, o que exigiu mais uma vez a escolha de algumas e a delimitação de uma linha de abordagem. Para tomar o discurso da Reforma Psiquiátrica, foram escolhidos textos e autores com influência de Basaglia e da reforma italiana, que exerceram forte influência no discurso e no processo histórico da Saúde Mental brasileira. Aqui, o fio condutor foi uma pergunta central, que se desdobrou em várias outras: qual é, nestes textos, o lugar indicado para a questão da clínica? Em outras palavras, ao considerar o avanço das mudanças promovidas pela Reforma, onde ficou a discussão acerca da particularidade e da experiência do enlouquecer?

Dentro de que perspectiva abordar esta clientela e seu dizer? Como diagnosticar e qual o lugar e o peso a ser conferido a este diagnóstico? Que tipo de intervenções fazer nos diferentes momentos do acompanhamento a longo prazo destes pacientes? Qual o lugar do remédio? Qual o sentido de uma internação? Como definir alta dos serviços? Existe o que se poderia chamar cura? Em que ela consistiria? Tais questões ilustram a presença da dimensão da clínica no cotidiano das instituições, das equipes e dos profissionais. Como o analista, inserido num serviço e numa equipe de Saúde Mental se situa diante destes encontros com a Psiquiatria e com a Reforma Psiquiátrica? A partir daí, que propostas podem ser lançadas a partir da psicanálise? Esboçar respostas exige situar o campo de atuação do analista: a fala e a linguagem, bem como discutir sua inserção na Saúde Mental.

1.4) A clínica e o analista, na Saúde Mental

Discutir a inserção da psicanálise e do analista na Saúde Mental exige minimamente situar alguns pontos básicos. Para tanto, pode-se partir da revisão que a psicanálise exige quanto ao estatuto médico conferido à noção de sintoma. Tomando os sintomas que os sujeitos psicóticos experimentam e são chamados

pela moderna semiologia psiquiátrica de sintomas “positivos” – as alucinações ideo-verbais (vozes insultuosas, comentadoras, de comando etc.), as idéias delirantes ou a presença, típica em algumas síndromes psicóticas, de formações lingüísticas novas como neologismos e parafasias (Dalgarrondo, P. 2000). Ou ainda aquilo que Kurt Schneider colocava entre os sintomas de primeira ordem para o diagnóstico de psicose: as percepções delirantes, que se referem à “revelação”, num determinado momento para o sujeito, de uma significação nova para algum dado do mundo, significação esta ornada de uma inabalável certeza.

O raciocínio médico diria que tais “achados” indicam a presença de uma patologia, registrada e descrita no corpo teórico da disciplina. A psicanálise não se detém aí, tampouco é a aproximação a partir deste lugar de saber que o analista realiza. Os sintomas descritos, para a psicanálise, são formações que têm em comum o fato de situarem-se na esfera da linguagem, de sua consistência ser a da linguagem, diferentemente de um sinal obtido, por exemplo, ao exame físico. Pode-se dizer, numa primeira aproximação, que a valorização da fundamentação destes fenômenos na linguagem constitui uma marca da abordagem analítica. Outro ponto que tais sintomas têm em comum é o fato deles dizerem respeito ao mal-estar psíquico que afeta o sujeito. Afinal, é isso que ele relata. No caso dos psicóticos, este relato refere-se a algo vindo do exterior que se intromete em seu caminho, o persegue, desvia seu pensamento, rouba sua vontade.

A psicanálise aponta que há uma ligação estrutural entre o que se apresenta na linguagem e este mal-estar (no caso do sujeito psicótico, um modo muito peculiar de “estar”, diante disto que lhe aparece vindo de fora). Pode-se dizer, genericamente, que a ligação entre a fala, a linguagem e o mal-estar, ou seja, algo que diz respeito a uma condição do sujeito, foi a descoberta de Freud, retomada por Lacan. E o que significa, então, considerando esta ligação, fazer clínica? Significa tomar os sintomas não como signo de uma entidade alheia e exterior ao sujeito, que teria valor universal, mas como algo imbricado na relação discursiva que ele estabelece, que diz respeito a uma posição diante daquilo que por ser inconsciente, o concerne e o afeta de forma peculiar. Significa ainda uma modulação importante na postura de quem trata: considerar a dimensão singular

da experiência, tratando cada caso como novo e único, destituindo-se do lugar de saber e autorizando o sujeito a tomar a palavra e responsabilizar-se por ela. No dizer de Calligaris:

“A clínica psicanalítica não é uma clínica descritiva, nem fenomenológica, mas é uma clínica estrutural na medida em que o diagnóstico se estabelece na transferência. O que não quer dizer que o diagnóstico seja um diagnóstico sobre a transferência do sujeito, considerando a transferência que ele organiza como um fenômeno a mais. Não é disso que se trata. Trata-se do fato que na transferência que o discurso do paciente organiza, a partir do lugar no qual o paciente coloca o ‘terapeuta’ é que um diagnóstico é possível, é que uma clínica da psicose é possível” (Calligaris, C. 1989, pg. 9).

Definido, mesmo que precariamente, o campo da psicanálise e do analista, como situar e entender aí questões próprias à Saúde Mental como a nova cronicidade, ou seja, a necessidade de um vínculo prolongado que a clientela considerada portadora de transtornos graves desenvolve com os serviços substitutivos (pensando na clientela psicótica fora das situações de crise)? Como produzir soluções para o hipopragmatismo, isolamento social, embotamento afetivo, ou seja, outra espinhosa faceta da profunda dificuldade de estabelecer laços sociais presente na psicose? Cabem então algumas palavras introdutórias quanto à questão da psicose. É necessário primeiro constatar a posição “excêntrica” que os psicóticos experimentam na constituição de seus laços sociais, ou seja, na inserção dentro do universo discursivo e de trocas partilhável socialmente. É a constatação feita por Saraceno (1999):

“Há pessoas, grupos, tribos e povos inteiros que transportam ausência de obra e esta é a sua obra, descentrada da história, inominada pelos históricos (...). Então os pobres de espírito, os lunáticos, os loucos, os pirados, os psicóticos são (como os moribundos e os pobres) os portadores da memória e da profecia do “naufrágio”. (...) eu posso naufragar enquanto sou eu mesmo (...)

Da fissura, longe do centro, aparecem os profetas do naufrágio: no centro estão os portadores de obra e os produtores de discurso” (Saraceno, B. 2001 pg. 75).

Qual o estatuto desta situação marginal do psicótico em relação ao corpo social? Do ponto de vista da psicanálise, e das ressalvas que esta perspectiva clínica coloca, não há como sobrepor totalmente a situação que concerne ao psicótico e a de todos estes “portadores de ausência de obra”. Admitir como explicação da psicose a exclusão que incide sobre estes grupamentos sociais, apesar de colocar em cena uma problematização pertinente, não explica a situação particular. São fatos, tanto a situação “excêntrica” do psicótico em relação ao social, quanto a excentricidade em relação à linguagem comum. Um bom exemplo disso seria a desagregação sintática presente no discurso de alguns esquizofrênicos, que foge totalmente à possibilidade de compreensão e entendimento, no sentido mais prosaico destes dois termos. Assim, ambas as constatações são procedentes, mas deduzir algo da relação entre elas exige uma reflexão depurada acerca da formação dos laços sociais nestes casos.

Um aprofundamento deste ponto foge ao escopo desta introdução, que aqui visa problematizar a inserção da psicanálise e do analista a partir da clínica. As articulações que se seguem servem para marcar alguns elementos mínimos para seguir com a elaboração. Este belo paradoxo que Saraceno usa ao referir-se aos psicóticos: os “portadores de uma ausência”, segundo a psicanálise, deve ser lido com uma ressalva: não sobrepor totalmente a problemática dos psicóticos à das demais minorias sociais. Em seu Seminário de 1956, “*As Psicoses*”, Lacan estabelece alguns pontos em sua teorização que ajudam a entender, dentro de uma leitura psicanalítica esta “ausência”. Na época, seu propósito era discutir os “*fenômenos elementares*” das psicoses, ou seja, os elementos em torno dos quais se organiza o mecanismo, a “*força estruturante*” nesses casos. Laurent (1992), à luz da necessidade de periodização da obra de Lacan e opondo-se à tomadas “totalizadoras” de sua obra, salienta que esta teorização diferia da idealização de

uma teoria que tivesse a pretensão dar conta de todo o campo das psicoses e suas ocorrências.

Lacan, atento à fenomenologia, ao mesmo tempo subverte-a. Ele situa a psicose num campo específico, o circuito pergunta-resposta, o circuito da linguagem, e neste campo é que foi buscar *“fenômenos elementares”*. No Seminário III há um exemplo destes fenômenos, que Lacan extrai de uma entrevista com uma paciente. Tratava-se de uma moça psicótica, que dentre outras coisas relatou a Lacan a seguinte situação: ao cruzar com um homem mal-educado e que ela sabia ser o amante de uma vizinha, atribui a ele um insulto; ela o escutara chamar-lhe de *“porca”*. O que interessou a Lacan neste exemplo não foi classificar o achado como uma alucinação. Ele pergunta à paciente se ela havia proferido algo ao cruzar com o sujeito e ela lhe diz que sim; havia murmurado *“eu venho do salsicheiro”*.

Lacan valoriza este fragmento discursivo como um *“fenômeno elementar”*, ilustrativo do mecanismo implicado na estruturação psicótica. No exemplo fica claro como a mensagem da paciente em questão se confunde com a resposta que lhe parece vir do outro. Há uma indistinção, uma ausência de mediação e como resultado, a paciente reclama do insulto, deste significante que lhe advém de fora, atribuindo-o ao vizinho. A forma com que tal insulto advém interessa particularmente a Lacan. A injúria – *porca* –, que responderia à questão hipotética – de onde você vem? – ou seja, uma questão concernente ao sujeito, aparece vinda de fora, no dizer de Lacan, de forma absoluta, fora de uma simbolização possível. Da mesma forma, no caso da visita domiciliar ao paciente em crise, feita pelo técnico de Saúde Mental, pode-se questionar o fato de que algo que dizia respeito a um “gerador” fosse vivido pelo sujeito literalmente como uma produção de eletricidade entrando no seu corpo.

Na medida em que algo da ordem do simbólico, que permitiria relativizar tais mensagens, está fora do campo simbólico do sujeito é que o significante retorna “em bruto” como nos exemplos acima. Por isso diz-se que o inconsciente na psicose apresenta-se “a céu aberto”, ou seja, escancarado, sem a mediação que o recalque neurótico produziria. Muito grosseiramente pode-se dizer que o

recalque é um mecanismo que refere-se ao “ciframento” do inconsciente, que se apresenta, por seu intermédio, através de “formações”. Este termo revela a dimensão fundamental da relação do neurótico com o inconsciente descoberta por Freud: o conflito. Supor um mecanismo específico para as psicoses é uma indicação que pode ser extraída da obra freudiana, embora isto não tenha se concretizado por completo na metapsicologia (Simanke, 2000). No entanto, a pesquisa de Freud e a observação clínica justificaram o esforço teórico de Lacan.

O mecanismo subjacente a este tipo de retorno do significante, que incide de fora sobre o sujeito, não permitindo dúvidas ou questionamentos, mas tão somente a tentativa de teorizá-la (a atribuição do insulto ao vizinho; a teoria de eletrotécnica) e que Lacan vai designar pelo nome de foraclusão (*Verwerfung*) distinguindo-o do retorno que ocorre no recalque neurótico. Na foraclusão, o que permitiria ao sujeito uma inscrição simbólica foi rejeitado, retornando “em bruto”, fora de uma simbolização. Esta é para Lacan no Seminário III, a ausência que particulariza a situação do psicótico no mundo; a ausência de um elemento que lhe permitiria a simbolização e que Lacan vai designar pelo conceito de nome-do-pai.

Grosso modo, este conceito refere-se à presença, na estruturação do sujeito, de um significante que cumpra a função de descolá-lo da demanda do Outro materno.

“Aquilo que é foracluído para o sujeito, antes que apareçam os sintomas, é a função paterna: aquilo que permite a cada sujeito se orientar na ordem do simbólico, na ordem do social. A função paterna é uma função de autoridade. Se o sujeito não se autoriza a falar, a dar um nome aos objetos, permanecerá ligado ao objeto que é a mãe de forma automática. E aquilo que alguns chamam simbiose, na realidade não é uma simbiose, é um fenômeno simbólico (...). Nessa perspectiva, o sintoma não é outra coisa senão o esforço do sujeito para libertar-se da dependência devida à foraclusão. Portanto, o delírio, a fragmentação do corpo, autismo, melancolia são estratégias para se curar, para sair do automatismo, para romper com a assim chamada simbiose” (Viganó, C. In:

Estes são conceitos específicos e de difícil apreensão, mas quem trabalha com psicóticos pode localizar esta invasão escancarada do Outro (o retorno do simbólico no real) nas vivências de influência: um paciente reclama com frequência que alguém impõe “devaneios” e sonhos na sua mente; nas modulações da relação de outro paciente, usuário de um Hospital-Dia com alguém da equipe, rapidamente este membro da equipe transforma-se num inimigo devorador; um ex-morador do Hospital psiquiátrica, na iminência crepuscular de uma crise adverte: “o exército pretende invadir o hospital, vão chegar aqui! Abram os olhos!”. Um paciente ao olhar-se no espelho não se reconhece ali. Aquela forma é de alguém que lhe ocupa o lugar, um espírito falsificador, do qual não conseguia livrar-se e que lhe traria malefícios.

Alguns pacientes percorrem aparentemente a esmo o serviço e esta errância mais parece buscar alguma coisa: cumprindo diariamente um ritual sem parceiros um paciente rabisca seu nome e sua data de nascimento diariamente, para depois jogá-los fora; uma ex-moradora, que costumava “passear” por ali, depois de longos anos, revela o segredo de sua busca: no hospital tem uma água benta e diariamente ela cumpre seu percurso de vir buscá-la, para defesa própria e de seu mundo. Finalmente, a situação dramática da auto-mutilação: um paciente em surto arranca os dentes e as unhas. Depois da crise obteve cicatrizes. Questionado, explica a respeito destas marcas, para o assombro do entrevistador, que uma força incoercível naquele momento o fazia buscá-las.

Tais exemplos permitem perceber as tentativas, por vezes dramáticas de recuperação, entendida aqui como a atividade empreendida pelo sujeito para tecer um remendo simbólico, um distanciamento mínimo, a construção de um saber diante da dificuldade de lidar com isto que ameaça invadi-lo. Na construção deste distanciamento, só poderá contar com elementos que lhe sejam disponíveis, ou seja, de sua história, e mesmo assim, verifica-se a constante fragilidade destas tentativas e a possibilidade sempre presente da falência desta tentativa de

costura simbólica. O que se quer destacar aqui, para além do pormenor de cada exemplo é a radicalidade e a distinção verificável no mecanismo psicose, que foi percebida por Freud como uma perda da realidade e renomeada por Lacan com a teoria da forclusão:

“O psicótico, neste contexto, ao invés de um indivíduo profundamente enclausurado em seu mundo interior, surge como inteiramente jogado no mundo externo, como se virado do avesso. Se sua experiência é incompreensível para outrem, é antes pelo que revela do que pelo que ele oculta, sem que seja, necessário, contudo, cair numa concepção romântica – a da antipsiquiatria, por exemplo – que apresenta o louco como portador de alguma espécie de verdade superior. O que se mostra claramente na alucinação e no delírio é tão-somente aquilo que, no neurótico, é ocultado pela repressão, agora ausente” (Simanke, R.T. 1994, pg 186).

“O que é o fenômeno psicótico? É a emergência na realidade de uma significação enorme que não se parece com nada – e isso, na medida em que não se pode ligá-la a nada, já que ela jamais entrou no sistema da simbolização - mas que pode, em certas condições, ameaçar todo o edifício” (Lacan, J. 1988 pg 102).

Reconhecer a radicalidade que diferencia a experiência psicótica, conferir este estatuto aos fenômenos psicóticos, entendendo-os como uma tentativa de reconstrução, abrindo portanto alguma possibilidade de engajar o sujeito em seu tratamento são deduções possíveis dos princípios depurados desta demarcação do campo analítico. Cabe lançar algum elemento quanto à inclusão da figura do analista neste universo da clínica da psicose e mais particularmente da clínica da psicose num serviço público de Saúde Mental. Éric Laurent, no texto *“O analista cidadão”* (1999) vai desconstruir alguns mitos existentes em torno desta figura e de sua intervenção. Laurent situa o analista no lugar e na função de assegurar a presença e o reconhecimento da particularidade, do estilo próprio a cada um diante de tendências universalistas. Sua proposta é clara: uma passagem do

silêncio do analista crítico à inserção do analista participativo, preservando neste trânsito a potência do dizer silencioso do analista em desmontar as identificações que fazem parte de todo processo sócio-grupal.

“Neste sentido, o analista, mais que um lugar vazio, é o que ajuda a civilização a respeitar a articulação entre normas e particularidades individuais. O analista, mais além das paixões narcísicas das diferenças, tem que ajudar, mas com os outros, sem pensar que é o único que está nessa posição. Assim, com os outros, há de ajudar a impedir que, em nome da universalidade ou de qualquer universal, seja humanista ou anti-humanista, esqueça-se a particularidade de cada um. Esta particularidade é esquecida no Exército, no Partido, na Igreja, na Sociedade analítica, na Saúde Mental, em todas as partes. É preciso recordar que não há que se tirar de alguém sua particularidade para misturá-lo com todos no universal, por algum humanitarismo ou por qualquer outro motivo” (Laurent, E. In: Curinga. Revista da escola brasileira de psicanálise – Seção Minas – Vol.13 Setembro, 1999 pg. 14).

CONCEITOS E MÉTODO

2) CONCEITOS E MÉTODO

“O que conta nas coisas ditas pelos homens não é tanto o que teriam pensado alguém ou além delas, mas o que desde o princípio as sistematiza, tornando-as, pelo tempo afora, infinitamente acessíveis a novos discursos e abertas à tarefa de transformá-los.”

Michel Foucault

2.1) Normatividade e psicanálise

Uma das críticas feitas à psicanálise pelos militantes da Reforma Psiquiátrica diz respeito a um uso normativo da noção freudiana de aparelho psíquico. Esta noção, tomada como modelo do aparelho mental, funcionaria em termos de um padrão explicativo a partir do qual diferentes distúrbios poderiam ser situados. Algo próximo a uma nosologia. A psicanálise se aproximaria por isso da psiquiatria, já que ela reduziria o homem a um objeto diferente do objeto da disciplina psiquiátrica, mas também um objeto “didático”, apreendido por um discurso diverso em aparência, mas no fundo, idêntico aos demais discursos psicologizantes que buscam teorizar a experiência humana e a da loucura, deixando entrever a vertente ideológica e de controle que determina a discursividade científica sobre a doença mental. Esta fundamentação ideológica é tomada nestas críticas como base da função normativa que tais disciplinas exerceriam (Baremlitt, G.F. 1990).

Sobre as definições médicas ou psicanalíticas de Saúde Mental, haveria que se lançar então o olhar antropológico ou epidemiológico para afirmar que, no caso das psicoses, não se pode esquecer do “efeito contexto” (Saraceno, 1999), que diz respeito à relação entre produção, evolução e enquadre das psicoses e seu “entorno”: serviços de saúde, casa, família, trabalho, etc, todos tomados como co-determinando possibilidades mais ou menos amplas de troca e de negociação. A ação sobre tais variáveis, modificando o estatuto de direito atribuído ao louco, abriria novas oportunidades de troca material real e de negociação, que são prévias às possibilidades encontráveis nas relações entre pacientes e técnicos,

onde se localiza tradicionalmente o espaço do que é terapêutico. Haveria segundo esta perspectiva, que se modificar as regras do jogo social para que também os “fracos” participassem de trocas possíveis de competências e de interesses (Saraceno, B. 1999). A ênfase dentro desta perspectiva, mesmo reconhecendo um valor de abertura para as teorias psicológicas que fogem do enquadre médico, seria esta mudança de regras e a abertura de novos e múltiplos espaços de negociação material, por assim dizer, “entre as partes”.

Debater alguns pontos que esta crítica levanta é importante para poder explicitar elementos da psicanálise que articulam e orientam a elaboração teórica presente neste trabalho, a partir da inserção do analista discutida anteriormente. Longe de qualquer dogmatismo, torna-se imprescindível situar a noção freudiana de aparelho psíquico, seu valor normativo e discutir a relação psicanálise/psiquiatria para apontar o sentido específico que ganha a noção de patologia, considerando que o traçado de um aparelho psíquico é algo que define a presença de uma instância comum a todos os sujeitos que é o inconsciente e que, por isso mesmo, qualquer possibilidade de troca, de negociação ou de relação é marcada pela presença desta mesma instância e de seus modos singulares de inscrição.

A questão do normal e do patológico é discutida na obra de Georges Canguilhem (1995). Neste texto, o autor parte de algumas premissas quanto à situação da medicina em relação às ciências. Canguilhem considera a medicina um campo de confluência de várias ciências, mais do que uma ciência em si. Para ele, o essencial da medicina está na sua dimensão clínica e terapêutica. Diferentemente de uma ciência positiva, a medicina refere-se a uma práxis de restauração de um patamar de funcionamento e de interação do orgânico. Ela diz respeito, portanto a:

"(...) uma técnica de instauração e de restauração do normal" (Canguilhem, G. 1995, pg.16).

A discussão sobre a construção do conceito de normal que orienta o estudo de Canguilhem faz-se sem referência à nosologia. Ao invés de abordar diferentes subgrupos de patologias, o autor toma a divisão normal/patológico em conjunto, problematizando a sua instituição. Um de seus conceitos fundamentais, o de normatividade, refere-se à pesquisa dos caminhos e das categorias para a instituição das normas. Resumidamente, a noção de normatividade pode ser enunciada da seguinte forma: há um ponto de partida que é a polaridade dinâmica da vida. A vida em geral, e a vida humana em particular tende a instituir, ela própria, no meio e no próprio organismo, valores, normas, em relação às flutuações do meio e no tempo. A este fato chamará "*normatividade biológica*", que é, por assim dizer, estrutural à própria vida humana. Para Canguilhem, a "*capacidade normativa*", ou seja, a capacidade de modificar normas previamente estabelecidas diante da modificação dos contextos é que será o índice ao qual relacionará as definições dos estados patológicos ou normais.

