



**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**

**PUC - SP**

**Ana Carolina Afonso Lima Dias**

**O desejo na psicose e a construção do Projeto Terapêutico Singular:  
considerações psicanalíticas sobre a direção de tratamento na saúde mental pública**

**Mestrado em Psicologia Social**

**São Paulo**

**2019**

**Ana Carolina Afonso Lima Dias**

**O desejo na psicose e a construção do Projeto Terapêutico Singular:  
considerações psicanalíticas sobre a direção de tratamento na saúde mental pública**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de MESTRE em Psicologia Social, sob orientação do Prof. Dr. Raul Albino Pacheco Filho.

**São Paulo**

**2019**

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução parcial ou total desta Dissertação de Mestrado por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Sistema para Geração Automática de Ficha Catalográfica para Teses e Dissertações com dados fornecidos pelo autor

Dias, Ana Carolina Afonso Lima

O desejo na psicose e a construção do Projeto Terapêutico Singular: considerações psicanalíticas sobre a direção de tratamento na saúde mental pública / Ana Carolina Afonso Lima Dias. -- São Paulo: [s.n.], 2019.  
144p ; cm.

Orientador: Raul Albino Pacheco Filho.  
Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) -- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, 2019.

1. CAPSi. 2. Desejo. 3. Projeto Terapêutico Singular. 4. Psicanálise. I. Pacheco Filho, Raul Albino. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social. III. Título.

**Ana Carolina Afonso Lima Dias**

**O desejo na psicose e a construção do Projeto Terapêutico Singular:  
considerações psicanalíticas sobre a direção de tratamento na saúde mental pública**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de MESTRE em Psicologia Social.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/ 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Raul Albino Pacheco Filho (Orientador)  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Teresa Cristina Endo  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sheila Abramovitch  
Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ-RJ)

Dedico este trabalho aos sujeitos que encontrei em meu percurso clínico que me posicionaram frente a meu desejo de analista.

**O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação São Paulo (FUNDASP/PUC-SP) à qual agradeço pela concessão da Bolsa Dissídio.**

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Raul Albino Pacheco Filho, pelo acolhimento, aposta e incentivo ao meu desejo de pesquisadora, pelos direcionamentos fundamentais na lapidação desta escrita, me possibilitando construir meu caminho na pesquisa, o caminho do meu desejo. Agradeço também o acolhimento no Núcleo de Pesquisa e Sociedade, lugar no qual pude aprimorar meus conhecimentos e minha posição na transmissão.

À Sheila Abramovitch, pelo cuidado na leitura e escuta do meu trabalho, no exame de qualificação, pelas contribuições basais para o direcionamento desta pesquisa, escutando em meu texto os trilhamentos do meu desejo de pesquisadora.

À Teresa Endo, pelo cuidado na leitura e escuta do meu trabalho no exame de qualificação, pelas preciosas contribuições à minha escrita e pelas valorosas contribuições para pensar as questões éticas relacionadas à construção do caso clínico.

À Marlene, secretária do Programa de Pós-Graduação, por toda disponibilidade ao longo do mestrado.

À direção da DERDIC – PUC/SP, pelo apoio e disponibilidade nesse processo. A equipe da DERDIC, que me possibilita o prazer de compartilhar as construções clínicas cotidianas

À Adriana, Débora, Fernanda Fudissaku, Fernanda Rodrigues, Luana e Kathy, pela parceria, apoio e pela torcida sempre.

Aos meus pais, presentes pela transmissão que não se encerra de um desejo não anônimo. À minha mãe, pelo insistente direcionamento para o mestrado, que me possibilitou constituir meu desejo de pesquisar.

Às minhas amadas irmãs, Márcia e Cris; e à Marília, pela parceira constante, suportando as luzes acesas, as ausências, a casa cheia de livros e pelo apoio incondicional. A Tia Selma pela torcida constante e o afeto reconfortante. À Paulinha, pela amizade e torcida para além da presença

À Célia Klouri, pelos “menos”, “muito menos”, que me ajudou a incutir e que permitiram espaço para a escuta do meu desejo.

À querida amiga Letícia Medina Cohen, Leth, pela insistente pergunta que me direcionou para esta pesquisa. Por compartilhar constantemente esse processo de escrita, interrogando-me afetivamente sobre os caminhos dessa escrita, pelas madrugadas de correções e leituras do meu texto. Pela amizade e a alegria de compartilhar a vida contigo.

Ao querido amigo Alexandre Costa Fernandes, Ale, pela presença sempre constante em minha vida, pela disponibilidade em me acompanhar nesse processo de escrita. Pelo apoio

delicado nos momentos mais tensos e por questionar-me “você se autoriza?”, escutando e apoiando meu desejo nessa escrita clínica. Pelo prazer de compartilhar a vida contigo.

À Miriam Chiarelli Furini, pela disponibilidade ímpar em me acompanhar nesse processo, lendo meus escritos, lançando mão do rigor teórico necessário, mas sempre atravessado pelo afeto. Pela torcida e pelo carinho. Por promover meu encontro com a Rede de Pesquisa em Psicanálise e Sociedade e, assim, iniciar os caminhos que viabilizaram essa pesquisa.

À Débora Ragazzo, pela amizade e cumplicidade nesse processo, a parceria no cotidiano me ajudando a sustentar as demandas do mestrado e da transmissão.

À Adriana Bastazzian, pelo carinho, a torcida e a disponibilidade que me acompanhou nesse processo. Ao Marcos, pela prontidão em me socorrer nos imprevistos tecnológicos pelo caminho.

À Priscila de Oliveira Luz, pela amizade e disponibilidade em ler meus textos e acompanhar-me em minhas escritas, aprimorando-as com seus “pitacos”.

Às minhas queridas Lívia e Jaqueline, pela doce presença que confere afeto e poesia à minha vida.

Aos colegas do Núcleo de Psicanálise e Sociedade: Roberta, Vinicius, Paulo, Tomás, Marina, Ingrid, Gabriel, Tayná, Karla, Aline, Michele, Luísa, Renata, com quem pude aprender muito, compartilhando as questões teóricas e os percalços dessa escrita, contemplando as doses de boas risadas necessárias nesse processo.

Ao Leonardo Lopes, pela delicadeza com que escutou minhas inquietações na construção dessa pesquisa. Por me apresentar o texto de Julieta De Battista, fundamental para essa pesquisa.

Ao Milton Nuevo, pelas conversas sobre Saúde Pública, Psicanálise e também pelos desabafos e risadas.

Aos tantos amigos queridos com quem tenho o prazer de dividir a vida: Ariadne, Gislaíne, Janaína, Fernanda Fudissaku, Aline, Adelita, Síntia e tantos outros que se fazem representar nessa escrita.

À Evelin Ribeiro e Paulo Dias, profissionais com quem aprendi muito sobre a disponibilidade para o encontro com a diferença e que foram fontes de inspiração para a escrita desse trabalho.

À equipe com quem pude compartilhar esse processo de cuidado e tantas outras que cotidianamente sustentam, pelo viés do desejo, o trabalho na Saúde Mental Pública.

À Sandra Pavone e Yone Rafaeli que me apresentaram essa clínica e generosamente me acompanharam nesse início, escutando as aflições e os desejos engendrados nesse processo. Pela transmissão de uma posição, recusando o lugar do Mestre, viabilizando construções singulares nesse percurso, estabelecendo uma marca na minha clínica, na minha vida. Marca essa que levo até hoje na minha transmissão.

Ao grupo Mestrandinhas: Malu, Natália, Marcela, Mônica e Luísa que, sem dúvida, compartilharam a intensidade desse processo e possibilitaram momentos de acolhimento, risadas e descontração.

A todos aqueles amigos e profissionais com quem pude discutir sobre minha escrita, passando pelos desejos, as questões teóricas e o enlaçamento desta pesquisa. Á Jonas Boni pelas importantes interlocuções neste processo.

Aos meus alunos e supervisionandos, com os quais aprendo sempre e que cotidianamente reacendem meu desejo pela transmissão.

Ao Renato, pela doce presença em minha vida, me apoiando na torcida constante sob o signo do amor.

## RESUMO

DIAS, Ana Carolina Afonso Lima. **O desejo na psicose e a construção do Projeto Terapêutico Singular:** Considerações psicanalíticas sobre a direção de tratamento na Saúde Mental Pública. 2019. 144f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2019.

A presente pesquisa tem por objetivo discutir a construção de Projeto Terapêutico Singular - PTS na saúde mental pública, especificamente nos Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil - CAPSi, considerando a dimensão do desejo na composição de tais projetos e, mais especificamente, o desejo no sujeito psicótico. Para tanto, caminharemos pelos postulados de Lacan acerca da direção de tratamento, enfatizando a direção de tratamento na psicose. Apresentaremos uma vinheta clínica ao final do trabalho, no sentido de analisar os efeitos clínicos de se posicionar o sujeito psicótico como sujeito de desejo para o trabalho formulado nos CAPSi. Articularemos a proposta dos Projetos Terapêuticos Singulares - PTS instaurados pela Política Nacional de Humanização - PNH com intenção de singularizar o cuidado e a psicanálise que tem por fundamento ético a defesa radical do sujeito em sua expressão singular. Nesse sentido, retomaremos as mudanças no paradigma de cuidado no campo da Saúde Mental a partir das ressonâncias que a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária tiveram no reordenamento das práticas, que passaram a ser pautadas na perspectiva da Atenção Psicossocial, propondo outro lugar ao sujeito em sofrimento psíquico, sendo que a premissa passou a ser o cuidado singularizado. A partir das considerações da psicanálise sobre o desejo, discorreremos sobre as operações de constituição psíquica de modo a inscrever a psicose como uma das modalidades de estruturação possível, destacando-a dos signos de gravidade e doença, apresentando-a como uma possibilidade existencial, sinalizando as particularidades do desejo na psicose. Assim, retomamos a defesa radical do sujeito em sua singularidade, o que articula a psicanálise ao SUS alçando a dimensão ético-política ao situar o sujeito psicótico como desejante.

**Palavras Chave:** CAPSi. Desejo. Projeto Terapêutico Singular. Psicanálise. Psicose.

## ABSTRACT

DIAS, Ana Carolina Afonso Lima. The desire in psychosis and the construction of the Unique Therapeutic Project. Psychoanalytical considerations on the direction of treatment in Public Mental Health. 144s. Masters dissertation. Pontifical Catholic University of São Paulo, 2019.

The present research intends to discuss the construction of a Projeto Terapêutico Singular (Unique Therapeutic Project) in public mental health, specifically in the Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil( Center for Psychosocial Childhood Care) - CAPSi, considering the dimension of the desire in the composition of such projects, and more specifically the desire in the psychotic subject. For this, we will walk through the postulates of Lacan about the direction of treatment and emphasizing the direction of treatment in psychosis. We will present a clinical vignette at the end of the study in order to analyze the clinical effects of positioning the psychotic as subject of desire for the work formulated in the CAPSi. We will articulate the proposal of the Projeto Terapêutico Singular (Unique Therapeutic Projects) -PTS established by the Política Nacional de Humanização (National Policy of Humanization)- PNH with the intention of singling out the care and psychoanalysis that has as ethical foundation the radical defense of the subject in his singular expression. In this sense, we will return to the changes in the paradigm of care in the field of Mental Health from the resonances that the Psychiatric Reform and Sanitary Reform had in reordering the practices, which started to be based on the perspective of Psychosocial Care, proposing another place to the psychic suffering subject. The premise become to be the singularized care. From the considerations of psychoanalysis about the desire, we will discuss the operations of psychic constitution in order to inscribe psychosis as one of the modalities of possible structure, highlighting it of the signs of gravity and disease presenting it as an existential possibility, signaling the particularities of the desire in psychosis. Thus we return to the radical defense of the subject in its singularity which articulates psychoanalysis to the SUS by raising the ethical-political dimension by situating the psychotic subject as desiring.

Keywords: CAPSi. Desire. Projeto Terapêutico Singular. Psychoanalysis. Psychosis.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 CAPÍTULO I - PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES E O CUIDADO NA SAÚDE PÚBLICA: A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A CONSTRUÇÃO DO SUS .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 Breve contextualização histórica do cuidado à loucura no mundo e suas influências no Brasil .....</b>	<b>28</b>
<b>2.2 A Reforma Sanitária Brasileira, a Reforma Psiquiátrica e a construção do Sistema Único de Saúde .....</b>	<b>32</b>
2.2.1 A construção do Sistema Único de Saúde- SUS .....	35
<b>2.3 Reabilitação Psicossocial e a construção da Rede de Atenção Psicossocial: o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS .....</b>	<b>36</b>
2.3.1 O CAPSi como ordenador do cuidado à infância e à adolescência .....	41
<b>2.4 Política Nacional de Humanização – PNH .....</b>	<b>42</b>
2.4.1 Projeto Terapêutico Singular – PTS .....	43
2.4.2 Projeto Terapêutico Singular e os CAPS .....	47
2.4.3 Caminhos possíveis no cenário atual. Por onde vamos? .....	50
<b>3 CAPÍTULO II - A CONSTRUÇÃO DA INFÂNCIA, POLÍTICAS PÚBLICAS E A PSICANÁLISE .....</b>	<b>54</b>
<b>3.1 Algumas considerações sobre a concepção histórica da infância .....</b>	<b>54</b>
3.1.1 A infância no contexto brasileiro .....	56
<b>3.2 A história das políticas públicas para a infância: o nascimento do sujeito de direitos .....</b>	<b>58</b>
<b>3.3 A psicanálise e o sujeito do inconsciente: o nascimento do sujeito de desejo .....</b>	<b>60</b>
<b>3.4 Articulações entre o sujeito de direitos e o sujeito do inconsciente: aproximações possíveis .....</b>	<b>65</b>
<b>4 CAPÍTULO III - ESTRUTURA E DESEJO: O DESEJO NA PSICOSE .....</b>	<b>74</b>
<b>4.1 Estruturas clínicas .....</b>	<b>74</b>
<b>4.2 A psicose .....</b>	<b>82</b>
<b>4.3 O desejo .....</b>	<b>90</b>
<b>4.4 O desejo na psicose .....</b>	<b>93</b>
<b>5 CAPÍTULO IV - POR QUE DANIEL NÃO PODE COMER COCÔ? ARTICULAÇÕES TEÓRICO-CLÍNICAS .....</b>	<b>102</b>
<b>5.1 “Daniel tudo aquilo” .....</b>	<b>102</b>
5.1.1 A questão .....	106