Assim, serão patológicos aqueles estados que expressam uma redução das possibilidades normativas do ser vivo, aqueles que admitirem uma menor flexibilidade diante de possíveis mudanças, ou seja, formas diferentes de estabelecer normas de vida. Para o autor, a norma refere-se a um conceito original que não pode ser definido por uma teoria, por um método científico ou por uma média estatística e o fato patológico não é o que está fora da norma, mas é uma normatividade qualitativamente distinta. Por outro lado, a instauração de padrões normativos, a referência à algo semelhante a uma escala ou melhor, a uma função que permite aos sujeitos medirem suas significações e seu valor é intrínseca ao funcionamento do ser humano enquanto tal. O normal, portanto, refere-se à uma capacidade normativa, e a saúde à capacidade de suportar mudanças e instituir novidades em situações inéditas.

" Não existe absolutamente vida sem normas de vida, e o estado mórbido é sempre uma maneira de viver" (Canguilhem, G. 1995, pg.188).

Esta noção de normal e de patológico permite lançar um primeiro ponto para procurar descrever a relação de articulação/separação que existe entre psicanálise e psiquiatria (Silva, R.F. 2000). A "normatividade" psiquiátrica recorta-se no plano da descrição das condutas e dos comportamentos sociais e das regras morais. Um exemplo disso explorado por Birman (1978) é a teoria das paixões do século XIX. Era ela que, naquela época, delineava as linhas de força do sistema moral adotado pela psiquiatria para suas definições de doença mental. Nunca houve para o alienismo a adoção de parâmetros estritamente biológicos, em função da especificidade da clínica na medicina mental, que sempre teve que contar mais com a semiologia dos comportamentos ou das condutas do que com sinais objetivos localizáveis e descritíveis no corpo. As teorias acerca do movimento das paixões e dos impulsos serviram, então, de referência doutrinária hegemônica, justificando a especulação de uma causalidade moral para a loucura e definindo, a partir desta especulação causal, os princípios do tratamento nas instituições.

"Denomina-se assim os diversos sentimentos e inclinações que estabelecem nossas relações sociais e morais com o que nos cerca. Os instintos do sexo, do amor maternal, o sentimento de piedade... constituem nossas faculdades afetivas, formam o que se denominam as necessidades do coração. Eles são prazeres quando satisfeitos, aflições quando a eles se resiste; e foram denominados paixões porque, neste último caso, e quando são extremos, eles são para o homem uma dor, e existem independente de sua vontade" (Birman, J. 1978, pg.91).

Haveria então, para esta psiquiatria, um ponto a partir do qual o transbordamento das paixões levaria a um estado patológico nas relações do sujeito. A referência normativa para tal raciocínio seria a possibilidade de subjugar as paixões ao regime da vontade, e o problema aqui seria o da definição desta vontade, que Birman relacionará ao discurso moral, ou seja, a uma modalidade hegemônica do discurso social.

Cabe situar que a pesquisa de Birman refere-se à psiquiatria da virada do século XVIII para o XIX, na França. Isto, para limitar o alcance dado à discussão acerca do discurso da psiquiatria. No entanto, esta limitação é praticamente inevitável se se pretende elucidar algo da distinção psicanálise/psiquiatria, como campos que definem linhas de enquadre diversas para a doença mental, linhas de corte diversas para a questão da normatividade e conseqüentemente posições diferentes no agir clínico. Por outro lado, a situação da psiquiatria dentro do corpo social e suas relações com a manutenção de um ordenamento neste social podem sim, serem tomadas de forma longitudinal.

Portanto, a título de buscar uma distinção, mesmo que precária, vale dizer que a referência à moralidade não cabe bem para se pensar a questão da normatividade pela via da psicanálise. Esta não é a normatividade à qual a psicanálise faz referência. O analista Erik Porge (1998), diz que a função normatizante à qual a psicanálise se refere é a função do pai (ou do nome-do-pai) no Complexo de Édipo. Não se trata de uma caracterologia do pai, nem da aplicação da visada mitológica do Édipo inventado por Freud. Trata-se da possibilidade que o exercício desta função na história de um sujeito particular abre para que ele possa se orientar na ordem do simbólico, que é a ordem do social.

A normatividade que a psicanálise faz referência é uma normatividade que diz respeito à dimensão dos direitos, mas não dentro da perspectiva dos direitos civis. A função paterna, conforme teorizada por Lacan, é uma função que introduz o sujeito no universo e na possibilidade de nomeação. Se esta função não se inscreve por um motivo ou por outro, o sujeito permanecerá ligado ao desejo da mãe. No dizer de Porge:

“O normal é a capacidade, para o organismo de instituir outras normas em outras condições, de mudar de normas. O normal é de fato uma capacidade normativa. A saúde é a capacidade de tolerar infrações à norma habitual (...). O Nome-do-pai é a capacidade normativizante do pai enquanto ele não se conforma a uma média, mas ‘faz rachar’ as normas maternas para instituir novas. Sua perversão é a versão da mudança que ele institui por relação ao desejo da mãe”

(Porge, Erik. 1998, pg.40).

2.2) A conexão freudiana

2.2.1) Norma e consciência

Retomando a necessidade de esclarecimento sobre a noção de aparelho psíquico, vale sublinhar que a referência freudiana permite ressituar o valor normativo da psicanálise. No texto da *Interpretação dos Sonhos*, obra fundamental de Freud que já conta 100 anos, a novidade anunciada pela psicanálise aparece no estatuto diferenciado que Freud vai atribuir à questão do “psíquico”. Freud reconhece nesta esfera as formações do inconsciente, diferentemente de um enquadre semiológico, comportamental ou classificatório. Isto justifica seu interesse nos sonhos. Freud dizia que tais fenômenos, presentes na vida anímica de todos são atos psíquicos como outros quaisquer, não os distinguindo, exceto por seus mecanismos de estruturação, de sintomas neuróticos ou psicóticos ou de chistes, lapsos e esquecimentos. Tomando o relato de sonhos – seus próprios sonhos, de seus pacientes e outros tantos recolhidos de um exame da literatura sobre o tema como formações do inconsciente –, Freud constrói o primeiro traçado de um aparelho psíquico em sua topologia, sua economia e sua dinâmica.

Este aparelho, primeiro modelo estrutural de funcionamento do psiquismo e que seria próprio ao homem e seus modos de operação, caracterizariam a relação do homem com este “território” que é o inconsciente. Para traçá-lo, o recurso metodológico que Freud emprega é, em certo sentido, o mesmo movimento com o qual opera em sua clínica. Ele parte do relato de cada sonhador, não em busca de uma originalidade do conteúdo dos sonhos, de um suposto significado último que o tornaria interpretável em sua totalidade e que tivesse valor dogmático. Freud apega-se às nuances do relato, à maneira que o sonhador trança seu discurso sobre o sonho. Isto significa, no dizer lacaniano, o recurso de Freud ao literal, ou

seja, a orientação de ater-se ao campo da fala e da linguagem na abordagem e tratamento das formações do inconsciente.

Ao contrário de uma visada dogmática, Freud insiste que não há como postular uma redução última do inconsciente a um saber alcançável por quem escuta um sonho. Haverá sempre um ponto enigmático neste relato, que Freud chama de o *“umbigo do sonho”*. Daí as recomendações a quem escuta: abandonar quaisquer certezas antecipadas diante do que é dito sobre o sonho para que se possa escutar o que se mostra, que está lá, entredito no discurso do sonhador. Esta é a posição fundamental que cabe ao psicanalista ocupar. Mais do que uma operação intelectual trata-se de uma posição diante do discurso do falante e diante do saber: uma abertura para aquilo que causa ruptura num discurso já estabelecido e por isso mesmo guarda sempre a dimensão da surpresa, do não-teorizado.

É aí que se situa, para a psicanálise, o espaço do sujeito. Ao contrário de um sujeito psicológico, dotado de intencionalidade, este sujeito corresponde ao efeito de atravessamento do inconsciente, que rompe com o discurso intencional, com o “já dado” ou o “já conhecido”. O sujeito não corresponde ao plano em que o falante se reconhece enquanto identidade ou caráter. Ele se situa, ao contrário, exatamente onde a consistência desta identidade sofre uma fratura, uma divisão, e isto no plano mais superficial do discurso comum atravessado por um lapso ou do discurso sobre o sonho, onde Freud descobre a dimensão do desejo inconsciente e sua representação.

Mas voltando ao aparelho psíquico da Interpretação dos Sonhos, Freud diz que o inconsciente é lugar dos traços mnêmicos. Estes traços guardam a especificidade de serem apenas registros, despidos de um significado ou de qualidade sensorial e obedecerem a certas regras em sua associação. São inacessíveis à consciência e a relação deles entre si se dá pela passagem seqüencial de um fluxo de energia. Se não há acesso de um sistema a outro, Freud descobre nesta borda, as regras de uma tradução. É esta a “pedra de toque” da proposta freudiana - a abordagem das leis que vigoram nesta localidade psíquica que é o inconsciente, em sua tradução em termos das imagens dos

sonhos -. Em termos lacanianos, os sonhos, vistos como formações do inconsciente, fazem-se reconhecer como tais por obedecerem a regras definíveis em sua estruturação. Estas regras para são regras de linguagem, que regem o funcionamento inconsciente do significante (Lacan, J. 1998).

Tendo em mente o valor nuclear do lugar reservado por Freud ao inconsciente e por Lacan ao significante, se pode entender como estas leis se aplicam também a outros atos psíquicos. Lapsos, chistes, sintomas histéricos e por que não, delírios e alucinações ocorrem segundo mecanismos diversos, mas todos são fundamentados nas leis do funcionamento do significante. É o que Freud expressa com o nome de sobredeterminação – considerar os atos psíquicos como ciframentos do inconsciente – conceito fundamental, mantido vigorosamente ao longo de toda sua obra. A partir dele entende-se como Freud apostou na aplicação de seu método, na decifração do sentido dos atos psíquicos e sua aplicabilidade aos fenômenos psicopatológicos, bem como no valor central das linhas estabelecidas na investigação sobre os sonhos como um ponto de partida original para as incursões na clínica.

Quanto à loucura e às produções psicóticas, apesar de um certo pessimismo de Freud quanto à terapêutica, a aposta no que poderia advir da psicanálise no campo até então exclusivo da disciplina psiquiátrica, é feita mais de uma vez:

“Muito provavelmente devemos poder compreender (como Griesinger sugeriu há muito) os delírios dos insanos utilizando-os como informação se cessamos de lhes aplicar os requisitos do pensamento consciente e se os tratarmos, como os sonhos, com nossa técnica interpretativa” (Freud, S. 1905, pg.195).

“Os psiquiatras renunciaram com excessiva pressa, nesse aspecto, a sua crença na concatenação dos processos psíquicos. Sei com certeza que não ocorrem cadeias de pensamento desprovidas de representações-meta nem na histeria e na paranóia, nem na formação ou resolução dos sonhos. É possível que

elas não ocorram em nenhum dos distúrbios psíquicos endógeno” (Freud, S. 1900 pg 495).

Desta forma, Freud questiona a psiquiatria, campo que forjou os termos loucura e psicose. É interessante seu foco. Freud distingue de alguma forma a psiquiatria dos psiquiatras. Para ele interessa fundamentalmente formular uma crítica aos psiquiatras e sua postura de “renúncia” à concatenação de uma formação psíquica às representações inconscientes. Isto é importante, uma vez que esta postura não é privilégio desta categoria profissional. A escolha de um psiquiatra específico, Wilhelm Griesinger (1817 – 1868), como exemplo desta atitude do psiquiatra é ilustrativa. Considerado por alguns o primeiro psiquiatra organicista, Griesinger introduziu na Alemanha o método clínico que havia sido inaugurado na França por Pinel e uma linha de abordagem somatista, ou seja, que considerava as doenças mentais como sempre sintomáticas de uma afecção orgânica, isto, nos primórdios da história da psiquiatria.

Foi autor do texto considerado o primeiro tratado de psiquiatria, organizado dentro de uma linguagem científica cujo modelo teve aceitação universal posteriormente - considerações gerais, semiologia, etio-patogenia, formas clínicas, anátomo-patologia, prognóstico e tratamento - (Bercherie, P., 1989). Sabe-se que Freud leu este tratado e o que chamou sua atenção foi a teoria de Griesinger sobre o delírio. Por certo isto prova que Freud nutria-se do saber psiquiátrico, mas vale a pena avançar além dessa constatação. Griesinger vai postular em sua teoria que: entre percepção e consciência, existiria um mundo de representações, organizado segundo um princípio analógico. O movimento patológico dessas representações na doença mental produziria na consciência, modificações correlativas, expressas inicialmente de forma vaga, como sentimentos de angústia e com o progredir da patologia, como complexos de juízos falsos cada vez mais estáveis. Este “eu metamorfoseado”, ao qual se incorporaram juízos discordantes, seria o eu delirante.

Freud também traçara em sua primeira tópica, um aparelho linear funcionando entre dois pólos - perceptivo e motor - também distinguindo

percepção de consciência. É possível então perceber no tratado, elementos que fazem eco à tópica freudiana. Onde é que a separação desta teoria com a perspectiva psicanalítica de um aparelho psíquico se apresenta? Pode-se dizer que na abordagem da questão da consciência. Para os psiquiatras, a consciência que tinha e tem relação direta com a vontade à qual deveriam se submeter às paixões e, portanto, com um certo ideal de adaptabilidade. Para Griesinger, a consciência é dotada de uma estabilidade definidora de um eu, correlato do sujeito. Este eu, capaz de atividade voluntária é que seria transformado no delírio. Na tópica freudiana, por sua vez, esta estabilidade e esta intencionalidade não são atribuídas à consciência. No desenho e no funcionamento do aparelho freudiano a consciência ocupa um lugar bastante problemático, não tendo correspondência com o sujeito do inconsciente.

Os sistemas diferenciados por Freud na primeira tópica, guardarão sempre esta caracterização: o pólo perceptivo do aparelho psíquico não pode, por sua disponibilidade limitada para a recepção de estímulos, armazená-los. A consciência, por conseguinte, deixa de ser uma qualidade dada de saída. Há toda uma insistência de Freud em introduzir, no lugar de uma concepção de uma consciência psicológica, ou seja, de um sujeito dotado de vontade e intencionalidade, uma divisão. Freud sublinha isto ao dizer que depois da descoberta do inconsciente o eu não é mais senhor em sua própria casa. A consciência de uma percepção, para Freud, só se constrói através da realização suplementar de um superinvestimento que assimila à atenção, o que quer dizer que a consciência se erige em torno daquilo que, por um investimento, de alguma forma carrega a marca de uma inscrição inconsciente.

2.2.2) Uma outra psicopatologia

Se Freud executa a operação de alinhar, a partir do inconsciente e seu funcionamento, diferentes fenômenos como sonhos, esquecimentos, lapsos, (fenômenos corriqueiros da vida de qualquer um) com sintomas neuróticos ou psicóticos, verifica-se com este alinhamento uma abordagem da psicopatologia

diferente da proposta pela psiquiatria. O inconsciente, tomado transversalmente como isto que “aflige” a todos, que é estrutural, é uma descoberta revolucionária em relação àquilo que caracterizaria o patológico para a normatividade médica. Isto se demonstra no grande sucesso alcançado pelas *Conferências Introdutórias*, dirigidas ao público leigo. Nas primeiras destas conferências, Freud preferiu usar exemplos de atos falhos comuns para introduzir os estudiosos não-médicos nas descobertas da psicanálise e ilustrar alguns princípios de sua doutrina, princípios estes que se referem ao funcionamento do psiquismo em geral.

Sabe-se que Freud tinha especial interesse e predileção por essa psicopatologia do detalhe e do cotidiano. Em particular pelas parapraxias - atos falhos, atos descuidados, perda e extravio, esquecimentos (de nomes, de nomes próprios ou estrangeiros, de intenções, impressões ou experiências), lapsos (de língua, escrita ou leitura). A todo este inventário de “*pequenas coisas*”, Freud atribuía um valor exemplar para demonstrar um princípio fundamental da psicanálise, qual seja, a tese da existência de dois modos diferentes de funcionamento psíquico (processo primário e processo secundário) e a relação de conflito e “*sobredeterminação*” entre estes dois modos de funcionamento, que a análise visava deslindar. Freud é taxativo apresentar com isto uma nova perspectiva de enquadre para os fatos psicopatológicos:

“O grande valor das parapraxias para os objetivos que almejamos, consiste no fato de serem fenômenos muito comuns que, além de tudo, podem ser observados com facilidade em cada um, e ocorrer sem absolutamente implicar em doença” (Freud, S. 1915-16, pg 100).

A análise dos lapsos revela o caráter dinâmico e conflituoso do psiquismo. Eles demonstram um propósito diferente do intencional e guardam um sentido, o que será tomado por Freud como um princípio aplicável aos demais atos psíquicos. Mais do que uma expansão dos fenômenos psíquicos, que poderia ser mal-comparada a uma “psicologização” do cotidiano, Freud toma as descobertas feitas na vida anímica cotidiana e redefine seu ponto de partida, seu objeto de

estudo e os pressupostos para suas intervenções na clínica. Como consequência deste novo caminho, uma ruptura da psicanálise com a formação e com a prática médica foi inevitável. Prova disso é que o ensino, a doutrina e a prática da psicanálise foram franqueados por Freud para pessoas não portadoras de um saber específico na disciplina médica. Questões de outra ordem entrarão em jogo na formação do psicanalista:

*"Iniciarei por aquelas dificuldades vinculadas ao ensino, à formação em psicanálise. Na formação médica os senhores estão acostumados a **ver** coisas. Vêem uma preparação anatômica, o precipitado de uma reação química (...) Depois, pacientes são demonstrados perante os sentidos dos senhores: os sintomas de suas doenças, as consequências dos processos patológicos (...). Na própria psiquiatria, a demonstração de pacientes, com suas expressões faciais alteradas, com seu modo de falar e seu comportamento (...). Assim, um professor de curso médico desempenha em elevado grau o papel de guia e intérprete que os acompanha através de um museu, enquanto os senhores (...) se sentem convencidos da existência dos novos fatos mediante a própria percepção de cada um.*

Na psicanálise, ai de nós, tudo é diferente" (Freud, S. 1915-16 pg 29).

"Minha interpretação abriga a hipótese de que, quando uma pessoa fala, podem ser expressas intenções das quais ela própria nada sabe e que eu, contudo, posso inferir a partir de provas circunstanciais" (Freud, S. 1916-17, pg.84).

Freud situará essa diferença na formação a partir do campo em que ocorre uma análise, campo cujo material – as palavras – são de outra ordem que o material empírico necessário ao campo perceptivo e eminentemente visual da medicina; no tipo de interlocução estabelecido com o analista, realizada dentro das condições especiais que regem esta interlocução, – a transferência –; na descoberta de que não se pode assimilar consciência e vida psíquica e que

portanto uma técnica psicológica deve levar em consideração o inconsciente para definir o psíquico e finalmente; na definição deste inconsciente em termos da vida pulsional sexual e infantil. É por ter em mente o conjunto e a articulação destes elementos que Freud se afasta da exigência feita à percepção como atestado para distinguir um fenômeno como sendo patológico. Segundo ele, o material de observação da psicanálise é, muitas vezes:

"(...) o refugio, poderíamos dizer, do mundo dos fenômenos" (Freud, S. 1915-16 pg 41).

Através da pesquisa deste material presente nas pessoas sãs e por não considerá-lo simples fruto do acaso ou de fatores fisiológicos, Freud inaugura um modelo, um método e outra psicopatologia, diferente daquela assentada numa abordagem descritivo-fenomenológica, ou seja, uma psicopatologia organizada em torno da existência e mesmo da preeminência da noção de conflito psíquico:

*"Eu lhes pediria que fixassem na memória, como um modelo, a maneira como temos tratado esses fenômenos. Os senhores podem aprender desse exemplo quais os objetivos de nossa psicologia. Buscamos não apenas descrever e classificar fenômenos, mas entendê-los como sinais de uma ação recíproca de forças na mente, como manifestação de intenções com finalidade, trabalhando concorrentemente ou em oposição recíproca. Interessa-nos uma visão **dinâmica** dos fenômenos mentais"* (Freud, S. 1915-16, pg.86).

2.3) Paradigmas e Ideologia

O conceito de paradigma é usado neste trabalho para designar as linhas estruturantes da racionalidade e dos dispositivos inventados para a clínica pela psiquiatria e para indicar a problematização acerca do lugar da clínica para a Saúde Mental. Thomas Kuhn (1962) define paradigmas científicos como corpo de realizações que fornecem soluções modelares a um certo número de questões

próprias ao campo científico numa determinada época. A conceituação kuhniana ressalta a idéia da existência de uma ação dialética no estabelecimento e manutenção dos paradigmas. Há uma luta permanente pela manutenção e pela subversão destes paradigmas que se instituem de forma descontínua, não-cumulativa e sujeita a mudanças que o autor chama de “*revoluções científicas*”.

Nestes momentos de ruptura observa-se que os fatores implicados na mudança e na escolha de um paradigma por uma comunidade científica são também “extra-científicos”:

“Na escolha de um paradigma, - como nas revoluções políticas – não existe critério superior ao consentimento da comunidade relevante. Para descobrir como as revoluções científicas são produzidas, teremos, portanto, que examinar não apenas o impacto da natureza e da lógica, mas igualmente as técnicas de argumentação persuasiva que são eficazes no interior dos grupos muito especiais que constituem a comunidade dos cientistas” (Khun,T. 1962, pg.128).