<b>5.2 A direção de tratamento e a ética da Psicanálise .....</b>	<b>109</b>
<b>5.3 A direção de tratamento na psicose em articulação com o desejo: como construir PTS que comporte a dimensão do desejo? .....</b>	<b>113</b>
<b>5.4 Desdobramentos possíveis: um lugar desejante para Daniel .....</b>	<b>122</b>
<b>5.5 Psicanálise e saúde pública .....</b>	<b>125</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>128</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>135</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A partir de indagações advindas da construção de Projetos Terapêuticos Singularizados - PTS para sujeitos em intenso sofrimento psíquico, esta pesquisa emergiu com a proposta de articular caminhos possíveis para o ofício da clínica nestes casos que, especificamente, apresentam particularidades no laço social. Fundamentando-nos na psicanálise lacaniana, pensamos esta articulação nos equipamentos de saúde pública destinados a este público – os Centros de Atenção Psicossocial Infantil - CAPSi –, a fim de preservar a dimensão do desejo e da ética na direção de tratamento.

Lacan (1958/1959-2016) nos assinala a centralidade do desejo na direção de tratamento: “[...] a título de que a psicanálise intervém para lidar em diversos níveis com essas diversas realidades fenomênicas? Intervém na medida em que estas põem em jogo o desejo (p. 11)” – salientando a relevância deste para se construir a direção de tratamento: “[...]o desejo se afirma como condição absoluta” (LACAN, 1958-1998, p. 636).

Entendendo a prevalência do desejo na direção de tratamento, uma questão despontou logo de início nesse trabalho: e na psicose, como dimensionamos essa questão? Podemos falar em desejo na psicose? Questão controversa, pois há diferentes posicionamentos frente a essa querela. Ao longo de minha formação, me vi impelida por esta máxima que na psicose não haveria desejo, já que este se formaria a partir da referência paterna que se inscreve no final do Édipo. Porém, a clínica interrogava tal formulação. Diante do encontro com tais sujeitos, abstê-los de uma posição desejante era, de fato, possível?

No decorrer desta pesquisa, essas questões fervilharam dentro de mim e, sustentar uma posição na qual o desejo estivesse apartado do sujeito psicótico, não parecia fazer sentido, sentido clínico. Essa questão se impunha em decorrência de vivências clínicas que me interrogavam constantemente acerca da possibilidade de se afirmar que o psicótico não tem desejo. No encontro com tais sujeitos e com suas expressões viscerais, como recuar a situá-los como sujeitos desejantes?

E foi a partir dessa aposta que escrevi esse trabalho: a aposta do sujeito psicótico como desejante. A questão se impôs na clínica e fui depurá-la a partir de um estudo teórico-clínico para, ao final da pesquisa, articular esse estudo com uma vinheta clínica. Assim, partindo de questionamentos direcionados à construção dos PTS, chegamos à questão da direção de tratamento na psicose. E mais, interrogamos os efeitos, os desdobramentos da assunção de uma posição desejante na psicose na direção de tratamento, interrogando também que desejo era

esse exibido na psicose e que caminhos percorria para se sustentar, já que esse desejo não é metaforizado pelo significante Nome-do-Pai.

A interrogação sobre a existência do desejo na psicose despontou através de um encontro clínico com um sujeito que exibia, em suas particularidades, a marca do desejo. Essa vinheta clínica, emblemática para esse trabalho, me enlaçou produzindo diversos efeitos que se encaminharam para esta pesquisa. Costa (2006) aponta para a escrita em uma dimensão testemunhal e conceitual, no intuito de dar conta das consequências de uma experiência, na tentativa de elaborá-la. Já Endo (2017) articula a escrita como uma possibilidade de depurar o que fica da experiência vivida, “[...]o trabalho de escrita permite a emersão de conteúdos residuais que restaram inapreensíveis e ainda guardavam o frescor e a intensidade do vivido[...]” (p. 18).

Então, iniciando-se em uma experiência que vivi há alguns anos atrás na rede pública de atenção à saúde mental, a presente pesquisa se constituiu na intenção de construir significações possíveis para o encontro com esta clínica, com este sujeito. Enunciando, também, os engendramentos possíveis nestes serviços direcionados a esse público que, historicamente, foi segregado. Essa escrita foi tecida ressaltando os efeitos observados, baseando-se em uma oferta que considera os traços singulares, contemplando diferentes composições subjetivas.

Escrever sobre o trabalho realizado no Sistema Único de Saúde - SUS, especialmente nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, constitui-se em um movimento político imprescindível, afim de sustentar um outro lugar discursivo à subjetividade e ao sofrimento psíquico, orientando-se a partir do singular e não do desviante. Nestes serviços, as questões referentes à centralidade do sujeito tomam a cena. Norteados pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, oferta-se um lugar ético para o cuidado, remodelando as práticas existentes até então, tais como manicômios e enclausuramento destes sujeitos, apontando para um espaço em que diferentes possibilidades discursivas possam se inscrever.

Rinaldi (2006) enfatiza que o campo da saúde mental se constitui como sendo a confluência de diversos saberes, rompendo com a hegemonia do saber médico.

De início, faz-se necessário configurar o que estamos chamando de campo da saúde mental. Nosso referencial é o movimento da *reforma psiquiátrica* que, em várias partes do mundo e também no Brasil, colocou em questão a hegemonia do saber médico-psiquiátrico no tratamento da chamada “doença mental”. O campo da saúde mental é, nesta perspectiva, aquele que se constitui, *a partir* desse movimento, como um campo multidisciplinar, heterogêneo e plural, onde diversos saberes e práticas se entrecruzam (p. 142, grifos da autora).

Nota-se que há uma mudança de paradigma quando da instalação da doença mental como uma possibilidade existencial, sublinhando o sofrimento e a existência em contraposição à ideia de doença, como afirmam Costa-Rosa, Luzio e Yassi (2003), marcando, então, um outro posicionamento frente ao sujeito, destacando que a arquitetura do cuidado é desenhada a partir deste, como ator fundamental em seu processo de cuidado.

Essa transformação impõe tensionamentos que incidem sobre as práticas cotidianas que se realizam nestas instituições e se desdobram nas cenas diárias neste encontro com a diferença. Assim, a clínica coloca questionamentos importantes relativos às premissas de trabalho destes dispositivos, instaurando questões universais como: de quem tratamos e para que tratamos nestes serviços?

Questões fundamentais, pois elas podem instaurar um corte na convocação frequente para uma atuação imediatista frente às urgências sociais e psíquicas que se apresentam, delegando a questão da clínica para segundo plano. Nada mais nocivo para um serviço que intenta sustentar a singularidade que perder-se nas complexas demandas sociais que, por vezes, atravessam estes equipamentos, alocando o sujeito na posição de objeto, sendo que diversas ações são articuladas desconsiderando o que o sujeito pode fazer em relação ao que lhe acontece.