Do trabalho de Khun destaca-se o caráter móbil dos paradigmas científicos – que não podem ser uniformizados nem individualizados, alternando-se na disputa pela hegemonia ao longo da história – bem como a relação entre ciência e não-ciência no jogo determinante da hegemonia de um paradigma científico sobre outros numa época histórica específica. Esta observação introduz uma ressalva necessária quanto ao uso do conceito de paradigma: cuidar para que uma pesquisa do método e da racionalidade de uma disciplina científica se faça de forma tal que se busque articular o estudo mais propriamente epistemológico à história e à política. Tal ressalva também foi encontrada na pesquisa de outros autores. Canguilhem (1968) diz que nomear objetos e apreendê-los nos dispositivos teórico-práticos de uma ciência liga-se sempre às necessidades políticas, econômicas, sociais e culturais às quais este campo de saber vem responder, dentro de um momento histórico:

"(...) a história das ciências, na medida onde ela se aplica ao objeto acima delineado, não tem somente relação a um grupo de ciências sem coesão intrínseca, mas também à não-ciência, à ideologia, à prática política e social" (Canguilhem, G. In: Birman, Joel 1978, pg.18).

Também Foucault (1969) em sua "*Arqueologia*" aponta que o recorte científico dos objetos no universo empírico, a autonomia e a independência dos sistemas teóricos das ciências são sempre relativos. Descrever as linhas de força e de tensionamento, bem como a legitimação de uma disciplina científica é explorar não apenas a formulação, extensão e aplicabilidade dos conceitos, mas o universo de relações no qual este discurso se insere e que fornece as condições concretas de sua existência. Interrogar a natureza e as contradições destas relações é que possibilita apreender seu sentido, evitando as ilusões que a idéia de **unidade**, **totalidade**, **sucessão linear** e **neutralidade** podem ocasionar. Para Foucault, uma disciplina científica não aparece segundo uma origem mítica, ao contrário, destaca-se deste campo de acontecimentos – "*campo discursivo*" – extra-científico, que define as linhas gerais e os pressupostos necessários para o aparecimento daquele discurso em sua particularidade.

O uso do termo "paradigma" neste trabalho exige então algumas ressalvas. O estudo histórico da psiquiatria e a característica de inapreensibilidade racional de seu principal objeto de intervenção – a loucura – fazem com que este campo em particular seja pouco propenso às apreensões totalizadoras. Nesta história, a alternância de perspectivas, doutrinas e o conflito entre escolas foi a regra. No que diz respeito ao campo mais recente da Saúde Mental, a polissemia e a diversidade de perspectivas é comum. Por isso, o emprego do termo "paradigma" no singular neste trabalho se aterá sempre à relação presente entre as elaborações conceituais pertinentes ao campo da clínica dos transtornos mentais (vindas da psiquiatria ou da Saúde Mental) e os fatores "extra-científicos", que serão reunidos sob a noção de ideologia.

Para tanto, será empregada a acepção que Paul Ricoeur propõe para ideologia. (Ricoeur, P. 1990). Este autor delimita alguns pontos importantes a respeito da dialética ciência/ideologia, procurando discutir o fenômeno ideológico

para além de uma categorização negativa que relacionaria ideologia à ilusão, falsidade, mentira. Para Ricoeur, o fenômeno ideológico é intrínseco à constituição do vínculo social. Chamará isto de função "*mediadora*" da ideologia, função de valor central, prévia à questão da dominação implicada no conflito de classes. Esta função assenta-se sobre a natureza própria a qualquer vínculo social que inclui uma representação de si mesmo, traçada pelo grupo social em questão:

" Se é verdade que as imagens que um grupo social atribui a si mesmo são interpretações que pertencem imediatamente à constituição do vínculo social; em outros termos, se o próprio vínculo social é simbólico, é absolutamente vão procurarmos derivar as imagens de algo anterior que seria o real, a atividade real, o processo de vida real, de que haveria, secundariamente reflexo e coisas. Um discurso não-ideológico sobre a ideologia esbarra, aqui, na impossibilidade de atingir um real social anterior à simbolização. Essa dificuldade vem confirmar-se na idéia de que não podemos partir do fenômeno de inversão para explicar a ideologia, mas que precisamos concebê-lo como uma especificação de um fenômeno muito mais fundamental que se deve à representação do vínculo social posteriormente á sua constituição simbólica. O travestimento é um episódio segundo de simbolização" (Ricoeur, P.1990, pg.84).

A discussão proposta neste texto teve várias implicações para este trabalho. Ricoeur afirma que não há uma perspectiva totalmente não-ideológica, em se tratando de ciências humanas. Isto quer dizer que o empreendimento teórico neste campo carregará as marcas da pertença do autor a um grupo ou a uma filiação doutrinária, que aparecerão determinando seu trabalho ou fazendo parte do conjunto de ideais a que este mesmo trabalho visa. Por outro lado, Ricoeur não descarta a interpretação marxista da ideologia. Enquanto estratégia, ela faz parte da luta de classes e do conflito político e está, num segundo tempo, a serviço da dominação e do exercício do poder.

Diante do impasse que se coloca então quanto à possibilidade de produção científica em ciências humanas, o autor propõe como orientação metodológica,

aquilo que procurará descrever sob o nome de "*distanciamento positivo*". Este conceito refere-se a uma posição para o cientista que não corresponde somente a uma filiação ideológica, não se pretende neutra e que procura empreender o trabalho necessário para dar consistência a uma proposta relativamente autônoma:

"É desta forma que a crítica das ideologias deve ser assumida num trabalho sobre si mesmo da compreensão. Este trabalho implica organicamente uma crítica das ilusões do sujeito. Portanto, eis minha segunda proposição: o distanciamento, dialeticamente oposto à pertença, é a condição de possibilidade de uma crítica das ideologias, não fora ou contra a hermenêutica, mas na hermenêutica" (Ricoeur, P. 1990, pg.93).

Em se tratando de um trabalho que explora a questão da clínica no campo da Saúde Mental, tal orientação metodológica foi particularmente interessante, pois permitiu:

- 1) Afirmar o caráter **parcial** de qualquer pesquisa nesta área, diante de pretensões de totalização explicativa sobre qualquer um dos campos em questão: psiquiatria, psicanálise, Saúde Mental, psicose. Nenhum destes termos presta-se à uma definição única ou totalizante.
- 2) Ressituar e relativizar a racionalidade objetivante da psiquiatria sobre a doença mental ao levar em conta o conjunto de relações em que a história da psiquiatria se inscreveu e o conjunto de demandas que ela atende. A relação entre psiquiatria e medicina e suas implicações na racionalidade operante na prática clínica do psiquiatra foi o eixo para esta parte da pesquisa.

A mesma proposta metodológica foi utilizada na pesquisa com os textos acerca dos movimentos de Reforma Psiquiátrica. Eles foram lidos tendo em vista o contexto histórico-político-científico em que tais movimentos ocorreram e sob o foco da interrogação quanto às alternativas presentes nestes textos acerca do lugar reservado à e para a clínica, uma vez que

um elemento comum a eles era a crítica ao dispositivo teórico-clínico-institucional da psiquiatria.

- 3) Orientar a pesquisa para recortar pontos da história da clínica psiquiátrica e dos movimentos de Reforma Psiquiátrica em que um movimento de "fundação" se repete, situando-os em sua função nos diversos momentos histórico-epistemológicos, tendo em vista que a ideologia, como destaca Ricoeur, ao cumprir uma função representativa para um grupo social, não o faz de forma inocente. Ela preserva os traços da fundação deste grupo de forma redutora e esquemática, transformando os elementos deste ato de fundação em "*doxa*", em crença que, repetindo-se historicamente, serve à preservação, justificação e legitimação do projeto de uma disciplina. O caráter distorsivo da ideologia e sua função para a hegemonia de certos paradigmas relacionam-se a esta repetição na história e é então que a ideologia encontra seu lugar na dialética da dominação.
- 4) Estabelecer elementos para se pensar o objetivo deste trabalho e sua pertinência ao campo da Saúde Pública. Ele está, desde sua concepção, ligado à pretensão final de pesquisar, formular e aprimorar proposições ou princípios para uma clínica em Saúde Mental que leve em consideração a descoberta do inconsciente e enfatize a dimensão mais própria da clínica que é a da singularidade. Para tanto, a pesquisa da clínica oferece uma vantagem no que se refere às críticas que poderiam advir da sua filiação a uma linha de pensamento. A clínica, ao valorizar o particular, a diferença, distancia-se daquilo que uniformiza, padroniza e conseqüentemente, exclui.

Na perspectiva dos serviços, aprimorar a clínica significa adquirir a necessária capacitação para poder sustentar de fato, um processo de desinstitucionalização que não se restrinja à descentralização das instituições manicomiais, preservando na outra manga, uma cultura de tratamento "manicomializante".

5) Da mesma forma, abriu questões interessantes quanto à justificativa para pesquisar, por assim dizer, no fio da clínica. Retomar a questão da clínica é o mesmo que insistir em não recuar diante da loucura e dos impasses que ela produz no saber. Isto significa sustentar ao mesmo tempo, a abertura para as críticas e uma posição claramente contrária aos discursos de cunho totalizador e hegemônico, o que parece ser essencial para manter o campo da Saúde Mental em constante questionamento. Diz-se comumente em medicina que a clínica é soberana. Se tomamos a clínica na acepção daquilo que só pode ser lido e escrito no um a um e partindo da presença deste elemento real – os casos clínicos – que exigem sempre reformulações, re-interpretações e soluções particulares, impedindo cristalizações ideológicas, a clínica mostra-se soberana de fato e a revalorização de sua função instituinte, importante em termos do planejamento das políticas da Saúde.

A CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

3) A CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

*“Era uma vez vejam vocês. Um
passarinho feio. Que não sabia o que era. Nem de onde veio.
Então vivia, vivia a sonhar. Em ser o que não era. Voando
voando com as asas. Asas da quimera”
(Jorge Mautner
e Moraes Moreira).*

3.1) Um descompasso que se repete

Vários autores atribuem a Pinel (1745-1826) o lugar de fundador das bases metodológicas da clínica psiquiátrica. Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840) é por seu turno, considerado o discípulo mais ortodoxo de Pinel, tendo aprofundado suas idéias e participado decisivamente da instituição da lei francesa de 1838, regulamentadora das internações nos asilos psiquiátricos. A Esquirol se concedeu em 1817 uma cátedra de ensino, reconhecendo-se pela primeira vez a psiquiatria como especialidade médica. Foi uma época de mudanças na qual se implantava a ordem social pós-revolucionária dentro da qual, os médicos começavam a ganhar o prestígio que lhes concerne ainda hoje. Na virada do século XVII para o século XVIII pode-se localizar o recorte mais definido e a ascensão social deste grupo, dentre outros motivos, pelo crédito outorgado pela sociedade às ciências naturais, das quais a medicina passava a fazer parte.

Do século XVIII em diante, a clínica psiquiátrica se estabeleceu enquanto o método descritivo, analítico e classificatório que implantou a idéia da existência de doenças mentais e recortou sua nosologia. Apareceram os primeiros tratados especializados neste campo e as escolas definiram linhas teórico-doutrinárias que se desdobraram depois, especialmente na França e Alemanha. Deve-se reconhecer que esta clínica, hegemônica nos séculos XVIII e XIX estabeleceu as linhas mestras do diagnóstico e da abordagem semiológica para a doença mental. Pode-se dizer como Bercherie (1980), que a clínica psiquiátrica destes primórdios

inaugurou uma nova língua própria à disciplina psiquiátrica e que conferiu uma outra significação à experiência da loucura. Por isso Jaspers dirá já no século XX, que não se prescinde tão facilmente do diagnóstico e da clínica psiquiátricas clássicas, o que se mantém válido até hoje, no que diz respeito à prática com o doente mental (Katz, S.1994 Zarifian, E.1986; Kammerer, T. 1986; Bercherie, P. 1980). Correlativamente, no plano institucional, a clínica clássica implementou e ratificou o dispositivo manicomial como instrumento terapêutico, o que era sustentado, dentre outros fatores, pelas teorias da causação moral das doenças mentais que propunham uma “exclusão terapêutica”, num ambiente disciplinar.

Como abordar esta história? Evidentemente, trata-se do início da história da psiquiatria. É neste período inicial que a elaboração deste trabalho buscou elementos que depois se revelaram fundamentais para a elucidação do dispositivo clínico inventado pela psiquiatria. Por dois motivos. Primeiro porque aqui se delinearão as linhas mestras da racionalidade orientadora da prática clínica dos psiquiatras. Segundo, porque também nesta “fase” podem-se recolher recortes ilustrativos da relação entre psiquiatria e o restante do saber médico. E foi esta relação psiquiatria-medicina teve valor de guia para a leitura da extensa história da disciplina psiquiátrica. A história do alienismo não obedece a um progresso linear de diferenciação e especialização a partir da medicina (Saurí,J.J.1969; Birman,J. 1978). A psiquiatria teve uma trajetória própria, sujeita a determinações e expectativas algo diferentes, em função da própria caracterização dos distúrbios que ela pretendia tratar.

As expectativas sociais da nova ordem burguesa que se instalava teve participação fundamental para que os alienistas fossem designados e legitimados como encarregados de parte daqueles que por perturbarem a ordem social, impediam ou se colocavam à margem da realização e continuação do trabalho. Vale a pena circunscrever o espaço histórico-social em que se estabelece a racionalidade psiquiátrica. No capítulo primeiro de sua *“Memorias de la locura”*, entitulado *“Sintomas de la locura”*, Esquirol descreve um de seus pacientes e as alterações que o afligiam, construindo ao mesmo tempo uma ilustração de valor histórico:

“Un brillante oficial, de constitución fuerte, 46 años de edad sufre algunas dificultades en el servicio, se entrega a actos de impaciencia. Es enviado a Paris y al no ser recibido como espera, su imaginación se exalta. Varios días después sale de casa por la noche, atraviesa la plaza Luis XV, y al no encontrar la columna de la plaza Vendôme se persuade que han sido los rebeldes quienes la han quitado de su sitio para amenazar al gobierno. Se sitúa en el puente de Luis XVI para impedir el paso a los rebeldes y se dedica a detener a todos los transeúntes. Al llegar la policía cree batirse desesperadamente contra los enemigos del Estado, y herido, sólo se rinde ante la superioridad del enemigo” (Esquirol, J.E.D. 1989, pg.28).

Há neste fragmento clínico, o retrato da época que lançou o primeiro questionamento sobre os limites da liberdade dos cidadãos. Esta discussão teve estreita relação com o questionamento do aprisionamento indistinto dos miseráveis nos Hospitais Gerais por ordem do absolutismo. A mesma época que estabeleceu a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão é a que destacou a figura do louco destes outros excluídos e a marcou com a rubrica da irracionalidade. A psiquiatria tem, desde esta época, este mérito e esta sina: por um lado os alienistas perceberam algo de radical e original na loucura; por outro, enquadraram esta diferença cunhando a terminologia médica das doenças mentais e regulando sua circulação no espaço social. A experiência da loucura não se desvinculou mais da questão da liberdade para o homem e a diferença encarnada no louco ganhou o *status* de entidade nosológica.

Isto não se deu de uma só vez. Alguns passos preliminares foram necessários e podem ser descritos nesta ordem: a separação das ciências da natureza da filosofia, o estudo das doenças pela medicina e o recorte e a individualização do alienismo como disciplina desta mesma medicina. Vale deter-se neste último passo. A instituição do alienismo como especialidade médica não pode ser entendida como simplesmente uma aplicação do saber médico ao campo da vida mental. Este ponto, que diz respeito à relação psiquiatria/medicina, parece

crítico e fundamental quando se busca caracterizar a clínica psiquiátrica de outra forma que não uma leitura linear de sua história. Houve um descompasso entre a instituição da psiquiatria e sua legitimação como especialidade médica, descompasso este não aleatório e de conseqüências fundamentais. O estudo de recortes históricos é demonstrativo deste descompasso.

O primeiro delineamento do campo próprio à psiquiatria foi feito num terreno de atuação e com uma população que pertenciam mais ao campo da ordenação social do que o campo médico. O alienismo disputou, no início, a hegemonia dos cuidados sobre uma certa fração da população mais com a jurisprudência do que com outros domínios da área médica. Somente depois deste recorte inicial é que tal população foi reconhecida como doente (Birman, J. 1978; Saurí, J.J., 1969). Prova disso é a ambivalência que existe até hoje para distinguir um comportamento criminoso e um comportamento patológico em alguns casos, o que reafirma o lugar da psiquiatria (e da saúde Mental) como representante da ordem pública, função que ela nunca deixou por completo e de onde os efeitos são sofridos também pela moderna Saúde Mental (Miller, J. 1999). Este recorte primeiro da psiquiatria, que delineou suas fronteiras descentrada do campo médico, é ilustrado por Birman (1978):

"As paixões, quando são levadas ao excesso, são verdadeiras loucuras. Os médicos estiveram sempre de acordo sobre este ponto; os juriconsultos pensavam da mesma maneira, todavia recuando mais que os primeiros os limites da razão e tornando responsáveis de certos atos, indivíduos que os médicos declaravam ter agido sem liberdade. Mais a civilização avançou, mais a medicina mental fez progressos e mais se acresceu o número de casos nos quais se procurou desculpar, por causa da loucura, atos até então reputados criminosos. Com o tempo os juriconsultos cederam; eles foram arrastados pelos médicos que, observando a natureza fora de toda preocupação de momento, recolheram cuidadosamente e analisaram os fatos submetidos às suas investigações" (Leuret, F. 1840. In: Birman, J., 1978, pg 372).

No campo das especulações causais da doença mental verifica-se também, sob outra roupagem, o descompasso detectado entre psiquiatria e o restante da ciência médica. Desde a segunda metade do século XVIII até hoje, a psiquiatria esforçou-se por encontrar causas materiais para a doença mental. Desde esta mesma época, esta busca nunca alcançou evidência e comprovação empírica suficientes, permanecendo muito mais como movimento em direção a um ideal do que comprovação factual. (Birman, J. 1978, 1999; Waelhens, A. 1972).

Alguns dados históricos para corroborar tal afirmação: a constatação anátomo-patológica, evidência cara à medicina do século XIX, não se sustentou no campo da psiquiatria, apesar do otimismo que despertou inicialmente com as pesquisas da neurosífilis. A causalidade moral nunca deixou de ser postulada, de uma forma ou de outra e seu peso determinava a terapêutica individual e institucional. No campo terapêutico, prevaleceram as idéias do tratamento moral, distante dos procedimentos médicos *stritu senso* (Birman, J. 1978). Hoje, com a invenção dos psicofármacos a psiquiatria parece crer alcançar este ideal traçado em seus primórdios, qual seja, o da fundamentação biológica e cerebral para os transtornos mentais, (Roudinesco, E.1999; Birman, J., 1999):

“Nada mais antigo, pois, que a novidade apresentada pela psicopatologia contemporânea, que encontra finalmente as suas origens e seus mitos fundadores, legitimando a sua identidade médica” (Birman, J. 1999. Pg 39).

Seguindo a trilha que este descompasso indica, verifica-se que antigo e atual se misturam, quando se destaca a aposta que a disciplina psiquiátrica repetiu insistentemente nos últimos 200 anos na cientificidade (Saurí, J.J. 1969). Identificar este ponto, abre a questão de saber qual ou quais são as operações lógicas fundamentais em torno das quais esta disciplina estruturou o discurso orientador de sua prática clínica, de sua terapêutica e que persistem até hoje. Além disso, interroga acerca de que função cumprem estas mesmas operações e quais os impasses que produzem. Isto não desvaloriza a necessidade de uma leitura que considere a temporalidade histórica. Ao contrário, fica reforçada a idéia

de que revolver a história serve para elucidar aquilo que há de estrutural, de mais íntimo ao saber psiquiátrico e sua práxis. Voltar às origens adquiriu assim o sentido de entender o “modo psiquiátrico” de operar, de apresentar-se, de olhar para a clínica e para o mundo.

3.2) A operação fundamental

No século XVIII era uma necessidade lógica incluir o homem no reino animal para poder aplicar a ele o método de análise racional construído para apreender os demais fatos da natureza. Este passo foi dado pelo botânico sueco Carlos Linneo, que em 1755, na décima edição de seu *Systema Naturae*, incluiu o homem na série animal, distinguindo-o pelo atributo e pela primazia da racionalidade. Com este passo, o *continuun* natural se estendeu ao homem e a partir daí o corpo humano pôde ser abordado como objeto. A medicina estabeleceu-se como o estudo das alterações desta natureza originalmente harmônica e a psiquiatria adquiriu com isso seu argumento fundador: se o louco não obedece ao ditado da razão é porque sua mente perturbada o impede de seguir os ditames de sua natureza - ele é um enfermo, está doente.

O procedimento inicial aplicado à loucura baseou-se no pressuposto de que o natural expressava-se segundo leis e num idioma próprios. Conhecer os fatos naturais era o mesmo que investigar estas leis e decifrar este idioma. Para tanto, o procedimento empírico seguia uma seqüência determinada, bem próxima ao modelo epistemológico da História Natural, a saber: análise de cada elemento do fenômeno, decomposição destes em seus traços mais simples, classificação segundo as identidades ou as diferenças, sua recomposição numa idéia abstrata nomeada como classes ou espécies nosológicas. Este último passo, no dizer de Saurí (1969), um tipo de “transformação epistemológica” foi a operação central à aquisição do conhecimento psiquiátrico, qual seja, a substancialização da idéia de existência das doenças mentais. O passo seguinte o ratificava: organização probabilística da freqüência e dos achados da observação. Resumidamente, esta

sucessão de passos revelam a especulação e a teorização acerca da doença mental num plano autônomo e numa linguagem acessível apenas ao especialista.

Esta operação central, na primeira “edição” do alienismo, configurou as linhas gerais do método clínico de Pinel e Esquirol. Ela é colocada em destaque neste trabalho exatamente por suas incidências na clínica e no modo de operar do psiquiatra. Mais do que apreender as doenças em sua essência mais íntima - tal método permitiria, numa medida parcial, mas mesmo assim considerável, captar a natureza verdadeira e real da doença a partir fenômenos. Este método baseado no olhar clínico e classificatório define as posições ocupadas em seu exercício pelo médico: detentor do saber sobre a patologia, e pelo doente: vítima de algo exterior e estranho a sua natureza. É o que ensina Foucault (1994):

"Pode-se, portanto, em uma primeira aproximação definir este olhar clínico como um ato perceptivo subentendido por uma lógica das operações; é analítico, porque reconstitui a gênese da composição; mas está isento de toda intervenção, na medida em que esta gênese nada mais é do que a sintaxe da linguagem que falam as próprias coisas em seu silêncio originário" (Foucault, 1994, pg. 123).