Entendemos o entrecruzamento de questões que ocorrem nesses equipamentos, pois existem problemáticas densas no que tange às questões sociais e econômicas, que solicitam ações rápidas e emergenciais. Apenas apontamos um movimento que parece muito comum nestes serviços que é o de se direcionar pela urgência social, se descolando das questões clínicas que se colocam. A questão é de uma leitura que se faz necessária, da complexa trama que envolve as situações sociais e a composição psíquica de tais sujeitos e suas famílias, indicando que não é possível caminhar pelo reducionismo na complexidade em que tais questões aparecem, pois, responder prontamente a determinadas reivindicações, sem implicar os sujeitos, apenas pode engendrar novas demandas e não tratar da questão em si<sup>1</sup>.

As questões apontadas acima direcionam nossa discussão para as diferenciações que se apresentam entre o sujeito de direito e o sujeito do inconsciente. O sujeito de direitos nasce no campo das políticas públicas e indica um lugar social para os cidadãos, que inclui

---

<sup>1</sup> Nesse sentido, indicamos o texto de Bueno (2016): “Sujeito do inconsciente e sujeito de direito: ponto de conjunção ou de disjunção na interlocução da psicanálise com a saúde mental?”. O mesmo será articulado adiante no presente trabalho. Em tal texto, o autor discute essas questões e apresenta uma vinheta clínica que presentifica a questão que discutimos neste ponto do texto. Disponível em: [http://pepsic.bvsolud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-157X2016000200017&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsolud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2016000200017&lng=pt&nrm=iso)

direitos e deveres. O sujeito do inconsciente está referido ao desejo, norteador pelos ditames do inconsciente, marcando o que é absolutamente singular a cada sujeito.

Ressaltamos, entretanto, que não desconsideramos os importantes avanços que o discurso do sujeito de direitos possibilitou, impetrado pelo viés da cidadania, apontando as conquistas empreendidas. Além disso, sabemos que foi por meio deste discurso que a Reforma Psiquiátrica tomou corpo. Entretanto, propomos pensar mais além, destacando a dimensão do desejo que não cabe nestas proposições universais que concernem ao campo dos direitos e da cidadania e que, por este motivo, podem deixar de fora de suas considerações questões fundamentais que repercutem na direção de trabalho a ser tomada.

É a lógica da cidadania que se reafirma por meio do discurso do mestre<sup>2</sup>, na medida em que se parte do modelo pré-estabelecido a partir de um saber apriorístico e universal sobre o que é bom para o sujeito.[...] Regida pelo discurso do mestre, esta prática tem um caráter normatizador a partir de um saber prévio que muitas vezes assume um viés superegoico quando, associado aos ideais de bem e de cura, impõe a profissionais e usuários do serviço uma série de obrigações que terminam por desconsiderar a subjetividade tanto de uns quanto de outros (RINALDI, 2006, p. 145-146).

Nesse sentido concordamos com Rinaldi (2006) ao dizer que, direcionando-se *apenas* pelas questões que envolvem os aspectos socioassistenciais, deixa-se de fora a noção de sujeito do inconsciente, fundamental quando pensamos em uma direção de tratamento que prime pela escuta da singularidade. Assim, atentamos para os impasses que tal discurso apresenta, uma vez que não contempla o ineditismo presente no sujeito do inconsciente, podendo até excluir de sua atuação a dimensão do desejo como norteadora da clínica.

Bueno (2016) destaca que “A separação entre a reivindicação e a demanda deve ser uma tática norteadora para a Atenção Psicossocial nas discussões de caso” (p. 222), assinalando os entraves de se ler o caso apenas situando-o a partir das demandas sociais, desconsiderando a escuta do que se enuncia na fala destes sujeitos que se direcionam ao inconsciente.

A leitura e a escuta psicanalítica das situações que são apresentadas cotidianamente nos equipamentos da Atenção Psicossocial exigem referenciais de alta complexidade para que se possa oferecer um tratamento efetivo tanto às questões de sofrimento subjetivo como àquelas de iniquidade e exclusão sociais. O sujeito da Saúde Mental, atendido por uma equipe multidisciplinar, deve ser visto por diferentes óticas. Não devemos substituir o discurso médico pelo discurso dos direitos, mas sim pela

---

<sup>2</sup> Lacan (1969-1970) apresenta os discursos como forma de construir laços sociais, tomados como formas de ordenamento do gozo. Propõe pensar modalidades discursivas a partir dos impossíveis freudianos, governar, educar, analisar, ao que acrescenta fazer desejar. Temos então: o discurso do mestre, discurso universitário, o discurso histórico e o discurso do analista. Assim, o discurso do mestre se define como um discurso em que há um assujeitamento do outro ao Mestre, que se situa como sujeito que sabe e não como um sujeito suposto saber, posição que concerne ao psicanalista.

multiplicidade discursiva. Neste contexto da multiplicidade, visualiza-se uma porta de entrada para o psicanalista, que tem como princípio ético fundamental guardar o lugar de emergência da singularidade, do sujeito do inconsciente e da verdade do desejo. Em suma, a contribuição do psicanalista é abrir espaços dentre tantos discursos para a narrativa do próprio sujeito, contada em primeira pessoa, e que essa narrativa contada seja levada em conta nas decisões multiprofissionais (BUENO, 2016, p. 223).

Foi norteadada pela escuta do sujeito, em sua radical singularidade, que se fez meu encontro com a trabalho realizado no CAPSi. As questões referentes à saúde mental pública sempre me convocaram, logo, articular o trabalho que fazia na esfera pública à psicanálise foi inevitável, já que tal aporte permite sustentar a fundamental dimensão clínica que norteia estes espaços de cuidado: o singular. Ressalto que sempre foi neste lugar, da clínica, que pude me localizar atuando no CAPSi.

Durante todo o tempo em que estive nesse equipamento de saúde mental, o CAPSi, a dimensão clínica sempre me instigou, tanto que por vezes partiam de mim indagações frente às práticas que estávamos construindo. A clínica realizada ali me convocava, eu realmente me interessava pelo modo como aqueles sujeitos se enlaçavam ou não aos outros e desejava escutar o que estava em questão para tais sujeitos, atentando para possibilidades que comportassem o desejo. Fazia também, constantemente, um convite a pensar a clínica, pois é nesse lugar de *fazer uma clínica, a clínica psicanalítica*, que sempre encontrei meu *lugar* profissional.

A partir de meu trabalho clínico, na clínica da infância e da adolescência com impasses no laço com o outro (autismos, psicoses), me vi atravessada por questões relativas à direção de tratamento e à posição do analista nestas cenas. Essas questões já me acompanhavam de longa data, mas se impuseram de modo decisivo a partir de meu trabalho como psicóloga em um CAPS infantil.

As interrogações frente ao posicionamento nesta clínica atravessaram-me de modo mais consistente no encontro com Daniel<sup>3</sup>. Esse sujeito apresentava particularidades no laço com os outros, peculiaridades estas que apareciam no manejo do próprio corpo, seu cheiro, seu acesso ao outro, provocando reverberações múltiplas em todos ao redor. Essas singularidades compareciam de diversas maneiras, mas destaco seu interesse particular por comer, expresso em momentos em que comia sem parar e que também comia as fezes.