A isenção do alienista servia para que se pudesse caracterizar em meio à desorganização própria à loucura, os dados semelhantes, as continuidades a partir dos quais se revelava o desenho das espécies clínicas. Esta descrição passou a ser entendida como a história da introdução naquele sujeito, de um elemento que se deixava anunciar por seus indícios nos comportamentos e nas funções mentais. Por isso Saurí (1969) alinha à operação epistemológica responsável pela substancialização das espécies nosológicas, outra operação, indissociável desta, que foi a invenção dos sintomas e seu valor semiológico. A descrição dos fenômenos e sua categorização em sintomas, antes de qualquer busca de sentido, era o inventário da presença e o testemunho da existência desta ou daquela espécie clínica. O clínico era o responsável por realizar esta compilação, por distinguir as diferentes constelações sintomáticas e por ordená-las e classificá-las.

“La naturaleza sigue reglas generales en el curso de las enfermedades con variedades individuales” (Pinel, P. In Saurí, J.J. 1969, pg.63).

“El síntoma considerado extensivo y cronológicamente, es un episodio anecdótico de la enfermedad, y de la agrupación de tales síntomas surge el conocimiento psiquiátrico. La sintomatología se constituye así en la verdadera historia natural de la afección (...)” (Saurí, J.J. 1969, pg.63).

A maneira com que Esquirol redige e organiza um de seus capítulos é exemplar desta metodologia. Seu texto obedece à seguinte estruturação: inicia com uma descrição precisa de fatos empíricos, entremeada com sua classificação semiológica. Faz uma resenha de sintomas físicos presentes nas loucuras, reafirma os 5 gêneros da nosologia pineliana (lipemantias, monomantias, mania, demências e imbecilidade) e por fim estabelece algumas relações estatísticas entre os diversos gêneros de loucura. Sabe-se porém, que o discípulo de Pinel avançou um pouco mais. Esquirol foi responsável pelo uso do termo “enfermidade” ao invés de “alienação”, preferido por Pinel. Esta mudança é sublinhada aqui pois ela indica um conjunto de desvios e acréscimos que foram feitos à idéia inicial de espécie clínica e que foram abertos por Esquirol.

“En este sentido, resulta significativo la utilización por parte de Esquirol del término –enfermedad- (maladie) en lugar de alienación (aliénation). Así, su ‘Des maladies mentales considérées sous le rapports médica, hygiénique et médico-légal’ (1838) introduce, ya desde el mismo título, una terminología que denota la voluntad de considerar a la locura como un auténtico proceso morboso. Esta ‘patologización’ de los desarreglos mentales, presente ya en Pinel, y de modo más difundido en autores anteriores, supone, sin embargo, un punto de partida que es preciso tener en cuenta para comprender la plena asimilación de la locura a la corporalidad del individuo(...)” (García-Alejo, R.H. In:Esquirol, J.E.D. 1989, pg.13).

Genericamente pode-se dizer que considerar a loucura uma enfermidade completou a ruptura com uma visão demonológica, hegemônica nos séculos anteriores, para uma concepção da loucura como problema, ou seja, incógnita passível de resolução racional (Saurí, J.J. 1969), ou seja, como um processo que incluiria, em sua abordagem outros dispositivos. A loucura passa a ser encarada como uma doença que podia ser identificada a partir de uma compilação sintomatológica mas que também tinha uma identidade e uma temporalidade, uma causação hipotética e um futuro (Bercherie, P. 1980). Fazer uma especulação patogênica e etiológica, construir hipóteses localizatórias (o cérebro) e uma observação longitudinal (a evolução das doenças), foram alguns destes dispositivos implicados na passagem da noção de espécie clínica para a de enfermidade.

Evidentemente este deslocamento não foi tão simples e nem poderia ser resumido desta forma. O progresso do sistema de pensamento da clínica clássica foi marcado pela divergência entre escolas, especialmente a francesa e a alemã; pelas controvérsias e por uma trajetória que permite periodizações. No entanto, com o destaque à operação de “substancialização” da doença mental, que nomeia aqui a operação essencial da clínica psiquiátrica, pretende-se apontar que os pressupostos de tal operação definiram e definem internamente os limites do empreendimento clínico e terapêutico da psiquiatria (Waelhens, A. 1972), conduzindo a abordagem do psiquiatra quase que forçosamente à especulação anatômica em sua exploração dos fenômenos da doença mental.

Especular sobre a materialidade da doença mental é incluir a psiquiatria no procedimento próprio à medicina, reafirmando sua filiação ao saber médico. Mas agora é o avesso deste movimento que pretende-se destacar. Ao justificar e prender-se à esta filiação a clínica psiquiátrica encontra limites na tarefa à qual se propõe e na apreensão do objeto de sua intervenção, especialmente as psicoses funcionais.

3.3) Os limites intrínsecos

Seguindo a história, verifica-se um certo movimento de vaivém da disciplina psiquiátrica no que se refere à questão da organicidade da doença mental. Sabe-se que Pinel rejeitou a idéia de um substrato orgânico para a doença mental inicialmente (Bercherie, 1980; Katz, S.,1994). Sabe-se também que com a descoberta do substrato anátomo-patológico da Paralisia Geral por Bayle em 1826, a psiquiatria repensou sua fundamentação e renovou a expectativa de descoberta da materialidade da doença mental, o que não foi contemplado (Saurí, J.J. 1969). Posteriormente, próximo ao início do século XX, o modelo já não era mais a história natural e sim a neurologia, possibilitando uma leitura fisiológica dos fenômenos psicológicos, o que também gerou controvérsias. A psiquiatria era considerada uma disciplina afim à neurologia e à qual, idealmente ela retornaria, com o avanço dos estudos. Bercherie (1980) se refere da seguinte forma ao período de 1876 a 1910.

“Esse longo período caracterizou-se por uma certa homogeneidade dos pontos de vista e das doutrinas e, em particular, pelo papel de modelo que a neurologia se arrogou. Para o conjunto dos alienistas de então, a psiquiatria era um ramo da neurologia: um tanto prima pobre, devido às suas dificuldades em fornecer a si mesma uma verdadeira fundamentação anátomo-patológica, e também um pouco prima rica, já que tinha a ver com as perturbações das funções mais complexas e mais apaixonantes do sistema nervoso central” (Bercherie, P. 1980, pg.131).

As razões deste “vaivém” foram também apreendidas por Birman (1978). Apesar do estudo de Birman referir-se ao período compreendido à passagem do século XVIII para o século XIX, é perceptível que ele captura um movimento que denomina de *“busca de um corpo pela psiquiatria”*, movimento que perpassa longitudinalmente a história psiquiátrica. Esta *“busca”* e sua finalidade, segundo o autor, só podem ser entendidas dentro de uma articulação que ele postula entre a pesquisa localizatória da psiquiatria e a legitimação de seu lugar médico e de sua intervenção social.

Atualizando-se com os princípios da ciência médica, a psiquiatria reafirma historicamente seu pertencimento ao campo médico-científico e legitima novamente seu lugar na ordem pública, num movimento de retroalimentação contínuo. Eis aí o vaivém mencionado. A partir de então compreende-se porque o empreendimento de uma investigação organicista e localizatória, com maior ou menor força não deixou de se presentificar, de meados do século XVIII para cá:

“Movimento duplo e simultâneo, procuremos determinar o sentido desta busca de um corpo anatômico pela Psiquiatria. Se ele revela a tentativa de tornar matéria biológica as produções da subjetividade, a sua determinação primeira é de ordem médica. Com efeito, incorporar a loucura, subjetividade pura, na instituição médica, corresponde a considerar o conjunto da subjetividade no horizonte da racionalidade médica. Sendo a alienação mental caracterizada por alterações das faculdades morais, fundada numa suposta lesão cerebral, a delimitação médica da primeira abre nos seus efeitos a perspectiva teórica de também assim considerar as segundas” (Birman, J.1978, pg.55).

Esta articulação psiquiatria/medicina parece ser, dentro desta perspectiva, o principal motor que conduziu ao assim chamado progresso científico da disciplina psiquiátrica, à persistência e à atualização de sua racionalidade. Isto no entanto é indicador de algumas incoerências. Se uma operação do conhecimento sustenta-se em bases ideológicas, isto deve aparecer como fraturas neste próprio raciocínio epistemológico ou, como no caso em questão, como fraturas detectáveis no método clínico proposto pela psiquiatria. Um determinado fenômeno da clínica, extensamente abordado por Esquirol, servirá para exemplificar esta afirmação e validar esta hipótese da presença de certos limites no campo da clínica psiquiátrica, permitindo pensar algumas conseqüências. Este fenômeno é a alucinação.

Fenômeno crucial para o diagnóstico das psicoses e de seu mecanismo, a alucinação pode ser definida como um simulacro de percepção: o paciente tem uma vivência que é da ordem dos sentidos, sem a presença de estímulos ou

alterações no sistema nervoso sensorial periférico. Outra característica importante do fenômeno é que ele provoca efeitos reais. Há um sofrimento real e há uma certeza da existência, da exterioridade daquela sensação e de que ela, de alguma maneira, diz respeito àquele que alucina (Nasio, J.D. 1997). Uma teoria empirista da alucinação embasava a clínica clássica de Esquirol e também a psiquiatria atual. Esta teoria privilegia em sua abordagem a ausência do objeto da percepção mais do que a crença do alucinado, embora reconheça que ela também está sempre em jogo na alucinação.

Seguir um método empírico para apreender este fenômeno clínico, implica então uma nova sucessão de passos. Descartar a presença de uma alteração sensorial periférica ou central. Preenchido este quesito, descartar também um estatuto secundário para o fenômeno. A alucinação não pode ser derivada diretamente do delírio (ela é da ordem da percepção e o delírio, do pensamento); não se pode compará-la totalmente a um estado fisiológico como o sonho, (o estado do alucinado tem suas particularidades – o paciente sonha desperto e está “preso” neste sonho) e finalmente, descartar uma distorção perceptiva (como ocorre nos hipocondríacos). A alucinação tem um caráter novo para o sujeito. Restam então poucas opções para a abordagem empirista no exame das causas possíveis. Torna-se inevitável buscar a localização cerebral para explicar o fenômeno alucinatório. Basta escutar Esquirol:

“Si el lugar donde se localizan las alucinaciones no es en las extremidades del órgano sensitivo, debe estar en el centro de la sensibilidad; en efecto, no se puede concebir la existencia de este síntoma más que suponiendo que el cerebro se pone en acción por cualquier causa. (...) por una conmoción súbita y violenta, por un gran esfuerzo del espíritu, por una pasión vehemente, el cerebro también puede ponerse en acción de forma simpática por el estado particular de ciertos órganos más o menos alejados, como ocurre en las locuras simpáticas, en las fiebres, las phlegmasias, o por las ingestión de ciertos venenos” (Esquirol, J.E.D. 1989, pg.156).

O exemplo indica o caminho que o alienista percorre em sua abordagem do fenômeno e mostra os impasses a que o método psiquiátrico conduz. A alucinação psicótica permite interrogar o valor decisivo conferido à percepção na circunscrição e na definição da realidade. No dizer de Nasio (1997), ela indica que há uma subversão possível da ênfase conferida pelo empirismo ao que pode ser captado pelos sentidos como indicador de realidade. Basta observar bem: se na alucinação o virtual provoca o real, de que realidade se trata? Este raciocínio abriria campo para várias outras especulações acerca da certeza subjetiva que acompanha a alucinação e sua relação com uma definição de realidade. Não foi o que fez o alienista francês e não é o que faz a psiquiatria. Reafirmar, diante deste paradoxo o caminho de um empirismo estrito, não deixa outra alternativa senão a busca de uma localização cerebral para a alucinação, de um substrato material para a loucura e para o psiquismo.

“(...) pois aplicar ao outro o modo de observação que habitualmente reservamos às coisas, aos objetos do real, não deixa de suscitar alguns problemas. Aliás foram estes problemas que, no espaço de meio século, tornaram a clínica suspeita, provavelmente com justa razão, de participar da alienação justamente daqueles cujos distúrbios ela pretendia descrever exhaustivamente, analisar objetivamente e classificar racionalmente” (Bercherie, P. 1980, pg.21).

3.4) O “morcego”

Para Canguilhem (1943) e Khun (1962), a cientificidade da medicina e da psiquiatria é questionável. Elas não podem ser tomadas tal como a física, a química ou a astronomia. Para Khun, a medicina situa-se numa zona de confluência de outras disciplinas científicas. Para Canguilhem não se pode esquecer o caráter de determinação social à que está submetida a medicina, nem

tampouco sua missão voltada para o campo terapêutico (retorno da capacidade normativa). No caso da prima meio rica, meio pobre – a psiquiatria – a questão da cientificidade adquire ambigüidades adicionais, uma vez que a normatividade da psiquiatria clássica, bem como a avaliação de um retorno à normalidade assentava-se em parâmetros morais (Birman, 1978). Em relação ao campo da medicina portanto, a psiquiatria guarda uma ambivalência particular. É o que comenta Paes Barreto, ao falar do passado e futuro da clínica psiquiátrica, salientando esta ambigüidade própria a disciplina:

“(...) lembro-me do morcego da fábula, que ora passava por ave, ora passava por rato. Tal como o morcego da fábula, a ambigüidade da psiquiatria é estrutural” (Barreto, Paes, F. 1999, pg.108).

Paes Barreto (1999) caracteriza positivamente esta ambivalência como sendo o traço mais distintivo e específico da psiquiatria. Ela estaria relacionada à impossibilidade de comprovação de uma "essência" para o adoecimento mental, seja no plano nosológico, no plano da anatomia macroscópica, do inventário de localizações cerebrais, seja nos termos atuais da genética e sua determinação de uma dinâmica neuroquímica. ¹ Para este autor, este seria o ponto paradoxal e também paradigmático da psiquiatria. A peculiaridade de seu objeto, sua inapreensibilidade objetiva que é que lhe garantiria a sobrevivência, não permitindo sua assimilação e diluição nas neurociências.

A psiquiatria faz parte da medicina geral, ou mais precisamente da neurologia, no que diz respeito às doenças mentais orgânicas. Porém, nos domínios das doenças mentais consideradas “funcionais” cujo exemplo mais importante são as psicoses, mantém-se tributária da necessidade médica do diagnóstico mas num campo em que não há total superposição ou complementaridade com os quesitos médicos de cientificidade. Esta *"ambigüidade estrutural"*, definidora da psiquiatria relaciona-se assim ao objeto de sua intervenção, nomeadamente, as psicoses funcionais que demandam um

¹ É a mesma conclusão a que chega Bercherie (1980) ao final de seu texto.

instrumental semiológico, sistemas doutrinários e dispositivos terapêuticos que não se adequam totalmente à leitura médica.

“Talvez a psiquiatria não venha a ter muitos motivos para continuar existindo, mas restará um. A experiência psicótica. Experiência tão pobremente apreendida, tanto pelas teorizações biológicas como pelas teorizações psicanalíticas. A loucura, que historicamente esteve ligada ao surgimento da psiquiatria, poderá ser então a razão de sua sobrevivência” (Barreto, Paes, F. 1999, pg.108).

A ambigüidade a que o autor se refere liga-se portanto, aos enigmas que a psicose introduz no(s) saber(es) constituídos. É daí que se pode reconhecer a abertura fértil que existe no campo da Saúde Mental, o que se explicita em sua história mais recente. Em poucas outras áreas da Saúde houve tantos e tão profundos questionamentos, tanta permeabilidade a outros saberes e às mudanças. Há que se sublinhar esta íntima relação entre esta possibilidade de abertura e a própria discussão acerca da loucura, que sempre resistiu às certezas e à apreensão científica. É importante insistir que estes questionamentos ligam-se à irreduzibilidade e à inapreensibilidade que as psicoses presentificam e que muitas vezes aparecem como o desamparo vivido por aqueles que estão junto aos loucos em seu estranho percurso.

Reconhecer que antes de qualquer coisa, as psicoses constituem um impasse para o saber, no entanto, não deve significar afastar-se delas, relacionando sua inapreensibilidade a uma impossibilidade terapêutica. Antes disso, talvez o que as psicoses tenham a indicar de forma inequívoca é o limite que existe em qualquer apreensão da realidade por um saber, servindo portanto, para relativizar qualquer pretensão científica de caráter totalizador. Se há algo que as psicoses ensinam é exatamente algo que evoca a pertinência do preceito de Freud, que esvazia o lugar do saber e desloca o seu valor em se tratando de clínica: tomar cada caso como se nada soubesse dele. Poder sustentar a denúncia que as psicoses fazem às tentativas de apreensão pelo saber e às

pretensões adaptativas torna-se então um mérito e uma primeira indicação para a sua abordagem.

“Se a esperança é uma disposição conquistada, nem por isso o fracasso perde na cena seu lugar eminente. Experiência cara ao psicótico, o espelho nele se partiu. Mais do que contrapor as loucuras e as psicoses com qualquer padrão de normalidade, essa vivência fraturada interroga nossa fascinação pelo semelhante, a paixão pelo complemento e os mitos de felicidade. Não é preciso qualquer menção a ideologias. A experiência do sujeito psicótico é suficiente para lembrar, aos que têm ouvidos, o que não anda nas realizações” (Dias, Mauro Mendes. 1999, pg.16).

A CLÍNICA E A REFORMA

4) A CLÍNICA E A REFORMA

“Pero la reforma psiquiátrica no puede prescindir de la clínica. A toda reforma corresponde un correlato clínico, una forma de entender terapéuticamente a los pacientes, o es otra cosa”
(Manuel Desviat).

4.1) Reforma Psiquiátrica e Saúde Pública

A Reforma Sanitária: movimento da Saúde Pública responsável pela criação e implementação do Sistema Único de Saúde e as diretrizes nacionais deste Sistema e a Reforma Psiquiátrica brasileira: movimento iniciado na década de 80 e que visa a reformulação da estrutura da assistência psiquiátrica no país, são movimentos com estreitas e recíprocas relações, embora não sejam assimiláveis. Para discriminar alguns pontos de contato pode-se partir do Relatório do Conselho Federal de Psicologia *“Como anda a Reforma Psiquiátrica Brasileira? Perspectivas e Prioridades”*, editado após o Fórum Nacional de debates realizado em torno do tema em 2000.

Alguns pontos deste texto permitem discriminar como as diretrizes sanitárias e do SUS estabelecem os caminhos por onde o processo de redução do parque manicomial brasileiro e a implementação de novas alternativas assistenciais em Saúde Mental podem ser planejadas. A territorialização por exemplo, uma das diretrizes das políticas de Saúde Pública, adquiriu valor estratégico para execução do projeto de Reforma Psiquiátrica e para o planejamento das ações em Saúde Mental, determinando em parte o modo de operar dos serviços alternativos, que tentam obedecer à lógica da regionalização (Amarante, P. Giovanella, L., 1994). Da mesma forma, experiências recentes em alguns municípios brasileiros mostram a necessidade de articulação da assistência em Saúde Mental e do movimento da Reforma Psiquiátrica com o estabelecimento dos PSFs (Programa de Saúde da Família) (Lancetti, A. 2000).

No sentido inverso, ou seja, da Reforma Psiquiátrica para a Saúde Pública também se verificam influências teóricas e conseqüências práticas. A

humanização dos manicômios, a desospitalização, a necessidade de repensar nessa área o ato de saúde para se atingir uma desinstitucionalização não só das instituições mas do saber, o reconhecimento dos direitos dos doentes mentais hospitalizados ou não-hospitalizados, dentre outros fatores, contribuíram para a complexificação das demandas que partem da Saúde Mental para os dispositivos e políticas de Saúde Pública (Saraceno, B. 1995). Tome-se, por exemplo, uma das principais conseqüências populacionais dos movimentos de Reforma Psiquiátrica. Guardando as diferenças locais, um epifenômeno epidemiológico comum em vários países é o surgimento de uma população não-institucionalizada, portadora de grave sofrimento mental, e que cria uma complexa e crônica problemática social e em saúde (Desviat, M. 1994, 1999).

As respostas (ou não-respostas) dos governos e das políticas de saúde a tais demandas são diferentes e não constituem objeto direto de discussão deste trabalho. Fica evidenciado no entanto, que ao se desconstruir a síntese sócio-assistencial empreendida pelo manicômio, aparece um contingente populacional que necessita de cuidados diferenciados e que não podem ser resumidos no uso de medicação ou consulta. Seja composto pela população desospitalizada (o que não significa diminuição do sofrimento psíquico mas sim a necessidade de seu acolhimento por serviços na comunidade), ou pelos pacientes que vivem na comunidade e que felizmente encontram hoje algum impedimento para que sua problemática seja equacionada dentro da lógica das internações longas ou permanentes, este contingente, portador de grave sofrimento psíquico, passou a exigir respostas particulares e mais complexas por parte dos serviços e das políticas (Desviat, M.,1994; Amarante,P.,1994).

A heterogeneidade e a multiplicidade desta demanda antes não tinham como aparecer, encobertas que estavam pela presença da instituição totalizante. O complexo de serviços sócio-assistenciais necessários à cobertura em Saúde Mental é também ilustrativo do mesmo ponto: centros de tratamento-dia e noite; moradias protegidas, oficinas de trabalho, suporte na comunidade, leitos em hospitais-gerais; todos estes equipamentos passam a ser demandados no vácuo que o fim do isolamento manicomial fez aparecer. Há que se considerar ainda que

a questão do manicômio extrapola a presença física da instituição. Ela diz respeito a uma postura ideológica, um enquadre epistemológico, político e legislativo para a questão da loucura (Pélibart, P. P. ,1990, Lobosque, Ana M. ,1997).