Resgato aqui a cena em que se instaurou a pergunta dessa pesquisa, ocorrida no momento de discussão do Projeto Terapêutico Singular-PTS de Daniel, na qual me detive em pensar como poderíamos barrar o comportamento de Daniel de comer as fezes incessantemente. Diante de minha intensa mobilização com o propósito de pensar manejos para barrá-lo, fazê-lo

---

<sup>3</sup> O nome do usuário foi alterado a fim de preservar sua privacidade.

parar, uma das profissionais lançou-me a seguinte questão: “*Carol, por que Daniel não pode comer cocô?*”.

Após responder lançando mão de universais como “*A gente não come cocô*”, formulei que não queria que ele fizesse tal coisa na minha frente. Mas, a discussão seguiu na insistente pergunta sobre o que direcionava o PTS de Daniel. A questão que insistia: “*Por que Daniel não pode comer cocô?*”. A insistência da pergunta se fez insistência em mim e diversas inquietações irromperam na forma de interrogações acerca dos operadores clínicos presentes na construção de um Projeto Terapêutico Singular e mais, acerca da minha posição na construção do PTS de Daniel. Abriu-se, então, um leque de questões retomando de forma insistente a questão do PTS e o desejo: o PTS era destinado a quem? Comportava os desejos dele? Como construir um PTS que comportasse o desejo de Daniel? Como saber de seus desejos?

Fui fisgada por tais interrogações que reverberaram em minha prática clínica de modo contundente. Indagações diversas tomaram corpo, como as relacionadas à posição do analista na clínica com estes sujeitos que exibem particularidades, estranhamentos no laço com o outro e o modo de direcionar a escuta no sentido de ouvi-los na singularidade em que seus modos de gozo compareciam, instalando possibilidades discursivas que contemplassem os diferentes arranjos e invenções próprias do sujeito para lidar com seu sintoma.

Destacamos que nossa intenção nesta pesquisa, ao trazer esta vinheta clínica, não é fazer um estudo de caso percorrendo a história do sujeito e os romances familiares, mas sim através de questões que decorreram de cenas clínicas formular interrogações e articulações possíveis para se pensar a questão do desejo na psicose. Resgatamos a história do sujeito, mas na direção de construir um caso clínico podendo nos localizar em relação à seguinte questão: que sujeito era esse? Esse fragmento clínico nos é fundamental, pois a questão que instaura tal pesquisa deriva-se do encontro clínico com esse sujeito sendo descrita em termos das questões referentes a constituição de PTS que tenham como norte a dimensão do desejo na psicose.

Essas perguntas também atravessam a minha prática a partir de questionamentos que pude lançar sobre a construção da Política Nacional de Humanização – PNH, que culminam na diretriz que estabelece o PTS como balizador do trabalho no SUS. Essa política direciona a atuação de vários equipamentos de saúde pública, enfatizando que o cuidado deveria se estabelecer na perspectiva do sujeito, em um processo contínuo coproduzido, envolvendo o sujeito e a equipe, preconizando o fazer junto. Aqui uma questão já se instalava: como sustentar essa produção singular diante de casos tão complexos nos quais essa possibilidade de construir juntos parecia impossível? Como pensar a dimensão clínica nestes serviços?

Problematizamos os entraves que tal proposta pode impetrar na direção da burocratização da clínica, pois ao alocar o PTS como um procedimento a ser cumprido, pode-se cair no equívoco de gerar uma automação do processo, burocratizando-o e, sendo assim, podendo-se deixar de cumprir sua proposta de uma construção clínica compartilhada, perdendo o sujeito de vista. Então, como fugir ao engodo da burocratização da clínica que tais direcionamentos podem produzir?

Nesse intuito a proposta que defendemos nessa pesquisa é de sublinhar o singular que finaliza o termo PTS: Projeto Terapêutico *Singular* – de modo que o acento recaia sobre o singular e que qualquer proposição de um projeto parta desta direção, ou seja, o singular figura-se antes de qualquer projeto. O projeto vem depois. Consideramos que, ao propor o acento no singular, rompemos com a possibilidade de burocratizar essa diretriz da política pública, instituindo a escuta como balizadora da clínica, no sentido de se inventar, criar uma proposta singularizada de cuidado. Sabemos que, muitas vezes, tal escuta não é fácil e o acesso ao desejo não se faz de modo simples, mas assinalamos os efeitos que já se produzem ao apostar no psicótico como desejante, considerando a singularidade em que seu desejo se apresenta.

Lacan (1958-1998), em seu texto “A direção de tratamento e os princípios do seu poder”, nos adverte quanto as relações de poder: “Pretendemos mostrar como a impotência em sustentar autenticamente uma *práxis* reduz-se, como é comum na história dos homens, ao exercício de um poder” (p. 592). Segue marcando a posição da psicanálise no que se refere à esta questão: “**O psicanalista certamente dirige o tratamento.** O primeiro princípio desse tratamento, o que lhe é soletrado logo de saída, que ele encontra por toda parte em sua formação, a ponto de ficar por ele impregnado, **é o de que não se deve de modo algum dirigir o paciente**” (p. 592, grifo nosso).

A questão que se coloca aqui é a ruptura com proposições de tratamento que produzem a sujeição do sujeito ao outro, culminando em relações de poder nas quais a subjetividade perde espaço. Factualmente, na história da Saúde Mental, já tivemos notícias dos efeitos devastadores de tais propostas. Concordamos com Viganó (1999) ao apontar que “Uma reabilitação só pode ter sucesso na condição de seguir o estilo que é sugerido pela estrutura subjetiva do psicótico” (p.40) propondo, então, uma “espontânea habilitação”, que se direcione a partir daquilo que é singular a cada sujeito. Desse modo, rompemos com o risco de engendrar novas cronicidades a partir de tratamentos sem fim, que se destacam pelo viés assistencialista, pois “A cronicidade é uma adesão a um programa de vida imposto, decidido fora de qualquer expressão subjetiva. O risco é de se passar da exclusão à segregação [...]” (p. 39-40).

Assim, retomo a interrogação norteadora desta pesquisa: como construir o PTS que tenha como norte a dimensão do desejo? E, especificamente, como construir PTS que tenha como norte a dimensão do desejo com sujeitos psicóticos?

Para destrinchar essas questões, seguimos na articulação com a psicanálise, ponderando o propósito da singularidade que comparece nesta clínica, visando que aquilo que é primordial na psicanálise, a escuta do sujeito em sua radical singularidade, conecte-se com a premissa do SUS, da centralidade do cuidado no sujeito. Não sem as ressalvas que as diferentes leituras de sujeitos produzem (na saúde pública estamos no campo do sujeito de direitos e na psicanálise estamos no campo do sujeito do inconsciente<sup>4</sup>), configurando-se como um aporte importante, destacando a dimensão política do trabalho com os sujeitos em sofrimento mental.

Essa dimensão política é urgente no sentido de conferir visibilidade ao trabalho produzido na Saúde Pública, enfatizando a potência do trabalho realizado no SUS. Em tempos tão pungentes de ataque às diferenças e desmonte desta proposta, ilustrados, entre outras ações, pela alteração promovida na política de saúde mental em dezembro de 2017, divulgada de forma resumida pela Nota Técnica<sup>5</sup>, narrar os desdobramentos da clínica que se produz no SUS é fundamental.