Isto demonstra que talvez em nenhum outro ramo da área da Saúde a sobreposição e o imbrincamento entre os elementos clínico, social, legal e político sejam tão próximos. No campo da clínica, a “*estratégia da negação da psiquiatria enquanto ideologia*” (Amarante, P., 1994) pode ser considerada eixo da reformulação do pensar e do agir clínicos em Saúde Mental. Esta reformulação, ou sua necessidade é indicada por Bezerra:

“O problema é o lugar da clínica neste campo de intervenção. Um lugar que tem sido, na minha opinião, ora supervalorizado, ora subvalorizado. Supervalorizado por todos aqueles que tem uma visão, eu acho, reducionista do que seja esta prática, no sentido de que superdimensionam o trabalho individual ou mesmo grupal, (...) Na outra ponta do espectro, há aqueles que subvalorizam a importância da questão clínica (...) na medida em que acentuam (...) a importância em se pensar estruturas assistenciais que contemplem a relação do sujeito com a realidade social(...) que tem deixado ainda um pouco na sombra a discussão de como poderíamos discutir, como poderíamos encontrar um terreno comum, onde possamos conversar sobre o que se faz, que conceitos sustentam a nossa prática junto aos nossos pacientes, numa relação mais direta” (Bezerra, B. 1996).

Este lugar problemático e de inquietação reservado à clínica pelo autor é reflexo do próprio movimento da Saúde Mental e que diz respeito à proposta de desconstrução da clínica psiquiátrica tradicional, ou seja, do paradigma epistemológico desta clínica (essencialmente descritivo-fenomenológico-classificatório), processo não terminado e sujeito ao conflito. Esta desconstrução propõe, conjuntamente ao desmonte do dispositivo institucional manicomial, a reformulação radical dos modos de reconhecimento e enquadre social do louco. Isso desloca a discussão, até então prerrogativa da medicina, para a valorização destes sujeitos no campo social, ou seja, de sua contratualidade material, afetiva e

comunicativa (Tykanori, R. In: Pitta, A. org. 1996). Propõe-se a mudança do *status* que o louco ocupa nestas categorias, a partir da revalorização de sua relação com os profissionais que o atendem. Cabe aos serviços, dentro desta perspectiva, criar dispositivos para que esta mudança possa se estender também à comunidade onde este sujeito vive e se inscreve.

No lugar supostamente vazio deixado pela clínica psiquiátrica clássica, após sua desconstrução ², a Reforma Psiquiátrica propõe a noção de reabilitação psicossocial, termo que tem múltiplos sentidos mas que pode ser entendido grosso modo, como uma série de princípios, ações e dispositivos tecnológicos visando a reinscrição social do paciente.

"Desconstruindo o paradigma clássico, isto é, colocando a doença mental entre parênteses e desinstitucionalizando o conjunto de aparatos construídos em torno do objeto doença, podemos substituir o processo de cura pelos de invenção da saúde e de reprodução social dos sujeitos. Assim é que a atividade terapêutica passa a dar-se com a utilização dos recursos capazes de estimular e recolocar em movimento trocas sociais, de recolher e valorizar, através de seu deslocamento e, paradoxalmente, de sua desinstitucionalização, os sintomas, os símbolos e os múltiplos sentidos do paciente. (...) para tanto, não se pode reduzir o sujeito à doença, ao distúrbio de comunicação, nem autonomizar o corpo ou o psíquico, mas somente reinscrevê-lo no corpo social" (Amarante, P. 1994, pg.144).

É importante destacar este deslocamento do enquadre da loucura da clínica psiquiátrica clássica para este outro universo compreendido pela noção de reabilitação. Ele é indicativo de outro nível da interseção entre Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. Ambas partilham de princípios comuns, que se assentam em noções universalmente válidas, como cidadania e democracia. Saraceno (1999) vai dizer inclusive que a disputa, na área da Saúde Mental, localiza-se entre o paradigma psiquiátrico e o paradigma da Saúde Pública, afirmando a cidadania como reabilitação. Privilegia com isso a dimensão do direito e postula

sua precedência à dimensão da relação como campo terapêutico, o que tem sua validade num contexto institucional ou comunitário em que o reconhecimento social do personagem do louco é dificultado ou impossibilitado :

“A teoria e a práxis da desinstitucionalização consistem em substancial inversão: o negócio precede o ócio, ou seja, somente a partir do direito ativo ao exercício do negócio (da troca de oportunidades materiais), o sujeito é colocado na condição de exercitar o direito à relação” (Saraceno, B.1999, pg.112).

Para Saraceno, as noções de cidadania e de direito seriam portanto o fundamento sobre o qual poderia advir qualquer relação terapêutica. Haveria primeiro o reconhecimento no campo do direito e isto seria condição determinante para a dimensão terapêutica, assimilada à esfera das relações individuais do paciente.

“Dizendo em outras palavras, a construção do direito de cidadania como eixo prioritário não é uma escolha somente ética, mas também técnica: somente o cidadão pleno poderá exercitar as suas trocas (e com essas trocar também loucura), enquanto o cidadão partido ao meio não saberá o que fazer com as aquisições (se na verdade adquiridas), com as habilidades relacionais, uma vez que não haverá direito nem acesso ao exercício de relações ou estas se darão como relações desprovidas da materialidade que as torna reais” (Saraceno, B. 1999, pg.94).

Não se trata de discutir neste texto a questão que parece vazia, que é a da precedência do reconhecimento dos direitos à possibilidade relacional ou vice-versa. Sabe-se que há uma impossibilidade clínica e social para os sujeitos aprisionados nos dispositivos manicomiais, sejam eles institucionais ou epistemológicos. É também um dado histórico que os movimentos de Reforma Psiquiátrica, bem como as vertentes clínicas que levam em consideração alguma

² A presença marcante do uso de psicofármacos em serviços intermediários de Saúde Mental faz

subjetividade (a psicanálise dentre elas) só foram avante em contextos políticos de abertura e democratização. Isto quer dizer que considerar o universal do contexto político e do micro-contexto dos direitos dos pacientes tem de fato valor de condição básica para o exercício terapêutico (Elia, L. 1999). Estimular e intervir nestas esferas consiste, na prática, boa parte da missão dos serviços de Saúde Mental.

Interessa mais a este trabalho o pormenor enunciado por Saraceno em seu parêntesis: “(...) *trocar também loucura(...)*”. No exercício do direito universal da possibilidade de trocas sociais reais, o que quer dizer, no particular, no um a um de cada caso, de cada situação clínica, trocar loucura? Ou melhor, como abrir uma possibilidade de troca, o que receber e como entendê-lo? O que oferecer e quando? Trocar indica abrir uma possibilidade de interlocução e como fazê-lo, considerando a particularidade com que os psicóticos constroem seus vínculos? Por fim, como planejar e executar projetos terapêuticos sem reeditar o velho, porém sólido método psiquiátrico, através do privilégio de seu equivalente atual, o recurso medicamentoso, instrumento tecnológico aparentemente mais seguro e eficaz e por isso mesmo, bastante sedutor?

“Por outro lado, um gesto de exorcismo não basta para apagar algo tão coerente quanto a psiquiatria clássica. Não querendo tomar conhecimento dela e fazer sua análise histórica e epistemológica, corremos o sério risco de retomar, sem querer e sem perceber, justamente os impasses que levaram ao seu relativo declínio” (Bercherie, P.1980, pg.22).

4.2) A Saúde Pública no fio da clínica

Uma incursão no campo da Saúde Coletiva e duas de suas categorias, os conceitos de cidadania e democracia, é reveladora do porque das contradições

questionar os limites desta desconstrução.

presentes no lugar ocupado pela clínica neste campo. Tais conceitos são utilizados nesta área dentro de sua referência aos direitos: "*direito a ter direitos*". Este paradoxo pode ser lido assim: direito à igualdade e direito às diferenças, na tentativa de costurar no plano do direito, o espinhoso e sempre presente conflito entre interesses particulares e sua relação com os interesses da maioria. São conceitos cuja aplicação incide na dimensão da política e na da cultura. Seu uso na área da Saúde é feito dentro de um projeto sócio-político mais amplo, que propõe uma modificação do conjunto das relações sociais como "*estratégia política*" necessária para se pensar uma definição ampliada de saúde.

Vinculam-se portanto, ao projeto político de transformação da Saúde que é o movimento de Reforma Sanitária. Colocado por Mendes (1993) como o "*verdadeiro objeto*" da Saúde Coletiva, a concepção ampliada de saúde como direito de todos e de cada um e sua inclusão real no campo da seguridade social, implica que saúde seja entendida num "para além" do viés médico-biológico. A noção ampliada de saúde é a principal diretriz organizadora de projetos do setor saúde (vide o texto constitucional do SUS) e pode ser entendida operacionalmente, como determinante de uma necessidade de mudança no modo de produção de saúde, que não poderá, a partir daí, ser definida exclusivamente por parâmetros da medicina individual-curativa, considerada científica.

Há então um confronto entre os movimentos de transformação para o setor Saúde e aquelas propostas assentadas no discurso médico-científico e seus dispositivos tecnológicos, atrelados ao projeto neoliberal para o campo da seguridade social no Brasil. Tal projeto é hoje hegemônico, tendo se apropriado das diretrizes constitucionais para o setor Saúde, encaixado-as dentro de uma proposta de financiamento e de gestão dos processos de trabalho na área, que modifica pouco de sua estrutura e funcionamento em vigor: atenção à saúde médico centrada, curativa e hospitalocêntrica. Não é aleatório portanto, que o lugar conferido à clínica dentro da visão de parte do movimento sanitário, possa ficar restrito à noção de clínica como contato particularizado de um profissional (e seu campo de saber) e um usuário, para um diagnóstico e para a cura da patologia.

No entanto, cumpre ressaltar que o mesmo procedimento que isola e assimila esta noção de clínica à raiz dos males para as práticas de saúde, ao fazê-lo, às vezes ofusca o verdadeiro problema que é o do "casamento", por sinal bem-sucedido, entre medicina-curativa e neoliberalismo (Campos, G.W. 1992). Esta forma de tomar a noção ampliada de saúde traz um risco que merece ser destacado: o da uniformização apressada entre objeto e objetivo dos serviços de saúde, ou seja, entre os problemas inerentes aos conteúdos e práticas clínicas (objeto) e o desenho dos modos de produção em saúde (objetivo). Sobrepõem-se e confundem-se com isso, níveis distintos da mesma questão: um político e o outro eminentemente técnico-assistencial.

Torna-se necessário então apontar a articulação (de fato existente) entre eles mas mesmo tempo, apontar suas diferenças, discriminando as questões próprias a cada nível e avançando na particularidade que cada um coloca. Não se pode esperar que a resposta legislativa ou a resposta política, embora fundamentais e capazes de viabilizar uma sucessão de ações e criação de condições e dispositivos sem os quais o movimento de Reforma não pode avançar, sejam tão somente aquelas aplicáveis ao campo assistencial. Além da resposta política e social a clínica exige respostas próprias. O risco desta confusão, que seria o apagamento das questões epistemológicas e clínicas, privilegiando as dimensões políticas e sociais merece destaque, pois no plano da clínica é que encontra-se o sujeito doente e sua queixa e é aí que encontramos o objeto e o objetivo da invenção e gestão dos sistemas de saúde. É o que coloca Campos:

"Pretender tratar somente da saúde, afirmar que centro de saúde não deveria se ocupar da doença, mas da saúde, são reações delirantes perante o discurso médico-hegemônico. (...) A especificidade de nosso campo, tarefa esperada e cobrada pela sociedade, é a de pensar a enfermidade, o risco de adoecer, para daí inventarmos mecanismos de produzir saúde (...). Afirmo que o objeto da saúde coletiva e da clínica são os processos de saúde-doença-atenção.

Nosso objetivo, produzir saúde. Senão confundiríamos nosso papel com o das instituições políticas, ou dos movimentos sociais (...)" (Campos, 1997, pg.120).

Um projeto de transformação para a Saúde deveria por isso, incluir uma redefinição dos modos de produzir saúde nos serviços: uma mudança da organização e da gestão dos processos de trabalho nas instituições que inclua uma discussão no terreno dos saberes tecnológicos sobre os processos saúde-doença (o campo da clínica), reconhecendo, buscando e sem receio de escolher as teorias da clínica mais coerentes com um projeto democrático. Isto quer dizer que uma Reforma Sanitária formaliza-se também através destas discussões e de redefinições no campo da clínica que sejam capazes de traçar outros parâmetros, diferentes dos propostos pelo discurso centrado no saber-fazer médico-prescritivo, cujas conseqüências podem ser complicadas.

4.3) A Reforma Psiquiátrica no fio da clínica

O caráter parcial do sucesso e do avanço do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil é notório. 95% do financiamento era até recentemente, revertido para hospitalizações e o crescimento da rede de serviços alternativos, apesar de expressivo é francamente insuficiente e desigual. Este mesmo movimento tem reafirmado a atribuição do estatuto de cidadão com direito de escolhas e troca social ao louco, em oposição ao lugar de exclusão a ele conferido pela psiquiatria científica, definindo as práticas do campo da atenção psicossocial ou as práticas de reabilitação psicossocial como o correlato teórico-prático do movimento de Reforma.

No entanto, a escassez de menções mais claras aos impasses clínicos que a desinstitucionalização produz chama atenção e talvez indique que o lugar da discussão sobre a particularidade do adoecimento mental padece de um certo esvaziamento que merece análise. Afinal, acompanhar o louco em sua reinscrição no corpo social é tarefa árdua, difícil e que por vezes significa acompanhar uma história sem sucesso. Alguns psicóticos por exemplo, a despeito das

possibilidades que lhes ofertam, às vezes não ultrapassam um limite mínimo de comunicação e de inserção.

É sabido também que em qualquer processo de Reforma Psiquiátrica, persiste sempre um certo número residual de pacientes resistente à desinstitucionalização e mais do que isso, ao contato com o outro. As psicoses continuam a representar um impasse teórico e prático seja para a psiquiatria, seja para as teorias psicanalíticas ou outras. Certos autores reconhecerão, referindo-se aos casos cronicamente hospitalizados uma "dupla alienação" (Goffman, dentre eles), uma, por assim dizer própria àquela estruturação e à problemática subjetiva daquele sujeito e outra, muitas vezes tão ou mais intransponível, que é a alienação imposta pela reclusão institucional.

Pode-se suspeitar da relação entre estas "alienações". A clausura seria o exemplo extremo do que poderia ser entendido como uma resposta "do Social" à situação marginal própria ao psicótico. Objetificação no plano epistemológico e exclusão no plano social, seriam a resposta que vigora hegemonicamente nas instituições, mas também fora delas, no espaço urbano e da comunidade. Este é o "nó" que se apresenta a qualquer um na prática clínica nas instituições: uma superposição e uma verdadeira potencialização dos mecanismos de exclusão uns pelos outros.

A exclusão e dificuldade de responsabilização de alguns psicóticos, o seu "fora" dos mecanismos familiares, do discurso, do convívio e das trocas sociais convencionais, potencializa o "fora", secundário às múltiplas ou longas internações e seus rituais de isolamento, o "fora" que diz respeito a uma imposição do círculo familiar, das relações sociais e do trabalho. Neste sentido, a inclusão dos pacientes no universo dos cidadãos, dos direitos e da possibilidade de troca social constitui uma primeira e importante mudança, necessária, terapêutica, mas muitas vezes insuficiente. Não há como não reconhecer que as psicoses trazem algo de irreduzível à "socialização"; algo que a psicanálise pôde situar como sendo um "fora do discurso", lançando com isso o desafio de pensar a articulação deste "fora-dentro" como o campo próprio à Saúde Mental.

A princípio constata-se que a Reforma Psiquiátrica se define negativamente, em oposição à clínica psiquiátrica clássica. Isto tem razões de ser. A aposta terapêutica dos primeiros alienistas perdeu-se ainda no século XVIII. Como poderia haver tratamento moral se um médico encarregava-se de 400 a 500 doentes? A massificação dos asilos para doentes mentais, o incremento desmesurado da encomenda sócio-econômica de exclusão dos não-produtivos, em paralelo com as teorias psiquiátricas de fundamentação organicista que subjugarão o otimismo dos primeiros alienistas com as teorias da degenerescência e da incurabilidade, podem ser apontados como alguns dos fatores que promoveram as distorções que, somadas, levaram os asilos de doentes mentais ao seu aspecto absolutamente miserável em qualquer lugar do mundo que sejam visitados (Desviat, M., 1999).

Um mundo à parte, de não-cidadãos e não-sujeitos, à espera, em sua resistência silenciosa, de alguém que lhes diga o que fazer. Evidentemente, em instituições assim, há apenas, opressão e silenciamento. Nelas não há clínica possível, nem mesmo a sua vertente classificatória. Tal situação institucional agravou-se na Europa do século XX, após a segunda grande guerra. Os doentes mentais foram as primeiras vítimas dos holocaustos promovidos pelos regimes totalitários. Na França, 40% dos internados morreram durante a guerra. Desviat (1999) nos aponta em sua análise do contexto dos movimentos de Reforma no mundo que eles seguem o mesmo traçado: surgem num clima sócio-político de maior liberação e respeito às diferenças e de reconstrução de laços e pactos sociais.

Na Europa, no pós-guerra. No Brasil, acompanhando o movimento de redemocratização. Todos estes movimentos ganharam alcance enquanto resistência político-cultural à ordem política e científica vigentes e o manicômio entrou como exemplo limite dos rituais de exclusão social, instrumento de uma maneira sintomática de se lidar com as diferenças e de expurgar os conflitos sociais maiores. A diferença notável de percurso dos movimentos reformistas entre os vários países não excluiu esta constatação nem esta crítica ao manicômio relacionada à questão maior da liberdade cidadã. Tanto é assim que não há

nenhum destes movimentos em que o direito de ir e vir, o repúdio aos constrangimentos sejam eles políticos, legislativos ou científico-epistemológicos aos "diferentes", não sejam palavras de ordem. Para a(s) Reforma(s) Psiquiátrica(s) portanto, negar a clínica psiquiátrica e seu modo de operar é também negar uma certa ordenação socio-política.

Mas onde buscar a origem deste esforço de negação, de desconstrução de um modelo até então hegemônico e a proposta em seu lugar de certos valores universais? É o que demonstra o texto de Basaglia, que será analisado aqui em função de sua aproximação e sua influência sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira.

4.3.1) A negação basagliana

Comentar o texto de Basaglia "*A Instituição negada*", de 1968, é tarefa delicada, pois trata-se de um trabalho notável pela veemência e pela argúcia crítica quanto à instituição manicomial e seus determinantes. A realidade e a violência do manicômio são apresentadas neste texto em sua face de caricatura violenta e desumana e em seu valor de revelação do lugar fundamentalmente contraditório ocupado pela psiquiatria no corpo social. Estas contradições, presentes no alicerce da disciplina psiquiátrica reportam à sua inscrição e sua dependência última de uma estruturação social mais ampla, já discutida anteriormente. Em Basaglia, elas são apontadas de forma radical. No manicômio, os rituais de exclusão e silenciamento da loucura não sofrem nenhum ou quase nenhum velamento e a desumanização de seus internos se dá de forma quase absoluta. Por isso o manicômio é exemplo contundente de um lugar de troca zero.

É aí que deve ser situado o discurso basagliano: no manicômio público italiano, onde o silenciamento de alguns sob a justificativa científica da doença, que legitimava a exclusão de sujeitos do universo dos direitos civis era sem sombra de dúvida cruel. A partir da realidade do doente manicomial, o movimento inaugurado por Basaglia segue em dois sentidos iniciais, apreensíveis no texto. A desconstrução ou, no dizer do autor, a "*negação*" da forma de pensar e de agir da

psiquiatria tradicional e a crítica ao seu vínculo com a manutenção de uma ordem social capitalista e sua estratégia de dominação. A estratégia junto ao doente reflete este direcionamento. Basaglia propunha reconhecer, junto ao sujeito, o exercício desta dominação e fazê-lo reconhecer-se nesta situação de rejeitado e de sem-direitos.

Para o psiquiatra cabia então realizar o trabalho sistemático de negação do mandato social outorgado a ele, o que significava demolir passo a passo o que lhe fora ensinado para o enquadre do doente mental: o diagnóstico médico, “*juízo discriminatório*” estigmatizante e baseado num afastamento do psiquiatra do “*doente real*”, a perspectiva asséptica e não-dialética que identificava a desumanização, a apatia ou as alterações abruptas de comportamento apenas como resultado da doença; o saber-poder que ao inventar o conceito de doença mental inventava também um “*não-homem*”, objeto da violência científica, representante da violência social. É interessante perceber como Basaglia coloca em cheque todos os aspectos da formação do psiquiatra.

“Negamos, assim, tudo que possa dar um sentido predefinido à nossa conduta. Ao mesmo tempo em que negamos nosso mandato social, negamos a rotulação do doente como irrecuperável e, ao mesmo tempo, nossa função de simples carcereiros, tutores da tranqüilidade da sociedade; negando a irrecuperabilidade do doente negamos sua conotação psiquiátrica; negando sua conotação psiquiátrica negamos sua doença, despsiquiatrizamos nosso trabalho, recomeçando-o em território ainda virgem, por cultivar” (Basaglia, F 1991, pg.29).

O trabalho de Basaglia começou com a desestabilização de um hospital, transformando-o em comunidade terapêutica, mas não ficou restrito ao ambiente institucional. Desde seu início, já colocava que o manicômio era o apanágio de uma estrutura de pensamento credenciada cientificamente, estrutura esta extensiva à estrutura social. Sob esta perspectiva crítica, a atitude de negação deveria voltar-se à esta estrutura social, desprendendo o discurso de uma instituição particular e afirmando sua vocação eminentemente voltada para o plano

político e dos direitos. A pergunta que se faz aqui é: nesta crítica quanto à fundamentação social da psiquiatria e no deslocamento necessário que esta atitude de negação empreende do campo médico-científico para o campo socio-político, qual foi o lugar reservado para a clínica, para aquilo que, não sendo encarado como doença, ainda assim o sujeito psicótico porta?