No bojo destas questões resgatamos a proposta freudiana de construção do caso clínico como balizadora para esta pesquisa, no intuito de, a partir de um caso clínico e sua história de cuidado em um equipamento de saúde mental, assinalar a sustentação da singularidade como norte, apresentando o trabalho que se produz na esfera pública. Situamos, então, a psicanálise como baliza na afirmação do caráter singular que norteia tais serviços.

Nesse sentido, articulamos a proposta da construção do caso clínico com a elaboração de PTS. Na construção do caso clínico, a equipe constrói um saber sobre determinado caso, saber este que é formulado em conjunto, apontando um caminho possível para lidar com os impasses produzidos no encontro com os sujeitos em questão, procurando significantizar o encontro com o real que se coloca, por vezes, no encontro com tais sujeitos (VIGANÓ, 1999).

Entendemos, portanto, que a partir da construção do caso clínico seja possível se aproximar das interrogações enunciadas neste texto referentes a como saber sobre o desejo do sujeito. A partir da significantização das ações do sujeito, pode se construir leituras que singularizem o que, muitas vezes, fica apenas no campo do fenômeno em si.

---

<sup>4</sup>Essas questões serão discutidas no Capítulo II desta dissertação.

<sup>5</sup> Nota técnica Nº 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS intitulada “*Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*” (grifo nosso).

No intento de articular dois campos, a saúde mental pública e a psicanálise, iniciamos o Capítulo I, retomando o percurso da história da loucura e como foi possível o desdobramento das formas de tratamento anteriores para a política pública que se instalou. Destacaremos as bases da história da loucura delimitando seu lugar social e aquilo que sempre a acompanhou, a marca da segregação e da exclusão. “O confinamento do louco junto a outros *diferentes* produz, desde sua origem até os dias atuais, a demarcação maciça dos espaços destinados a população dos desvalidos ou desviantes sociais [...]” (ENDO, 2017, p. 57, grifos da autora).

Em seguida, apontaremos os movimentos mundiais que ecoaram reivindicações no sentido da construção de propostas mais humanitárias de cuidado. Dentre estes movimentos, destacamos dois que tiveram expressiva influência sobre o Brasil: a Reforma Democrática Italiana e a Psicoterapia Institucional Francesa. Na Reforma Democrática Italiana, a desinstitucionalização era pauta e a extinção dos manicômios ideal, tendo em Franco Basaglia a figura que representava tal posição. Na Psicoterapia Institucional Francesa, pretendia-se promover mudanças significativas nas instituições de tratamento, através da setorização do trabalho por equipes, transformando o ambiente hospitalar.

No Brasil, estes movimentos mundiais tiveram ecos nas práticas de cuidado à loucura e favoreceram os movimentos da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a Reforma Psiquiátrica (RP) no final da década de 1970, caminhando para a construção do SUS em 1990 e a edificação de uma nova proposta de cuidado, alterando o modelo de tratamento na saúde pública no que se refere à Saúde Mental. Assim, os Centro de Atenção Psicossocial-CAPS são alocados como serviços estratégicos e prioritários no cuidado a esta população, assinalando uma mudança importante na concepção que sustentava as práticas de cuidado orientadas a estes sujeitos. Temas como liberdade, singularidade e ética se firmaram como centrais nesta nova proposta de cuidado.

No segundo capítulo, apresentamos as questões que concernem a criação da infância e sua delimitação histórica, acompanharemos o surgimento das políticas públicas para essa população destacando os pressupostos que embasaram tais proposições, como a construção do sujeito de direitos. Posteriormente, apresentamos a psicanálise e suas bases epistemológicas, ética, e a formulação do sujeito do inconsciente. Finalizamos o capítulo apontando para as possíveis articulações entre os dois campos afim de resguardar a singularidade no cuidado. Ressaltamos que a psicanálise marca caminhos que se direcionam para o sujeito singular, alcançando a dimensão do desejo, expressão máxima da singularidade.

No terceiro capítulo chegamos às formulações psicanalíticas sobre as estruturas clínicas, enfatizando a psicose e posteriormente o desejo na psicose. Destaco uma questão que perpassou todo o processo de escrita: a dificuldade em situar a psicose a partir de particularidades próprias a esta estrutura e não a conduzindo a partir da neurose. Essa não foi uma tarefa fácil sendo, porém, imprescindível, já que nessa pesquisa a psicose é apresentada desde uma posição ética e não pode ser definida com base na primazia da neurose. Como poderíamos sustentar a posição do desejo na psicose tomando-a a partir do que ela não é, da neurose?

Para escapar a essas armadilhas, apresentamos as estruturas clínicas a partir dos desdobramentos da linguagem, ressaltando a relação que cada estrutura, (e a psicose em especial), estabelece com a linguagem, delineando-as a partir da afirmação e negação primordial – *Bejahung-Ausstossung*.

O que se apresenta nesse duplo movimento é o par afirmação/ expulsão em que se esboça o interno e o externo. Na afirmação, o sujeito localiza as percepções que serão lidas simbolicamente e exclui as percepções que não farão parte de suas representações e essa exclusão forma o real. Assim, configura-se primeiro a afirmação e introjeção das percepções, a partir das representações e, posteriormente, o que não pode ser simbolizado é expulso. Falamos, então, do momento mítico de constituição do sujeito, contemplando a negação, pois é a partir das respostas à castração que temos notícias da escolha da estrutura, ponderando as defesas que cada sujeito formula à castração e que engendram a referida estrutura.

Na neurose e na perversão a *Bejahung* é inscrita simbolicamente, e desse modo ocorre a simbolização da castração. *Ausstossung* é preservada e a *Bejahung* se inscreve, considerando que esta se define como a condição para a entrada na ordem simbólica, uma admissão em nível simbólico.

Na psicose, o que está em questão é a forclusão (*Verwerfung*) da castração, não há inscrição no simbólico da afirmação primordial, o significante primordial é rechaçado sem deixar nenhuma simbolização. Portanto, o sujeito não é marcado pelos desdobramentos da Metáfora Paterna e o simbólico não opera como tal (LACAN, 1957/1958-1998).

Nesse sentido, as estruturas clínicas são delineadas a partir da inscrição na linguagem. As estruturas se delineiam a partir da falta estrutural que emerge com a inscrição do sujeito na linguagem. A ordem simbólica é anterior ao sujeito, e as estruturas se orientam a partir da inscrição na Lei simbólica. Uma Lei que não precede o desejo, mas promove a junção da Lei ao desejo que é anterior a ela. “Mediante o que fica ainda mais acentuada do que revelada

a verdadeira função do Pai, que é essencialmente unir (e não opor) um desejo a Lei” (LACAN, 1960-1998, p. 839).

Ao caminhar por esta direção teórica, nos afastamos da possibilidade de situar o Édipo como operador que instaura o desejo, como se ele se produzisse a partir das ressonâncias deste, o que situaria o psicótico fora da dimensão do desejo. Lacan (1948-1998) nos adverte que o desejo é causado pela linguagem, e está relacionado a um vazio que está remetido a relação com a Lei original: “[...] O desejo que se apresenta como autônomo em relação a essa mediação da lei, por ser no desejo que ela se origina” ( p. 828).