Este aspecto, mesmo não tendo sido negligenciado por Basaglia, ao que parece, foi deixado em suspenso em prol da necessidade mais urgente do estabelecimento de um campo de direitos e de negociação possível dentro do contexto manicomial. O tratamento que Basaglia propõe à questão da doença neste texto, foi a “tomada de consciência” por parte do paciente de sua situação privada de liberdade. Guardada sua pertinência para o contexto em questão, a proposta é, no entanto, paradoxal. Se a loucura não é mais identificada à condição da doença, cumpre ao louco reconhecer-se como excluído e ao psiquiatra reconhecer-se no exercício de seu poder para então, agora às claras, redefinir as regras do jogo.

Questão espinhosa esta para alguém que se ocupe com psicóticos: como trabalhar a tomada de consciência por parte do louco? Sabe-se da irredutibilidade do delírio à qualquer “tomada de consciência”, nos moldes do que um senso comum definiria (e do valor relativo da consciência, se existe uma aposta no inconsciente). Isto não significa recorrer à semiologia psiquiátrica, mas colocar um crivo clínico e crítico nesta perspectiva que sobrepõe os planos terapêutico e do direito civil:

“Se o ato terapêutico coincide com o impedimento feito ao doente de que tome consciência de seu ser excluído através do abandono de sua esfera ‘persecutória’ específica (a família, os vizinhos, o hospital) para entrar numa situação global (tomada de consciência da própria exclusão por uma sociedade que realmente não o quer), não há outra solução senão refutar o ato terapêutico cujo único objetivo é atenuar as reações do excluído em relação ao excludente. Mas para tanto é necessário que nós próprios, prepostos do poder e da violência

tomemos consciência de que também somos excluídos...” (Basaglia, F.199, pg.103).

Cabe interpelar aqui, o lugar que cabe nesta formulação à inelutável diferença que se presentifica no contato com a loucura e que o próprio autor não deixa de pontuar:

*“O diagnóstico tem o valor de um juízo discriminatório, o que não significa que procuremos negar o fato de que o doente seja, **de alguma forma**, um doente. É este o sentido de colocarmos o mal entre parênteses, ou seja, colocar entre parênteses a definição e o rótulo”* (Basaglia, F. 1968, pg.28, grifo nosso).

Este *“de alguma forma”* grifado aqui reflete que há um estatuto a ser conferido ao doente e sua experiência-sofrimento e marca que este estatuto não pode ser o estatuto médico. No entanto, Basaglia não avança para qualificá-lo ao longo do texto. As razões para tanto podem ser especuladas. Basaglia e sua equipe estão, na primeira metade da década de 60 (as anotações do autor na *“Instituição Negada”* vão de 62 a 67), instaurando um movimento que dialogava com a comunidade terapêutica inglesa e com a psiquiatria de setor e a análise institucional francesas. Há pouco mais de uma década haviam sido inventados os neurólépticos, a psiquiatria biológica estava dando seus primeiros passos. Também eram bem alarmantes os dados da realidade institucional em que estavam inscritos. Respondia ainda a duras críticas por parte do *“establishment”* psiquiátrico tradicional.

Neste contexto inaugural e explosivo, um dos principais méritos de Basaglia foi a afirmação insistente da convicção na recuperação da importância essencial da dialética das relações na definição, na inscrição e nas conseqüências práticas vividas pelo doente mental, o que pode ser considerado talvez como um dos principais *“achados”* na leitura deste texto. Com Basaglia, percebe-se a impossibilidade de relação e de reconhecimento que a lógica psiquiátrica, em sua utilização como controle social impôs ao doente mental. É difícil para um

psiquiatra não se questionar com tal leitura. A face opressora da relação imposta pelo pensamento e pela estrutura manicomial salta aos olhos e a necessidade de posicionar-se diante dela mostra-se incoercível. Por outro lado, esta ênfase ofusca alguns pontos que dizem respeito à questão da doença mas que podem, no entanto, ser encontrados nas entrelinhas:

“Isto não quer dizer que a doença não exista, mas sublinha um fato real que deve ser levado em consideração quando se entra em contato com o doente mental dos hospitais psiquiátricos: as conseqüências da doença variam segundo o tipo de abordagem adotado em relação a ela” (Basaglia, F. 1968, pg.106).

*“Este esboço de análise dos diversos modos de abordar e viver a doença mental, da qual até agora somente conhecemos **esta** fisionomia **neste** contexto, demonstra que o problema não é a doença em si (o que é, quais suas causas, quais os prognósticos), mas simplesmente de **determinar qual tipo de relação se instaura com o doente**”* (Basaglia, F. 1968, pg.107, grifo nosso).

O valor atribuído à relação imposta ao doente e sublinhado novamente aqui é visto por Basaglia de forma separada daquilo que diz respeito à “doença em si”. O paciente institucionalizado, a dimensão civil e de direitos distorcida de forma intensa no manicômio e causadora do estado de total perda do valor social dos internos é entendida como reflexo de perdas anteriores sofridas pelo sujeito em suas relações sociais e suas relações com a família. Tais são os pontos em que o discurso basagliano se fixa e a partir dos quais articula propostas de intervenção. Sua direção rumo às intervenções de caráter contextual se depreende desde aí. Para além da “tomada de consciência” da posição de excluído social pelo doente e de objeto do discurso normativo por parte do psiquiatra, Basaglia destaca no progresso de sua obra, a necessidade fundamental de intervir na situação-base que é predominantemente, o conflito social entre “excluídos” e “excludentes”, dominados e dominantes.

Por isso alinha em certo ponto do texto o manicômio, a escola, a fábrica. Com isso, a instituição negada por Basaglia amplia-se. Não é apenas o manicômio, mas uma ordenação sócio-política, bem mais ampla. Conseqüentemente o “*ato terapêutico*” passa a ser localizado nesta esfera:

*“Assim, se o primeiro momento desta ação de transformação pode ser emocional (no sentido em que se recusa a considerar o doente um não-homem), o segundo só pode ser a tomada de consciência de seu caráter político (...) **O ato terapêutico revela-se um ato político de integração, na medida em que tende a reabsorver, num nível regressivo, uma crise em pleno curso; ou seja, reabsorver a crise retrocedendo à aceitação daquilo que a provocara**”* (Basaglia, F. 1968, pg.113, grifo nosso).

4.3.2) Reencontrar a clínica

Questionar as leis que cerceiam os direitos dos doentes mentais, as limitações para que consiga trabalho, a rejeição familiar e comunitária e todos os problemas correlatos à reintegração e à reabilitação social dos doentes tornam-se com isso, um passo depreensível logicamente. Com Basaglia e neste texto, considerado uma *“bíblia das transformações manicomiais do Ocidente”* (segundo as observações de Pedro Gabriel Delgado, na página de rosto da segunda edição brasileira), abrem-se as linhas para a articulação da operação fundamental proposta pela Reforma Psiquiátrica e para a abordagens da loucura pela Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial: a loucura passa a ser significada partindo da concepção universal de sujeito de direito.

Neste trabalho de leitura crítica, assinala-se um ponto deixado em aberto e que tem valor central para a questão da clínica: a ausência de qualificação no que se refere “àquilo” que resta do doente e da doença após a negação e a desconstrução do diagnóstico médico. Este *“de alguma forma”* que Basaglia usa para designar a presença de um núcleo enigmático de sofrimento nos doentes de Gorizia talvez possa hoje ser retomado de outro modo que não aquele ditado pelo paradigma médico-científico, ou por uma busca ideal da “essência” ou da natureza última da loucura. Movimentos assim pecariam pelo mesmo erro: supor equacionar questões particulares através de referências universalizantes (a biologia, o direito).

Esta retomada, que é a retomada da clínica, delimita com isso seu campo: articular estes princípios universais com a particularidade de cada caso, de cada percurso e de cada discurso, considerando aí a questão de um inconsciente. Ela parece ser essencial, se considera o avanço das formulações biológicas em psiquiatria (que podem ser lidas como reedição dos princípios objetivantes presentes na situação manicomial) e propõe-se como um desafio para o avanço na aposta que a Reforma Psiquiátrica fez no campo das relações com o louco como possibilidade terapêutica substitutiva à ausência absoluta de relação

presente nas instituições totais. Tal possibilidade de avanço talvez não tenha escapado ao psiquiatra italiano:

*“Como fazer, dentro deste quadro, para considerar a doença como um **dado**? Onde reconhecê-la, onde isolá-la senão num **mais além** que somos, por enquanto, incapazes de atingir? É possível ignorarmos a natureza da distância que nos separa do doente, imputando suas causas exclusivamente à doença? Não seria melhor que antes retirássemos, uma a uma, as capas da objetivação para podermos ver o que resta no fim?”* (Basaglia, F. 1968, pg.113, grifo nosso).

Não escapou a Basaglia esta interrogação quanto ao que restaria após a negação dos parâmetros objetivantes impostos pelo psiquiatra ao doente mental. Não deve ter-lhe escapado também o profundo desamparo do psiquiatra e sua ciência diante de certas produções psicóticas. Este “resto”, portanto, talvez diga respeito ao que mais se aproximaria da situação peculiar que se institui ao dar-se ouvidos àquilo que dizem os doentes quando se consegue escapar da insistente tendência a atribuir um sentido ao que se escuta. O dito fragmentado, sem sintaxe reconhecível, difícil de rememorar de alguns pacientes esquizofrênicos pode ser evocado quanto a este ponto. Como estabelecer aí uma relação? Como pensar, a partir daí, numa reinscrição no social?

4.4) A contemporaneidade e suas particularidades

Em seu texto *“A Reforma Psiquiátrica”* (1999), Manuel Desviat faz uma análise do otimismo político inicial da Psiquiatria democrática italiana. Para tanto, retoma as observações de Jervis datadas de duas décadas atrás (1978). O que ambos indicam e advertem é que não se deve misturar os planos político, social e técnico nos movimentos de Reforma Psiquiátrica. Um resgate mais rigoroso da história dos saberes afins à área “psi”, de sua construção e de suas limitações faz parte da sustentação de qualquer Reforma, ainda mais em tempos de pós-

modernidade, em que o progresso científico é tomado como solução para boa parte dos problemas da área da saúde em geral.

No que respeita ao campo da Saúde Mental, trata-se de poder tomar o fato psicopatológico em sua existência real, em seu caráter de sofrimento e de impossibilidade maior ou menor de compartilhamento social, de viver a vida, sem enviá-lo à exclusão do diagnóstico médico e a uma entidade abstrata chamada doença. Em outros termos, trata-se de não negar a experiência da doença, mas de recusar-se a tratá-la no plano exclusivamente objetivo do saber científico, no qual toda particularidade desaparece. Isto é evidente para qualquer um que reflita sobre a experiência clínica. Não existem paranóicos idênticos um ao outro. Nem delírios de mesma forma possuem o mesmo conteúdo. Tais elementos só adquirem sentido diante da história concreta de um sujeito concreto.

" Consolidada a reforma em termos administrativos, houve um aspecto, inicialmente colocado entre parêntesis, que voltou a ser prioritário. Era impossível ignorar os estados de crise pessoal, de sofrimento psíquico, por mais que se fornecesse uma explicação social do sofrimento. Jervis (1978:120) foi um dos primeiros a formular esse problema:

Todo 'bom' revolucionário, sabendo a que ponto pode ser mistificadora a própria idéia de psicologia ou psiquiatria, gostaria, quem sabe, de explicar e modificar toda a realidade com o auxílio de instrumentos políticos objetivos, esquivando-se da psicologia e do sujeito: mas o fato é que nunca o consegue"
(Desviat, M. 1999, pg.44).

Esta articulação sobre a importância do reconhecimento do fato patológico particular e conseqüentemente da clínica faz retomar um argumento de Canguilhem (1995). Ele chama atenção na conclusão de seu trabalho, que diante dos saberes constituídos acerca das várias formas de manifestação do patológico, ou diante dos saberes que pesquisam e enunciam formas normais de funcionamento do organismo, corre-se o risco de esquecer que é a experiência particular dos estados patológicos pelos sujeitos que constitui o marco a partir do

qual estas disciplinas se erguem. Cumpre ressaltar então o valor original atribuído por Canguilhem à questão da clínica e sua indicação quase que de um "mecanismo" subjacente ao esquecimento desta dimensão clínica tomada a partir dos saberes já constituídos pelas ciências da vida.

"É sempre a relação com o indivíduo doente, por intermédio da clínica, que justifica a qualificação de patológico" (Canguilhem, G. 1995, pg.189).

Chamará o mecanismo próprio a este esquecimento de *"ilusão de retroatividade"*. Ele consiste em que, ao estabelecer-se dentro de um discurso científico (a fisiologia, por exemplo), determinado parâmetros para as constantes biológicas consideradas "normais", tais parâmetros são tomados, eles mesmos como índice da "normalidade", negando-se então a originalidade da experiência do patológico, experiência subjetiva a partir da qual este mesmo saber sobre a "normalidade" foi possível. Canguilhem dirá que este mecanismo é intrínseco à própria instituição da norma. Uma norma, ou seja, o estabelecimento de uma linha divisória, do limite que delinea o normal, é algo que tem suas raízes numa experiência subjetiva (é o doente que chama o médico), só pode ser feita a partir de uma polaridade (uma norma só pode ser definida a partir da sua infração) e cria, por isso mesmo uma possibilidade de inversão dos termos:

" O anormal, enquanto a-normal, é posterior à definição do normal, é a negação lógica deste. No entanto, é a anterioridade histórica do futuro anormal que provoca a intenção normativa. O normal é o efeito obtido pela execução do projeto normativo, é a norma manifestada no fato. Do ponto de vista do fato há, portanto, uma relação de exclusão entre o normal e o anormal. Esta negação, porém está subordinada à operação de negação, à correção reclamada pela anormalidade. Não há, portanto, nenhum paradoxo em dizer que o anormal, que logicamente é o segundo, é, existencialmente o primeiro" (Canguilhem, G., 1995, pg.216).

Certamente há aí uma defesa da clínica. Ela mostra-se tão mais necessária, quando percebe-se o vigor com que o mecanismo descrito se exerce hoje em dia. Meio século se passou desde o início dos movimentos de Reforma Psiquiátrica. O contexto sócio-político mundial hoje é o da globalização, após a reconstrução das economias no pós-guerra. No Brasil, boa parte da efervescência democrática inspiradora dos movimentos de reforma sanitária e da criação do SUS se esgarçou. Ao mesmo tempo, por uma série de fatores, o SUS não pôde demonstrar a eficácia desejada e o Estado brasileiro mostra-se pouco autônomo em relação às estratégias da agenda dos órgãos financiadores internacionais que vêm dando as diretrizes para as políticas sociais dos países do terceiro mundo (Viana, M.L.Werneck, 1997).

Manuel Desviat (1999), acessor de saúde mental para a OMS e protagonista da Reforma Psiquiátrica espanhola, escreve um posfácio em seu livro intitulado: " *O início da Contra-Reforma.*" Nele, deixa claro a indicação de que hoje, o inimigo das políticas públicas de Saúde Mental no mundo não pode mais ser representado apenas pela efígie dos manicômios. Reduzir o alvo da Reforma Psiquiátrica à exploração e anomia das instituições manicomiais é insuficiente. Já existem novas formas de adoecimento psíquico, bem como novas e mais maciças formas de anomia e exclusão social. Houve um deslocamento da normatividade e da problemática concernente ao sujeito da contemporaneidade. Este fato é apontado também por Birman (1999):

"Dito tudo isso, pode surpreender quais as relações secretas que fundam a psicopatologia da pós-modernidade. É possível indicar agora as relações enigmáticas entre as depressões, as toxicomanias e a síndrome do pânico, que delineiam o campo clínico preferencial da nosografia funcional da psiquiatria na atualidade.

Assim, na cultura da exaltação desmesurada do eu não existe mais qualquer lugar para os deprimidos e os panicados. Esses são execrados, lançados no limbo da cena social já que representam a impossibilidade de serem cidadãos da sociedade do espetáculo" (Birman, J. 1999, pg.47).

São dois os principais desafios para a Saúde Mental Pública na contemporaneidade, segundo estes autores: a redução da participação dos antigos estados de Bem-Estar Social nas políticas públicas com a redução dos mecanismos de apoio e suporte sociais em áreas básicas, (do que se pode depreender facilmente que a população portadora de doenças mentais sofrerá mais agudamente esta perda) e o advento da psiquiatria biológica, baseada predominante ou exclusivamente na pesquisa, preparo e uso de psicofármacos. Um opositor na esfera política e outro na esfera epistemológico-científica, ambos articulados entre si:

"Hoje, o risco para o desenvolvimento de uma psiquiatria pública alternativa, assim como para a saúde pública em geral, provém, por um lado, da crise de seu esteio principal - os serviços sanitários, sociais e comunitários do chamado Estado do Bem-Estar Social - e, por outro, da evolução fármaco-dependente e rudimentarmente biológica da psiquiatria" (Desviat, M., 1999, pg.157).

Diante disso as perguntas que o psiquiatra espanhol se faz são:

"Há que indagar se, nesta situação - e como não olhar para o Banco Mundial e outros formadores de opinião? -, a política de desinstitucionalização e de apoios sociais e comunitários na atenção à saúde mental será mantida ou se as forças conservadoras, explorando os medos coletivos, conseguirão construir velhas instituições nas novas estruturas" (Desviat, M., 1999, pg.158).

Este alerta permite levantar quanto ao movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira dois riscos que dizem respeito à possibilidade de sobrevivência da principais diretrizes de um Sistema Único de Saúde e da aplicação universal destas diretrizes em termos de saúde coletiva. Do ponto de vista das políticas, o risco seria de verdadeira diluição de um contingente de pessoas com sofrimento

psíquico grave em meio à multidão maior de miseráveis e excluídos sociais. É o direito e o acesso à cidadania e sua especial aplicação aos portadores de transtornos mentais, especialmente os transtornos graves que fica comprometido neste plano.

No plano das técnicas ou tecnologias em Saúde Mental o risco é aquele secundário ao prestígio progressivo da psiquiatria biológica, especialmente no meio acadêmico constituindo, ao mesmo tempo, um discurso sedutor, (pelo seu caráter de explicação científica totalizante), confortável (pois a prática clínica costuma ser mais trabalhosa do que um ato prescritivo) e instituinte de um novo tipo de objetificação que se aplica embora de formas distintas, tanto ao médico quanto ao paciente.

"Neste presente vazio e desmemoriado, que prega o fim das grandes idéias- justiça, igualdade, progresso-, e no qual se estão perdendo o ideais socialmente mobilizadores da modernidade, é preciso reivindicar a História, o saber sobre si mesmo e sobre os outros, sobre o passado que nos dá sustentação. O diagnóstico é o começo da clínica, da atividade de terapeutas, e não o seu fim, como pode parecer a muitos atualmente" (Desviat, M., 1999, pg.155).

O que se faz ver aqui? Não seria a correlação entre um tipo de política pública e um estatuto epistemológico para a área da patologia mental? Haveria assim uma correlação entre um tipo de psiquiatria caracterizado pelo apagamento das dimensões histórica de seu próprio corpo doutrinário (os atuais manuais de classificação internacional de doenças mentais adjetivam-se de a-teóricos) e do apagamento da dimensão do verdadeiro contato clínico com um paciente, com um projeto de redução das políticas públicas para as áreas básicas da seguridade social? Ora, redescobrir a clínica, neste contexto, reafirmar a existência de formas de sofrimento psíquico que exigem atenção encará-las em sua intrigante e enigmática significação, retomar criticamente a construção dos saberes acerca da

doença mental significa então atualizar e alimentar, no plano técnico-assistencial o próprio movimento de Reforma Psiquiátrica.

GUME DA CLÍNICA

5) O GUME DA CLÍNICA

“Eu mesmo me surpreendo ao constatar que minhas observações dos pacientes podem ser lidas como romances e não trazem, por assim dizer, a chancela de seriedade que é própria dos escritos científicos. Consolo-me disso dizendo a mim mesmo que essa situação é atribuível, evidentemente, à própria natureza do assunto, e não à minha escolha pessoal”.

Sigmund Freud

5.1) Do “ferro” para novos objetos

A epígrafe deste capítulo, uma citação de Freud, dá ensejo em retomar o fio que percorre todo este trabalho, em sua face mais cortante. Esta retomada se dará em torno daquilo que é próprio à dimensão da clínica: o encontro singular com o paciente. Ele será abordado através da circunscrição da noção de caso clínico, a aplicação desta noção a casos de psicose, os questionamentos despertados a partir de alguns casos e dirigidos ao terapeuta, à dinâmica do caso e aos discursos que atravessam a instituição de Saúde Mental. Isto para cercar a partir da prática clínica num serviço intermediário de Saúde Mental a questão: que clínica é essa afinal e qual a inserção, no contexto desta clínica, de princípios e noções advindos da psicanálise?

A citação de Freud permite pensar que a escrita da clínica psicanalítica tem um estilo próprio. É o estilo da escrita de **um** caso, feita por **um** analista. Esta escrita não obedece aos parâmetros que definem o desenvolvimento de um texto científico. Assemelha-se ao romance. Pode-se fantasiar então que se a clínica falasse, sua fala se aproximaria à narrativa de um romance, de uma ficção. Por isso mesmo, não há como pensar a escrita de um caso clínico sem interrogar aquele que o redige, o operador responsável pelo seu manejo. Escrever sobre a experiência clínica é escrever sobre a passagem do que já foi para um porvir, do que fez marca, fez questão e se deseja transmitir. Também é – e esse é o avesso

deste tipo de escrito – colocar em xeque o analista. Sua função, sua implicação, seus impasses, sua construção acerca daquele caso.

Um escrito sobre um caso clínico é portanto, o escrito de uma implicação, da sustentação de um lugar transferencial junto àquele caso, seu manejo e de um direcionamento daquele tratamento. Um caso clínico ao ser escrito, visa também um leitor e uma discussão. Esta seria a deploração de Freud? A perda da suposta objetividade no relato do caso? Evidentemente, escrever **a partir** de um caso é diferente de escrever **sobre** um caso. Não se pode passar rapidamente por este ponto, afinal, ele diz do tipo de enquadre atribuído ao sujeito que está em tratamento, em paralelo ao questionamento acerca do lugar do analista. Em psicanálise, o sujeito é posto a trabalhar pela via da associação livre e o analista é quem sustenta o “motor” deste trabalho – a transferência – sem porém se confundir com ele, ou seja, guardando a possibilidade de interrogar o sujeito em suas associações.

Captar esta diferença entre “**sobre**” e “**a partir de**” determina, no que diz respeito a uma primeira abordagem institucional de um caso, (que começa na triagem) e a “escrita” de seu projeto na instituição, uma postura e uma direção que é a de manejar com os recursos institucionais com o objetivo principal de propiciar o trabalho por parte do próprio sujeito. No dizer de Lobosque (2001), fazer com que ele se engaje. Isto não é o mesmo que conduzir uma análise num Serviço de Saúde Mental ou considerar a chegada de um usuário uma entrevista preliminar. Trata-se mais propriamente de valorizar alguns dos princípios da clínica analítica e reconhecê-los como linhas de importância para a modulação das intervenções institucionais e para propiciar o engajamento do sujeito em seu tratamento, tomando como material privilegiado a palavra e o estilo particular de cada um destes usuários articular e direcionar sua fala.

“A esta palavra, matéria-prima do tratamento, cabe-nos cavar-lhe um lugar – quando partimos do princípio de que o sujeito fala, situando a materialidade do seu dizer como o alicerce possível da nossa construção” (Lobosque, A M., 2001, pg.40).

Fazer com que o sujeito se engaje num tratamento privilegiando o campo da palavra. Como fazer isso em equipe e dentro da instituição? Talvez uma situação clínica venha auxiliar a ilustração de que tipo de trabalho está em questão aqui. Um paciente está em tratamento num Serviço Alternativo de Campinas há cerca de 2 anos e meio. Continuidade e sustentação de uma vinculação que resistisse às intercorrências comuns no seu percurso podem ser considerados eixos do “primeiro tempo” de seu tratamento. Chamadas dos familiares aos policiais; tentativas de internação; chorados episódios agressivos à mãe e à irmã; a doença do pai – álibi para sua ausência do tratamento – ;o discurso desanimado da família; foram exemplos de tais intercorrências com as quais a equipe teve que lidar.

Algumas visitas domiciliares em momentos considerados estratégicos, o laço inicial com o pai e a escuta de que algo de grave lhe ocorria (seu falecimento veio em meses), o laço inicial com a mãe e seu encaminhamento para um grupo de familiares. O grupo de terapia ocupacional no qual se mantém e a exposição de seu “ferro” num aniversário da instituição. Alguns dias de internação em crises mais agudas, o acompanhamento longitudinal de tudo isso e principalmente, o recolhimento de seu testemunho desde diferentes contextos e a costura dos fragmentos de suas falas nas reuniões de equipe, foram as estratégias adotadas neste momento inicial. Então veio algo que sugeria uma escolha. O paciente define seu projeto, a frequência que quer vir ao Serviço e solicita num grupo em que participavam três membros da equipe, conversas particulares com um deles.

Mais tarde este paciente, ao procurar descrever os impasses que repetidamente se colocavam para uma condução mais tranqüila de sua trajetória de vida (havia sido internado inúmeras vezes, nenhum de seus planos de jovem se concretizaram e ele contava, naquele dia mesmo 49 anos), descrevia-se da seguinte forma numa dessas “conversas particulares”: “– *Sabe nuvem? Sabe grãozinho de poeirinha de nuvem? Então Dr, eu sou isso aí*”. E tentava procurar uma palavra que descrevesse os impedimentos para as suas realizações. Não autorizou que quem o escutava sugerisse ou indicasse algo no lugar desta dúvida.

“– *Eu vou pra casa, procuro, penso e lhe digo depois*”. Encontrou de fato. “– *O problema é que eu sou muito influído. Esse é o meu problema. Sou influído demais*”.

Não conseguiu dizer muito sobre o sentido de “*influído*”. Com certeza não se tratava do sentido mais comum que pudesse ser pensado. Tratava-se, ao que parece, de um neologismo, uma palavra de sentido não-compartilhável. Interessa porém o que se seguiu. Disse que havia percebido que na verdade, faria aniversário aquela semana, mas que faria 48, ao invés de 49 anos. “– *Então você ganhou um ano nessa brincadeira* –“ foi o apontamento que lhe foi feito. Mostrou o relógio novo (há bastante tempo não usava nenhum para marcar o tempo) e num encontro seguinte, uma série de objetos que retirara da casa do vizinho (é um contumaz explorador de caçambas e latas de lixo do bairro): um atestado de transmissão de propriedade devido a falecimento (seu pai, causa de vários de seus infortúnios, falecera há um ano), objetos de adorno feminino que pretendia dar para a mãe e outras “preciosidades”: Um compêndio de anatomia e um livro de gramática sobre os quais vem falando até hoje.

Quer abandonar a cata de “ferro”, com os quais usa construir e desconstruir uma escultura em seu quarto em estilo antropomórfico. “*O ferro*” é como nomeia a escultura. Pois bem, algo de novo se operou aquela semana. Não saiu à cata de ferro, mas de outros objetos. “– *Cansei do ferro. Vou dar um tempo. Procurar outra coisa*”. Não se percebe neste “colocar-se em busca da sua própria palavra” e na “concessão” do tempo necessário para que tal busca fosse empreendida o direcionamento, os princípios de uma clínica? Neste consentimento à busca e na sustentação deste trabalho, uma aposta? Em todo o trabalho prévio e concomitante realizado pela equipe – grupo de T.O., várias visitas domiciliares, acompanhamento sistemático da mãe deste paciente, as mudanças estimuladas e promovidas no contexto de sua casa, conhecer seus vizinhos e um primo, alguns dias de internação, meses de aproximação... – um esforço conjunto para que houvesse, sem obrigatoriedade, o início desta busca?

5.2) A precariedade do saber

Voltando ao “romance” de Freud. Ele aponta também que as razões para a adoção deste estilo ficcional na escritura de um caso diz respeito à “*natureza do assunto*”. Esta escrita se constrói sobre a lembrança de um encontro que se deu num tempo anterior. Ela sofre efeitos da teoria que orientou aquela prática, e deverá obedecer ainda as regras da linguagem que governam a escrita. Por isso é uma ficção. Não há como possa corresponder ao fato de um encontro passado. Isto é o que aponta Nasio (2000): escrever um caso é distanciar-se, é limitar a experiência e ao mesmo tempo, colocar-se em questão. Nada menos científico, parece dizer o comentário de Freud. Nada menos aparentado ao saber formal. No entanto, nada mais indispensável à construção e aos avanços da teoria psicanalítica. Como pode ser isso? Como isso se aplica à Saúde Mental?

Os casos clínicos lidos ou analisados por Freud e estudados por gerações de pessoas, analistas ou não, tem um valor inegável para a transmissão da doutrina e da técnica da análise. A questão da transmissão é comentada por Nasio (2000). Ele diz que o valor da escrita de um caso diz respeito ao seu potencial de “colocar em cena”, via ficção, elementos fundamentais da teoria. Vai discernir então três funções que um caso clínico exerce: uma função didática – a história clínica tem o de poder de:

“(...) captar o ser imaginário do leitor e conduzi-lo sutilmente, quase sem que ele se aperceba, a descobrir um conceito e a elaborar outros.” (Nasio, J.D., 2000, pg.14).

Uma função metafórica – certos casos célebres na história da psicanálise (Dora, Hans, Schreber...) passam a se sobrepor de tal forma aos conceitos, que a história do caso, ou sua menção, substitui o conceito que ela ilustra. Finalmente, uma função heurística – certos casos ou certos fragmentos clínicos têm um potencial a mais de descoberta, de causar novas hipóteses e possibilitar a invenção de novos conceitos. Assim, construir um caso clínico, em psicanálise, é também fazer avançar a teoria, num movimento que é o mesmo comentado

acerca do lugar do analista nas instituições: um movimento que parte do particular e que relativiza o suposto potencial do saber formal como forma de apreensão de conceitos, da realidade e de transmissão.

“Será preciso acrescentarmos que as numerosas observações clínicas que povoam a teoria analítica lembram a impossibilidade de o pensamento conceitual dizer a verdade da experiência, unicamente por meio do raciocínio formal?” (Nasio, J.D., 2000, pg.17).

Situação aparentemente paradoxal. O relato de caso ou a construção feita por um analista sobre uma situação vivida na clínica tem a estrutura de um romance. Um romance que tem como efeito a transmissão de conceitos. Este seria um ponto que delinea outra incisão que a clínica é capaz de operar. Uma incisão cortante e profunda nas tentativas totalizadoras de apreensão por um saber. Vale lembrar da ressalva feita no início deste trabalho de termos como “a” psicanálise, “a” psiquiatria ou “a” psicose. Privilegiou-se aqui **uma** leitura da clínica psiquiátrica, **uma** leitura do discurso da Reforma e **uma** leitura da psicanálise, sob efeito dos textos de Freud e Lacan que propõem uma aproximação estrutural na clínica das psicoses.³

Foram recortes tão parciais quanto necessários para que se pudesse articular uma elaboração que desse conta também de uma experiência e de um percurso pela psicanálise e dos encontros ocorridos neste percurso. Encontros clínicos, com equipes, com pontos de vista discordantes, em suma, com variáveis que vieram levantar inquietações e dúvidas fundamentais para a proposta de pesquisa desenvolvida aqui. Como aplicar estas noções à Saúde Mental? Verifica-se que o escrito de um caso clínico provoca efeitos diversos que não são

³ Quanto a este último ponto, cumpre lembrar que Lacan chamou seu seminário de 56, centrado no estudo do texto de Schreber de *“As psicoses”*. Seria exagero supor uma unidade para quadros tão distintos quanto a paranóia, a esquizofrenia, o autismo e as psicoses afetivas. Por outro lado, “a” psicose guarda a vantagem de distinguir esta estrutura, baseando-se na noção lacaniana de foraclusão “da” neurose, assentada no mecanismo do recalque.

comparáveis aos efeitos da transmissão de um saber. Verifica-se também que escrever um caso em psicanálise implica diretamente numa construção e num questionamento do operador responsável por seu manejo. Isto faz pensar sobre o acolhimento e a circulação de informações sobre os casos num Serviço, sobre a necessária implicação e disponibilidade de cada um e sobre a valorização das competências profissionais nas equipes de Saúde Mental. Que construção é esta que as equipes devem fazer **a partir** dos casos?

5.3) A báscula na noção de realidade

Voltando à noção de caso clínico. Cabe perguntar como ela poderia ser pensada e valorizada no contexto das instituições, das equipes, dos discursos e das políticas no campo da Saúde Mental. Algumas outras definições do que vem a ser um “caso” em psicanálise ajudarão a prosseguir. Quais são as condições necessárias para que um usuário dos dispositivos de Saúde Mental possa ser encarado como um caso clínico e o que isto quer dizer, para ele e para equipe que o acolhe? “Etiquetá-lo” como um “caso” não seria o mesmo que objetivar a maneira de se aproximar daquele cidadão? Não seria o mesmo que distanciar-se das condições materiais de vida e de relação do entorno deste usuário, privilegiando a intimidade reservada dos encontros clínicos individuais ou grupais?

A palavra “caso” vem do latim *cadere*, que quer dizer “aquilo que cai”, cair para baixo, ou, como explica Viganó (1999), ir para fora de um campo simbólico, encontro com o real, com o que não é dizível. A escrita de um caso, para Nasio (2000), tem a estrutura do romance, exatamente para tentar com isso, alcançar algo deste inapreensível que o saber também fica longe de conseguir descrever. Pode-se dizer que é uma estrutura semelhante que opera na clínica analítica. É a partir deste inapreensível e seus efeitos de ruptura e mudança na retomada de uma história pelo falante, que se pode aguardar a surpresa de uma fala não esperada que possa produzir modificações nesta mesma história, nas relações e

na vida do sujeito. Isto, seguindo uma temporalidade que não é a temporalidade linear, mas a da retroação.⁴

“O desafio da análise é abrir-se para o novo, mas partindo do que já está presente; é criar a surpresa de uma fala que não era esperada. Só que o mecanismo temporal em jogo não é o da linearidade (...), mas o da retroação. É no depois que o antes pode tornar-se novo” (Nasio, J.D., 2000, pg. 51).

Assim, a “realidade” em jogo na clínica, o campo ficcional criado pelo discurso do falante é perfurado por isso que rompe um sentido prévio conferido às palavras. Neste efeito de hesitação, mal-entendido ou mesmo mal-estar é que se encontra uma fratura na linearidade imaginária e identitária do falante. Conseqüentemente, se há descontinuidade, há possibilidade de deslocamento, de novidade e também de resistência, já que o que está em jogo é uma certa unidade, continuidade e consistência da “imagem se si”, da forma na qual o falante se reconhece e que tem para ele valor de verdade.

Esta explanação mostra-se necessária para apontar o seguinte: tomando este campo ficcional da clínica pela via da psicanálise – campo de palavras – as noções de realidade e de mudança não podem mais equivaler à apreensão empírica do mundo. Caso contrário, não se verificariam os efeitos “concretos” que o que opera num tratamento pode produzir. Tampouco se constataria o total remanejamento da realidade operado pelo delírio psicótico ou o fato de que a realidade ficcional da alucinação tenha valor de verdade para o alucinado. Isto para poder destacar que esta abordagem da clínica não é retórica e não se dissocia das condições de vida dos sujeitos. Ao contrário, ela inclui necessariamente, a possibilidade de intervenções tão “materiais” na trajetória de vida dos sujeitos quanto o trabalho, o resgate da documentação ou da atividade escolar.

O que está em jogo nesta discussão acerca do campo da clínica não é a precedência das ações político-sociais ou o privilégio das ações reabilitativas

⁴ Há que se pontuar, como será discutido, que este “inapreensível” tem um peso e é dele que o

sobre a fala ou vice-versa. Está em jogo um deslocamento no estatuto conferido à noção de realidade para o homem e o manejo feito a partir deste novo estatuto.⁵;

“De uma experiência verdadeira, extraímos uma ficção, e, através dessa ficção, induzimos efeitos reais no leitor. A partir do real, criamos a ficção e com a ficção, recriamos o real” (Nasio, J.D., 2000, pg.18).

5.4) O “transformador” e seu peso

Mas como esta “fratura” numa “imagem de si”, esta possibilidade de mudança se apresenta na psicose, considerando que nesses casos não há, como foi dito, a possibilidade de remanejamento simbólico nos moldes de uma neurose? Esta questão diz respeito à outra face cortante presente na clínica com psicóticos. O insuportável que se faz sentir no encontro escancarado com o real, quando não há simbolização para “amparar” o sujeito e os efeitos que isto provoca ou tende a provocar nos que atendem psicóticos. Este ponto, aparentemente abstrato, faz-se nítido tomando as situações radicais da crise na experiência psicótica. O caso relatado no início desta dissertação, que será chamado daqui em diante de “o eletrotécnico” será retomado como ilustrativo desta questão.

O paciente estava em tratamento naquele serviço há um ano e meio. Última crise há seis meses, após um período de intensa atividade: comprara um fusca, conseguira de volta sua habilitação. Queria voltar para São Paulo, onde, há vários anos iniciara e desistira rapidamente de sua formação superior. Havia recomposto esta história nos meses em que se tratou com uma equipe do Serviço. Tudo desabou com a crise. Internado novamente por dois meses, totalmente isolado, o eletrotécnico não voltou a freqüentar a instituição após a alta. Pouco tempo depois a “mini-equipe” que o acompanhara também dissolveu-se, em função de remanejamentos de pessoal para outros serviços do município. Mantinha vínculo com apenas um técnico mas recusava atender chamadas telefônicas e a todos os

falante se defende.

convites que lhe eram feitos para voltar. Em função disso, começou a ser visitado rotineiramente em seu domicílio.

Algumas semanas após iniciadas as visitas ao “eletrotécnico”, ele começa a “ratear”. Tal como um motor (outro dos objetos que costuma “inventar”), esse processo evolui inexoravelmente para uma verdadeira “pane”. “– *Cheguei em casa depois de dirigir em volta do quarteirão. Lembrei da minha mãe* [falecida há 6 anos], *fiquei muito triste e desisti* –“ foi seu comentário do momento precedente à crise. Passou 33 dias quase completamente incomunicável, acorçado, levantando-se e saindo diante de uma aproximação, ou respondendo de forma evasiva e com notável desânimo. Picava papéis, restos de cigarros, cuspiendo em cima e fazendo montinhos. Dormia quase o dia todo.

Desinteressado, respondia mal e mal às perguntas que lhe eram feitas naqueles dias. Lembrou-se do “acordo de paz” feito em sua casa, poucos dias antes de sua internação, perguntava coisas a respeito do funcionamento de seu corpo como se tratasse do corpo de um estranho. Posteriormente, viria a recordar-se muito pouco de todo aquele período. Era como se a viga de um grande transformador (artigo montado na fabriqueta de seu pai) tivesse caído em cima dele, esborrachando-o no chão. Seu desinteresse por quase tudo, a inércia, a atitude de jogar fora vários de seus objetos: desenhos, roupas, rádio, maquininhas de papelão etc, dizendo “ – (...) *não vale a pena...*” , persistiu várias semanas após esta “fase” de incomunicabilidade.

Voltou a falar e a recordar a partir do dia, durante a internação, em que pede e sai para cortar cabelo com o pai e o irmão durante uma visita. Reconhece ali que alguma coisa em seu corpo é capaz de crescer. Corta as unhas. No dia seguinte, reconhece seu terapeuta, e diz-lhe sentir saudades de casa. Quer voltar e tomar seus remédios de novo. O que dizer deste período que bem pode ser descrito como de quase completo desmoronamento subjetivo? Não seria este “esborrachamento”, em que não há tempo nem comunicação, uma ilustração da aniquilação do mundo subjetivo pelo peso deste real que não se acompanha da palavra? Como manejar institucionalmente uma situação clínica de tal gravidade?

⁵ É o que apontam Freud com a noção de realidade psíquica e Lacan com a noção de simbólico

Neste momento, a vontade de desistir não foi só do eletrotécnico. Em função da distritalização do município talvez fosse mais interessante para ele ser tratado por um serviço mais próximo. Talvez fosse o caso de aproveitar a “oportunidade” e transferi-lo...

O presidente Daniel Paul Schreber descreve em suas memórias, a versão do momento crepuscular que precedeu sua famosa elaboração sobre a ordem do universo em que esperava desempenhar o singular papel da mulher de Deus, geradora de uma nova e mais evoluída raça humana. O relato do delirante, em cujos escritos Freud encontrou confirmada sua teoria da libido, é precioso como testemunho do total desinvestimento e da desistência em relação aos objetos que abriram uma primeira crise psicótica. Schreber parece ilustrar bem esta situação de implosão do universo subjetivo vivida pelo paciente em questão neste dias que, aparentemente, não deixaram inscrição:

“(...) era como se cada noite tivesse tido a duração de vários séculos, de modo que, durante essa imensidão de tempo, poderiam ter ocorrido as mais profundas transformações na espécie humana, na própria Terra e em todo sistema solar” (in: Nasio, J.D., 2000, pg.54).

Como procurar contratualizar com alguém nestas condições? Este tempo, que não pôde ser contado pelo sujeito, foi de expectativa, de aguardo e de dúvida: até quando sustentar a presença daquele paciente ao abrigo do convívio social? Sua dificuldade, naquele momento, em manter-se dentro do circuito social era evidente. O que poderia ser feito por ele? Até que ponto a intervenção eminentemente restritiva da remoção do domicílio atravessaria o esboço de uma relação terapêutica que vinha se instituindo? Aquele sujeito já havia tido crises anteriores, episódios que haviam durado em média 4 a 5 meses. As saídas encontradas até então sempre se mostraram frágeis. “Crise-sair-da-criese-criese-sair-da-criese”, se repetiam de forma estereotipada, repetitiva e quase monótona, segundo o relato da família e as anotações do prontuário.

Nestas anotações, os registros da saída de tais períodos críticos repetiam certos elementos. Ele passava a interessar-se pelas coisas, particularmente por construir objetos peculiares: lâmpadas, pequenas maquetes de transformadores ou de geradores elétricos, escritos acerca de diferentes disciplinas – física e química, em particular – Seu interesse pela questão elétrica e pela produção da luz era, pode-se dizer, especial. As ciências: física, química, aritmética, geometria, biologia e a biografia dos grandes descobridores, seu campo de interesse maior. Essa reconstrução particularizada do universo, a criação de objetos e de uma teoria própria acerca de seu funcionamento é a principal função do delírio, ressituated por Freud no caso Schreber. Após um momento de retração da libido para o eu, começam a se restabelecer as ligações objetais, ou seja, recomeça a busca de sentido. Em se tratando da experiência psicótica, o delírio é uma tentativa de compreender, de restabelecer a temporalidade e a realidade.

Esta perspectiva, radicalmente diferente da perspectiva psiquiátrica, significa uma aposta nas afirmações delirantes, uma aposta em seu efeito de restabelecimento sobre uma ruptura radical com a realidade, ruptura esta sim, considerada primária da psicose, no sentido em que define a posição deste sujeito em relação ao sexual. Sim, porque, há que dizê-lo: a realidade em questão para Freud é a realidade sexual. É necessário situar alguns elementos aqui. Para Freud, a sexualidade humana não pode ser equacionada em parâmetros instintivo-biológicos. Para Lacan, esta sexualidade é marcada pela precedência da linguagem na existência do homem, que só se relaciona com seus objetos fazendo um desvio, passando pelo universo do significante. Isto é o que diferencia o homem. É sobre a linguagem que se assenta o universo cultural e das trocas, mas é também a partir daí que instala-se todo mal-entendido.

5.5) A “transformação” em Schreber

A maneira pela qual o homem lida com a sexualidade, desde que ele é um “ser de linguagem”, não é nada tranqüila. Lidar com a sexualidade quer dizer reconhecer a diferença, a ausência do falo na mulher, a castração. Reconhecer

esta diferença convoca todo um remanejamento simbólico esquadrinhado nos termos do complexo de Édipo. Isto não é tranqüilo porque há aí uma oposição a um fator estrutural da condição humana. A noção de um “eu”, de uma “identidade”, fundamental na constituição de qualquer sujeito, se dá pelo fascínio e pelo júbilo provocado pela ilusão de unidade, totalidade e correspondência com o outro.