Lacan (1958/1959-2016) coloca que o desejo está relacionado ao impulso vital e à libido. Apresenta-se como insondável, aquilo que não pode ser dito, não pode ficar preso em definições, pois é o que escapa a qualquer esforço de capturá-lo. “[...] o desejo é a metonímia da falta a ser” (LACAN,1958-1998, p. 629). “[...] E está aí, é a partir daí que todo desejo possível está, de alguma maneira, obrigado a esse tipo de desvio irreduzível [...] que faz com que o desejo deva incluir em si o vazio, esse buraco interno especificado na relação com a Lei original” (LACAN, 1961/1962-2003, p. 206-207).

Na articulação do desejo com a psicose dialogaremos, além de Lacan, com Soler e Quinet nesta empreitada e de modo mais enfático com De Battista, que em seu trabalho de 2015/2017<sup>6</sup> dimensiona a querela do desejo na psicose como central, ligando esta questão a posição ética da psicanálise e da função do desejo de analista.

A autora nos brinda com ancoragens teóricas em que se evidencia que a questão do desejo nunca fora atrelada apenas à neurose e à perversão, resgatando o que no ensino de Lacan teve papel central – o desejo, “Pois o paradoxo do desejo não é privilégio do neurótico, tratando-se, antes, de que ela leve em conta a existência do paradoxo em sua maneira de confrontá-lo” (LACAN 1958-1998, p. 644). “Ni Freud ni Lacan consideraron que el deseo fuera propiedad exclusiva del neurótico. [...] Esta concepción deja al psicótico en lugar de objeto de goce del Otro y dificulta la posibilidad de pensar su participación subjetiva en aquello de lo que sufre” (DE BATTISTA, 2017b, p. 126).

De Battista (2017a) assinala também os impasses que pesavam sobre a psicanálise nas interrogações com relação à sustentação do trabalho analítico com psicóticos ao se direcionar pela neurose, alocando a psicose apenas por aquilo que lhe falta, remetendo a impossibilidade de tratamento do psicótico, assinalando os perigos de se desconsiderar o psicótico como sujeito: “[...] **una clínica diferencial de las psicosis que no toma en cuenta la**

---

<sup>6</sup> “El deseo em las psicosis” – 2º – Buenos Aires – Letra Viva, 2017. Por la primera edición: © 2015, Letra Viva, Librería y Editorial.

**posición subjetiva del ser está más cerca de una clínica psiquiátrica que de una clínica psicoanalítica” (DE BATTISTA, 2017a, p. 80, grifo nosso).**

Reinscribir al sujeto psicótico en la gama de las “posiciones del ser” es un gesto necesario para que la apuesta a una cura sea posible, aún cuando implique confrontarnos con una posición que por momentos rechaza la impostura paterna y el inconsciente. La lógica mecanicista pone en valor la acción de la estructura más que la posición del sujeto como respuesta de lo real o elección sobre el goce, y lleva a negarle al psicótico el estatuto de sujeto o a ocultar su posición ética, que Lacan ha relevado como “elección de la libertad”, “insondable decisión del ser”. **Excluir la dimensión del sujeto implica dejar al psicótico por fuera de la ética del psicoanálisis.** “La psicosis” se vuelve así un objeto de estudio, para Lacan eso tiene un nombre: recaer en la posición psiquiátrica (DE BATTISTA, 2017a, p. 80, grifos nossos).

Nesse sentido, desloca a questão da existência ou não do desejo na psicose para o que poderia ocupar a posição de suplência frente a um desejo que não foi metaforizado pelo Nome-do-Pai, acentuando que não há na obra de Freud e de Lacan um referente quanto a ausência de desejo na psicose:

[...] a relação do desejo do sujeito com o desejo do Outro é dramática, na medida em que o desejo do sujeito tem de se situar perante o desejo do Outro, o qual, no entanto, o aspira literalmente e o deixa sem recursos. **É nesse drama que se constitui uma estrutura essencial não só da neurose, como de qualquer outra estrutura analiticamente definida** (LACAN, 1958/1959 - 2016, p. 455, grifo nosso).

Como vimos, Lacan não particularizou a questão do desejo restrita apenas à neurose e à perversão, mas como condição essencial para todas as estruturas, considerando as particularidades próprias a cada uma delas, “No renuncia a situar la posición del deseo en las diferentes estructuras, habría entonces diferentes formas del deseo y distintas estructuraciones subjetivas” (DE BATTISTA, 2017a, p. 172). A questão não se centraria, então, sobre a existência do desejo na psicose, mas quais os caminhos que o sujeito constrói para sustentar seu desejo. Interessa-nos, aqui, indagar quais as invenções que o sujeito constrói na direção de sustentar seu desejo.

Lacan (1958-1998) assinala a importância de se ouvir a posição subjetiva dos sujeitos, destaca isso na psicose propondo que o analista se posicione em “[...] uma submissão completa, ainda que advertida, às posições propriamente subjetivas do doente [...]” (LACAN, 1958-1998, p. 540), marcando a importância de ouvir o sujeito aludindo à posição discursiva do sujeito como um modo de localizar a estrutura em questão.

Nossa articulação guia-se pelas formulações de Lacan sobre a centralidade do desejo na direção de tratamento e propomos que a direção de tratamento na psicose também

esteja balizada pelo desejo. Esse caminho foi formulado na intenção de sublinhar a invenção particular que o sujeito poderá construir para sustentar seu desejo, criando amarrações possíveis que o suportem. Deste modo, nos distanciamos de propostas que estabelecem uma relação de poder situando o sujeito psicótico numa relação de sujeição com o profissional e apontamos para a dimensão inventiva em questão.

Para embasar essa discussão sobre a direção de tratamento nas psicoses, no Capítulo IV apresentamos um fragmento clínico que dialoga com as construções teóricas apresentadas. Para tanto, discorremos sobre os diferentes posicionamentos do analista na clínica das psicoses. Iniciamos nossa incursão pela posição de secretário do alienado, acompanhando o sujeito, testemunhando sua existência e, depois, articulamos os desdobramentos do analista na posição de guardião do gozo, limitando o gozo. Apontamos importantes questões formuladas por De Battista (2017a; 2017b) sobre os impasses de tal posicionamento do analista, no sentido de criar uma dependência no sujeito que precisaria da figura do analista para limitar o gozo, constituindo-se em tratamentos pela vida toda.

Apresentamos as formulações de Lacan (1975/1976-2007) sobre o *sinthoma*, destacando-o como uma invenção própria do sujeito que lhe permite criar possibilidades para lidar com seu modo de gozo, um saber-fazer com seus sintomas. Assim, o *sinthoma* é pensado como cifra do real, letra de gozo enodando os registros.

Nesse sentido Abramovith e Castro (2013) destacam que, ao formular o *sinthoma*, Lacan aponta para as possibilidades de o sujeito construir enodamentos entre os três registros criando amarrações possíveis:

E, no *Seminário O Sinthoma* (1975-6), aprendemos com Lacan sobre as múltiplas possibilidades de um sujeito “amarrar as suas rodinhas”, mesmo no âmbito da forclusão do Nome-do-Pai, pois é possível amarrações não-borromeanas. “O de que se trata em psicanálise é de amarrações e desamarrações, enlaces e desenlaces” [...] (ABRAMOVITH E CASTRO, 2013, p. 109, grifo dos autores).