É no olhar deste outro, sendo alguém na mira do desejo dele que o eu pode constituir-se. Na medida em que esta operação é mediada pela linguagem, (o que diferencia a criança humana do animal), é que esta correspondência se esvai. Trata-se, na experiência humana, não somente de uma operação de maturação biológica, mas uma operação simbólica. Nos termos lançados por Lacan (1998) no texto do estádio do espelho de 1936: a relação com o outro especular é atravessada pelo Outro de linguagem. É isto que provoca claudicação, mal-entendido, descompletude e por isso mesmo, não pode ser assimilado tão facilmente. Eis o sentido da noção de representação inconciliável que Freud usa ao referir-se à representação sexual, à castração.

Desta representação, o “eu” nada quer saber. Neste “não querer saber nada disso” é que Freud vai situar a dinâmica do conflito do homem com a realidade sexual. Na neurose, esta realidade é recalçada, o que quer dizer, colocada num fora-dentro do sistema simbólico do sujeito, retornando de forma cifrada como sintoma neurótico. O sintoma é chamado por Freud de formação de compromisso exatamente por tentar agrupar, segundo regras do significante (que permite o tal ciframento) as representações inconciliáveis: uma representação de um “si mesmo” e a castração.

No texto de Schreber, encarado por Freud, Lacan e tantos outros como expressivo e paradigmático do mecanismo psicótico, a elaboração da representação feminina se dá por uma via completamente diferente. O final da construção do delírio de Schreber é a formulação de um projeto para seu futuro. Ele se transformaria **na** mulher de Deus através da transformação real do seu corpo. A diferença é gritante. Neste projeto de futuro, que também não deixa de ser um adiamento do encontro com a realidade da castração não há ciframento,

não há mediação. Ele será, após a lenta transformação de seu corpo, a mulher de Deus.

A representação inconciliável, transformada em imposição da ordem do mundo – uma imposição de fora para dentro – é assumida como a aceitação absoluta da condição (Schreber chamará este momento de “reconciliação”) feminina. Cabe insistir: para Schreber, trata-se de **ser**, em seu próprio corpo, a mulher de Deus. Descobrir uma razão para esta condição, situando-a como resposta a uma exigência do Universo e de Deus é o resultado final do delírio. O produto delirante nada mais faz portanto, do que traduzir a exterioridade radical com que o psicótico lida com a castração: a forclusão. Talvez a extensão que Schreber conseguiu dar à elaboração de sua “missão divina” explique o caráter paradigmático percebido por Freud no testemunho de seu texto.

5.6) A ciência do eletrotécnico

O peso do desabamento subjetivo pode ser avaliado pela intensidade do isolamento que se verificou naquele período. A extensão e a proporção universal alcançada pelo delírio também indicam a que custo o psicótico lida com o despedaçamento da realidade. De forma mais incipiente, o “eletrotécnico” também estabelecia, através de sua atividade “inventiva”, uma forma de reconstituir um sentido para o que lhe ocorria nas crises. Um certo compromisso, uma certa retomada não podem ser lidos na proposta feita para a saída da internação: “– *Não quero mais fazer desenhos nem brinquedinhos. Vou ter que achar um outro jeito para isso*”? Naquele momento, para aquele caso, esta declaração foi tomada como índice de restabelecimento.

Seguindo o ensinamento de Freud, o delírio dispõe, combina e organiza o momento de catástrofe subjetiva. Em Schreber isto demorou tempo. Não era este o tempo necessário para aquele sujeito, indicado no futuro desta aposta e desta tarefa que ele se colocou? “– *Vou ter que...*” Não se pode ler aí um convite de trabalho? Como acompanhá-lo? Viganó (1999) em seu texto: “*A construção do caso clínico em saúde Mental*”, vai situar um tempo precioso na clínica que é o

tempo preliminar, necessário para colocar o paciente em trabalho. Através de exemplos, ele explica o que seria este colocar em trabalho, que se aproxima da idéia de responsabilização, à possibilidade de que possam surgir interrogações, do lado do paciente, do tipo: “*O que é que eu faço aqui?*”; “*O que torna minha vida insuportável?*”; “*O que posso fazer para encontrar uma solução?*”?

Evidentemente, formular e ler este tipo de questões, em se tratando de psicóticos guarda modulações como a proposta do eletrotécnico deixa entrever. Há que se lê-las no texto delirante e isto significa também outro trabalho por parte deste que escuta. Propiciar as condições necessárias para que tais questões possam ocorrer e não recuar diante deste trabalho que é suportar o peso do psicótico e secretariar sua saída, bem que também poderiam ser propostos como direcionamento ou princípios básicos. Este trabalho porém, não se propõe a forjar um método. Propõe-se aqui a dar voz à clínica. Deixá-la falar e recolher os efeitos dessa fala.

Na situação da crise do paciente em questão, foi possível, **a partir** de sua fala, uma reorientação da pergunta inicial que insistia nos primeiros dias da internação. “o que fazer por ele?” que transformou-se numa aposta: “o que será que ele vai fazer para sair daqui e dessa condição?”. Este deslocamento ilustra a incidência de um caso clínico para um dispositivo da Saúde Mental. Não há caso, se ele não interpela o responsável pelo tratamento. Não há caso, se ele não implica num repensar, num reposicionamento. Seguindo este raciocínio pode-se pensar: não há caso, se ele não fura uma certa cristalização institucional?

Para a psicanálise, o verdadeiro operador da recuperação de um caso é o paciente, é o sujeito, mas isto está atrelado a um outro trabalho a ser empreendido pelo analista. Esta é a lição que pode ser extraída da revalorização do delirante Schreber por Freud e dos efeitos que o trabalho sobre seu texto exerceu e continua a exercer na história da psicanálise e dos psicanalistas. Este deve ser o efeito de um caso: provocar uma construção. Não se trata, nem de longe, de um posicionamento passivo, à espera de uma movimentação do sujeito. Ao contrário, isto significa participar ativamente para que ele se coloque em condições de fazê-lo. Talvez aí a equipe tenha muito a contribuir.

Evidentemente, este trabalho preliminar implica em um tempo e sua passagem para um trabalho mais analítico, estrito senso, não é obrigatória e depende, em última instância, de algo que é da ordem de uma resolução e da escolha de um interlocutor por parte do sujeito. Isto também não quer dizer que este trabalho seja desprovido de princípios e de efeitos. Se, num serviço de Saúde Mental, for considerado relevante no convívio com pacientes, o estímulo às possibilidades desta responsabilização do sujeito, é evidente que nem todos os seus “pedidos” poderão ser aceitos. Este é outro corte, talvez o mais dolorido, operado por esta noção de clínica. Há um limite. Há que vigorar uma certa não-complementaridade, uma descentralização, para que se possa estabelecer, no dizer de Viganó (1999), um espaço vazio, de forma tal que este vácuo abra a possibilidade de deslocamento, de movimento do sujeito em direção à resolução de seus impasses.

Isto pode parecer cruel, mas não se trata de uma ausência total de resposta. É evidente, no entanto, que se a resposta for do tipo simétrica: pede que lhe dou o que me for possível, não há possibilidade de que se estabeleça este vácuo. Trata-se, no dizer do eletrotécnico, de uma distância. Algo bastante semelhante à função da distância necessária à definição de um eixo: instrumento básico a partir do qual se inventou o primeiro motor (desde então sabe-se que a história do trabalho nunca mais foi a mesma...). Uma distância entre dois pólos, entre dois pontos fixos sem a qual não há movimento nem eficácia. Uma distância necessária para que se produza trabalho.

CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

“Aquele que encontra uma verdade nova de um saber antigo é aquele que está qualificado a ensinar”.
Confúcio

A citação de Confúcio foi extraída do texto de uma entrevista feita à Nasio (1997), que comenta logo após: conseguir extrair uma verdade de um saber antigo qualifica a ensinar e também a procurar, a autorizar-se a continuar a busca uma vez que trata-se de **uma** verdade e não **a** verdade. Pois bem. O que é que se extrai deste percurso no fio da clínica e destes cortes que este mesmo fio é capaz de produzir? O que deste saber antigo fica, do que se pode prescindir e para que novidade este movimento abre? Estas perguntas dizem respeito aos efeitos deste “escrito” na prática clínica na instituição e fora dela, na circunscrição e no questionamento do lugar específico do analista e para a psicanálise. Portanto, não é uma pergunta simples que possa ser respondida num tapa, ainda mais considerando-se que concluir é também despedir-se. Há um fim, um corte.

Quanto à psiquiatria. Rer ler algo da história do saber psiquiátrico sob o foco da relação psiquiatria/medicina foi o mesmo que rever a incidência e o peso da formação médico-psiquiátrica na lida com os pacientes. Ela determina lugares, um modo de escuta e um tipo de relação bem mais complexos do que a tão discutida objetificação do paciente pelo saber. Afinal, é inegável uma certa vocação humanitarista na formação médica. Como recolocá-la? No âmbito da instituição de Saúde Mental e do discurso da reabilitação psicossocial há ainda outra questão. É de se notar a presença constante e silenciosa e às vezes excessiva do uso dos psicofármacos, algo já incorporado quase que automaticamente na rotina dos Serviços.

Este é um ponto de apoio inegável dos movimentos de Reforma Psiquiátrica cujo avanço também coincide historicamente com o avanço das pesquisas neurobiológicas. Não seria esta a forma moderna através da qual a psiquiatria se presentifica? Por que o uso de medicamentos é tão pouco ou tão

superficialmente questionado nos Serviços? É necessário medicar? Sempre? Quais as conseqüências desse ato? Qual a importância do uso da medicação para a Saúde Mental? Como fazer para que o remédio não se transforme na edição contemporânea da contenção e do silenciamento?

Quanto à Reforma. Está aí um campo em que a articulação com teorias da clínica que se demonstrem coerentes com os os princípios dos movimentos sanitário e de Saúde Mental mostra um valor precioso, exatamente pelos avanços que estes movimentos políticos alcançaram dentro da cultura e da ordem social. É digno de reconhecimento e elogio que eles promovem e incitam a abertura de espaços antes absolutamente vetados aos loucos. Não foi pequeno o avanço neste sentido. Tais processos abriram várias possibilidades com diferentes direcionamentos e sentidos para a legislação, a política, a resposta social ao louco, a cultura. Este trabalho tentou pinçar, dentre tantas, a seguinte questão: Quais são as vias pelas quais a relação com o psicótico pode ser vivida e conduzida de maneira tal que o seu discurso tão peculiar possa, de fato, inscrever-se? Articulação. Negociação. Talvez este seja o principal ensinamento da interseção destes dois campos, que não são opostos, no fio da clínica.

Finalmente, uma revalorização da escrita e da apresentação de casos, feita sob a preeminência de uma escrita que possa ser feita **a partir** dos casos. Disponibilizar-se em se deixar acossar pelo psicótico, incomodar-se, sustentar o “peso do transformador” e da monótona repetição, do fracasso e da falta de eco para a partir daí fazer uma construção.

BLOGRAFIA

7) BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, P. – **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Fiocruz. 1994, pg.144.

AMARANTE, P. GIOVANELLA , L. – O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Fiocruz. 1994.

BASAGLIA, F. (org). – **A Instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico**. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Graal,1991.pg.28, pg.29, pg.103, pg.106, pg.107, pg. 113

BAREMBLITT, G.F. – Das virtudes teologais, das ciências e das loucuras. In: LANCETTI, A. (dir) – **Saúde Loucura Número 2**. São Paulo, Hucitec,1990.

BENETI, A. – Psiquiatria lacaniana? In: QUINET, A. (Org.) – **Jacques Lacan: A psicanálise e suas conexões**. Rio de Janeiro, Imago, 1993.

BERCHERIE, P. – **Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor Ltda, 1989. pg.21, pg.22, pg.131.

BEZERRA, B. M. – A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.) – **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo, Hucitec, 1996. pg.13.

- BIRMAN, J. – A psicopatologia na pós-modernidade. As alquimias no mal-estar da atualidade. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental.** , Vol. II n.1: 35-50 pg.39, pg.42, pg.47, 1999.]
- BIRMAN, J. – **A psiquiatria como discurso da moralidade.** Rio de Janeiro, Graal, 1978. pg.18, pg.55, pg.91, pg.372.
- CALLIGARIS, C. – **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. pg. 9.
- CAMPOS, G.W. S. C. – **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde.** São Paulo, Hucitec. 1997.
- CAMPOS, G.W.S. – Análise Crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. – **Saúde e democracia: a luta do CEBES.** São Paulo. Lemos Editorial, 1999. pg.120.
- CANGUILHEM, G. – **O Normal e o patológico** 4^a Ed. Rio de janeiro, Forense Universitária, 1995, pg.16, pg.188, pg.189, pg.216.
- CASTEL, R. – **A Ordem psiquiátrica. A idade de ouro do alienismo.** 2^a Ed. Rio de Janeiro, Graal, 1991.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. – **Relatório Fórum Nacional] “Como anda a Reforma Psiquiátrica Brasileira? Avaliação, Perspectivas e Prioridades”.** Brasília, Petry Gráfica e Editora/Instituto Euvlado Lodi, 31/05/2000.
- DALGALARRONDO, P. – **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais.** São Paulo, Artes médicas Editora, 2000, pg. 21

- DE WAELENS, A. – **A Psicose: ensaio de interpretação analítica existencial.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1995.
- DESVIAT, M. P. – Posfácio. In: AMARANTE, P. – **Loucos pela vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** 2ª Ed. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1998. pg.132.
- DESVIAT, M. – La Reforma psiquiátrica: Los problemas de la desinstitucionalización. In: ESCUELA EUROPEA DE PSICOANÁLISIS CAMPO FREUDIANO. – **Metáfora e Delírio. Estudios Psicanalíticos.** Madrid, Eolia Dor S.L, 1993.
- DESVIAT, M. – **A Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1999. pg.44, pg.155, pg.157, pg.158.
- DIAS, M. M. – Questões preliminares do tratamento psicanalítico das psicoses. **Literal. Boletim da escola lacaniana de psicanálise de Campinas. 1:** 14-16. Nov, 1999. pg.16.
- ELIA, L. – O sujeito da psicanálise e a Ordem Social. In: ALTOÉ, S. (Org.) – **Sujeito do direito, Sujeito do Desejo.** Rio de Janeiro, Revinter, 1999.
- ESQUIROL, J.E.D. – **Memorias sobre la locura y sus variedades.** (Selección de textos de *Des Maladies mentales considerés sous les rapports médical, hygiénique et médico-legal, T1*, Collection) In: DESVIAT, M. (Ed.) – **Coleccion: Clasicos de la psiquiatria.** Madrid, Dorsa Ediciones, 1991. Paris, Insania, 1989. pg.13, pg.156

- FIGUEIREDO, A C. – **Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos. A clínica psicanalítica no ambulatório público.** Rio de Janeiro, Relume Dumará,1997.
- FOUCAULT, M. – **História da loucura.** São Paulo, Editora Perspectiva, 1978.
- FOUCAULT, M. – **A arqueologia do Saber.** 3ª Ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1987.
- FOUCAULT, M. – **O nascimento da clínica.** 4ª Ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária. 1994, pg.123.
- FREUD, S. – A Interpretação dos sonhos (parte II) Sobre os sonhos. (1900) In: FREUD, S. – **Obras completas** Edição Standard Vol IV 2ª Ed. Rio de Janeiro, Imago, 1987. pg.495.
- FREUD, S. – Os chistes e sua relação com o inconsciente. (1905) In: FREUD, S. – **Obras completas** Edição Standard Vol. VIII. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Imago, 1987. pg.195.
- FREUD, S. – Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia paranoides) (1911) In: FREUD, S. **Obras completas** -Edição Standard Vol. XII. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Imago, 1987
- FREUD,S. – Conferências Introdutórias sobre psicanálise. Parte I. Parapraxias, In: FREUD, S. – **Obras completas** - Edição Standard Vol XV. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Imago 1987, pg.29, pg.41, pg. 84, pg. 86, pg.100.
- GOLDBERG, J. – **Clínica da psicose, um projeto na rede pública.** 2ª Ed. Rio de Janeiro, Te Corá,1996.
- GOFFMAN, E. – **Manicômios, prisões e conventos.** 6ª Ed. São Paulo,

Editora Perspectiva, 1999.

KAMERER, T. & WARTEL. R. – Diálogo sobre os diagnósticos In: MILLER, J.A.

coord. **A querela dos diagnósticos. Jacques Lacan e outros.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1989.

KATZ, C.S. – **Freud e as psicoses. Primeiros estudos.** Rio de Janeiro, Xenon, 1994.

KHUN, T.S. – **A estrutura das revoluções científicas.** 5ª Ed. São Paulo, Perspectiva, 2000. pg.128.

LACAN, J. – **O Seminário, livro 3, As psicoses.** 2ª Ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1988. pg.102.

LACAN, J. – **O Seminário, livro 5, As formações do Inconsciente.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.,1988.

LACAN, J. – O estágio do espelho como formador a função do eu In: **Escritos.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. Formulações sobre a causalidade psíquica. In: **Escritos.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: **Escritos.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1998.

LANCETTI, A. – Síntese metodológica. In: LANCETTI, A. **Saúde e Loucura7 Saúde Mental e Saúde da Família.** São Paulo, HuciteC, 2001.

LAURENT, E. – Vigencia de tres exigencias deducidas de las enseñanzas de Lacan acerca de las psicosis. In: **Estabilizaciones en las psicosis**. Buenos Aires, Manantial, 1992.

LAURENT, E. – O analista cidadão. In: **Curinga. Revista da Escola Brasileira de psicanálise – Seção Minas- :Psicanálise e Saúde Mental 13**: 11-16 Set, 1999, pg.14.

LAURENT, E. – Novas normas de distribuição dos atendimentos e sua avaliação do ponto de vista da psicanálise. In: **Curinga. Revista da Escola Brasileira de psicanálise – Seção Minas- :Psicanálise e Saúde Mental 13**: 25-27 Set, 1999.

LEAL, E.M. – O debate sobre a “natureza” da clínica na Reforma psiquiátrica brasileira” In: VENANCIO, A T. ; LEAL, E.M. ; DELGADO, P.G. (orgs). **O campo da atenção psicossocial. Anais do Congresso de Saúde Mental do Rio de Janeiro**. Belo Horizonte – Rio de Janeiro, Te Corá – Instituto Franco Basaglia, 1997.

LOBOSQUE, A. M. – **Princípios para uma clínica antimanicomial**. São Paulo, Hucitec, 1997.

LOBOSQUE, A. M. – **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro, Garamond Universitária, 2001.

MENDES, E. V. (Org). – **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: ABRASCO/HUCITEC, 1993.

- MILLER, J. A – Saúde Mental e Ordem Pública In: In: **Curinga. Revista da Escola Brasileira de psicanálise – Seção Minas- :Psicanálise e Saúde Mental 13**: 25-27 Set, 1999.
- NASIO, J.D. – **A alucinação e outros estudos lacanianos**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.1997.
- NASIO, J.-D. – **Os grandes casos de psicose**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2001.
- PAES BARRETO, F. – **Reforma Psiquiátrica & Movimento Lacaniano**. Belo Horizonte, Editora Itatiaia, 1999. pg. 108.
- PÉLBART, P.P. – Manicômio Mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (Org.) **Saúde e Loucura 2**. São Paulo, Hucitec, 1990.
- PIGNARRE, P. – **O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade**. São Paulo, Editora 34,1999.
- PORGE, E. – **Os Nomes do pai em Jacques Lacan. Pontuações problemáticas**. Rio de Janeiro, Companhia de Freud Editora, 1998. pg.40
- RICOEUR, P. – **Interpretação e Ideologias**. 4^a Ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1990. pg.84, pg.93.
- ROUDINESCO, E. – **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor Ltda, 2000.
- ROUDINESCO, E. – Leituras da História da Loucura. In: ROUDINESCO, E.;

CANGUILHEM, G.; MAJOR, R. ; DERRIDA, J. – **Foucault: Leituras da história da Loucura.** Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1992.

SARACENO, B. – **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** 2ª Ed. Rio de Janeiro/Belo Horizonte, Instituto Franco Basaglia/Editora Te Corá, 2001. pg.75, pg.94, pg.112.

SAURÍ, J.J. – **Historia de las Ideas Psiquiatricas.** Buenos Aires/México,] Ediciones Carlos Lohlé, 1969. pg. 63.

SCHREBER, D.P. – **Memórias de um doente dos nervos.** São Paulo, Paz e Terra, 1995.

SILVA, FERREIRA. R. – **Saúde Mental: Relações entre a psiquiatria e a psicanálise na abordagem das psicoses.** São Paulo. Janeiro, 2000.
[Tese – Mestrado – Psicologia Clínica – Faculdade de psicologia, Universidade de São Paulo]

SIMANKE, R. T. – **A formação da teoria freudiana das psicoses.** Rio de Janeiro, Editora 34., 1994, pg.186.

TYKANORI, R. – Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: *PTTA, A. (Org.) – Reabilitação psicossocial no Brasil.* São Paulo, Hucitec, 1996. pg. 138.

VIANNA, M. L. WERNECK. – Política versus Economia: notas (menos pessimistas) sobre globalização e Bem-Estar. In: GERSCHMAN, S. & WERNECK V.M.L. – **A Miragem da Pós-Modernidade: Democracia e Políticas Sociais no contexto da Globalização**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1997.

VIGANÓ, C. – A construção do caso clínico em Saúde Mental In: **Curinga. Revista da Escola Brasileira de psicanálise – Seção Minas: Psicanálise e Saúde Mental.**, 13: 51-54 Set., 1999. pg.51, pg.52.

WEBER, M. – **Ciência e política. Duas vocações**. São Paulo, Cultrix, 1968.

ZARIFIAN, E. – Um diagnóstico em psiquiatria: para quê? In: MILLER, J.A. **A querela dos diagnósticos. Jacques Lacan e outros**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor 1989.