Assim, chegamos à dimensão do saber-fazer: “Só se é responsável na medida de seu *savoir-faire*” (LACAN, 1975/1976-2007, p. 59). Lacan (1975/1976-2007) associa o que o sujeito produz com seu saber-fazer com o artifício: “O que é *savoir-faire*? É a arte e o artifício, o que dá à arte da qual se é capaz um valor notável, porque não há Outro do Outro para operar o Juízo Final. Pelo menos sou eu quem enuncio assim” (p. 59). Destacamos que, antes de iniciar as discussões acerca da direção de tratamento na psicose, nos detivemos nos desdobramentos da ética da psicanálise que se articulam com o saber-fazer próprio de cada sujeito, a ética de bem dizer do sintoma.

Ao longo do Capítulo IV, acompanhamos uma vinheta clínica que nos permite articular as questões teóricas percorridas com o que se desenvolveu na clínica no percurso de cuidado de um sujeito em um CAPSi. Ressaltamos que foi a partir deste encontro clínico que a questão do desejo se acendeu como questão para esta pesquisa. Acompanhamos Daniel na invenção de laços possíveis com os outros, com a comida, a partir da assunção dele em uma posição desejante.

Nesse sentido, Pacheco-Filho (2015) assinala a posição do analista na direção de tratamento,

[...] a partir de nosso posto de resistência: confrontados com a impossibilidade de dizer toda a verdade do desejo, e recusando-nos ao lugar de aliados do supereu, restou a nós, psicanalistas, escapar de uma “ética do bem” por meio de uma “política de bem-dizer o sintoma”. É desse lugar que nos esforçamos para acompanhar o sujeito, em sua busca para encontrar algo com que possa “se virar”, quando se acostumar à sua condição de estar lançado no mundo à sua própria sorte e por sua própria conta e responsabilidade. Condição esta que comporta algo do confronto com a solidão, mas que lhe possibilite tecer laços sociais relevantes e significativos com outros falantes esparsos disparatados. *E é também nesse lugar que nos postamos para acompanhá-lo na construção do que decidir fazer, se vier a assumir seu próprio desejo e se arriscar encontrar uma maneira de aprender a “se virar” (“savoir y faire”) com seu sintoma* (PACHECO-FILHO, 2015, p. 92-93, grifo nosso).

É deste lugar que nos posicionamos, direcionados pelo desejo na defesa da radical singularidade dos sujeitos, e é a partir dessa posição que articulamos a tessitura dos PTS a partir da dimensão do desejo. Atualmente, sustentar as ancoragens possíveis para a clínica dos sujeitos em intenso sofrimento psíquico se constitui em um ato de resistência frente ao movimento maciço de extinção das diferenças. Figurar o psicótico como um sujeito desejante é tomá-lo em uma posição ético-política, referido a uma amarração estrutural e não um desvio, instaurando o psicótico como um sujeito que tem um saber e, portanto, alguém que pode ser sujeito na construção de seus projetos.

Essa igualdade de planos é, precisamente, a única maneira de fazer oposição à “segregação política da anomalia”. E significa também, independentemente dessa postura ética perante o psicótico, que a psicose pode nos ensinar algo quanto ao que Lacan chama de ordem do sujeito, e é por isso que temos motivos para nos interessar por ela (SOLER, 2007, p. 13).

Quinet, (1951-2006) ressalta ainda que a inclusão do sujeito na psicose é uma questão ética: “Tratá-lo como sujeito e fazê-lo responsável, sujeito de direito – o que se opõe a tratá-lo como objeto de observação, cuidados. É, pois, uma questão ética” (p. 9).

Concordamos com De Battista (2017a) que ao retomar, no ensino de Lacan, a existência do desejo na psicose, caminhamos na direção de marcar as “incidências clínicas e políticas” que a reintrodução desta questão assinala, instaurando-se como ponto de resistência à massificação dos sujeitos, ressaltando a singularidade essencial para a construção dos laços sociais. Lacan (1977) nos convoca a não recuar diante do sujeito psicótico, situando-o em uma posição ética, sustentando uma direção de tratamento que vise o sujeito do desejo e rompa com a dependência que determinados tratamentos produzem ao se colocar o psicótico como objeto de cuidados e não como sujeito. “[...]a premissa de que, por maior que seja o prejuízo orgânico ou psíquico, não se deve desistir do sujeito. É essa, portanto, a direção que seguimos, sob a orientação do ensino de Jacques Lacan” (ABRAMOVITH, 2000, p. 3).

Caminhamos, então, na defesa da radical singularidade dos sujeitos, em um ato de dimensões políticas, que especialmente neste momento nos convoca a sustentar espaços em que a singularidade seja a premissa fundamental, rompendo com movimentos de aniquilamento das diferenças. Nessa perspectiva, a psicanálise responde a essa convocação a partir de sua posição ética, situada na defesa do sujeito e sua singularidade. Logo, nada mais genuíno que o desejo.

Finalizo destacando o que Endo (2017) nos diz sobre a relação do desejo e a pesquisa:

[...] o trabalho de pesquisa revela um *desejo* no pesquisador -clínico, no qual foi despertada uma *paixão*, naquilo que de *misterioso-estranho* revelou-se no encontro-clínico e que logo de início lhe foge ao alcance. No cotidiano da clínica, na relação com o paciente, ele vive as transferências produzidas e o manejo das resistências mútuas, depois da escritura do caso reedita as angústias do material que restou encoberto. Quando decide enfim, tornar tudo isso pesquisa, ele experimenta a vivência de *confins que* alia a vastidão do trabalho clínico á do livre pensar do pesquisador. A sua busca a partir daí, poderia ser, de encontrar uma *margem* para se ancorar (p. 41).

Como diz De Battista (2017a) “deseo nos irriga, nos inerva, inclui essa dimensão vital” (p. 161). Seguiremos, assim, na direção do desejo.

## 2 CAPÍTULO I – PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES E O CUIDADO NA SAÚDE PÚBLICA: A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A CONSTRUÇÃO DO SUS

Neste capítulo, nos deteremos nos aspectos históricos que embasaram o cuidado à loucura e, posteriormente, à estruturação do SUS, sublinhando a edificação de uma nova política de cuidado em saúde mental com a instauração dos CAPS. A intenção não é esgotar os aspectos históricos em questão, mas, através destes marcadores, articular ressonâncias da gênese social da loucura e a implementação das políticas de saúde mental atuais, avançando até a Política Nacional de Humanização - PNH, que estabelece a construção dos Projetos Terapêuticos Singulares - PTS como estratégias de sustentação da centralidade do cuidado no sujeito.

Como nos dizem Amarante e Nunes (2018),

As políticas de saúde mental (SM) e atenção psicossocial (AP) no SUS têm relação direta com a *ideia-proposta-projeto-movimento-processo* da reforma sanitária e com a conjuntura da transição democrática e, conseqüentemente, com a construção do próprio estado democrático. Mas guardam algumas singularidades! (p. 2068).

Nesse sentido, iniciaremos o capítulo retomando, de forma breve, as diversas concepções sobre a loucura e os lugares sociais que foram se sedimentando para estes sujeitos. Discutiremos a proposta dos CAPS, sustentados pela premissa de romper com as abordagens estigmatizantes e segregadoras que permeavam as antigas práticas, marcando, a partir da proposta da atenção psicossocial e dos Projetos Terapêuticos Singulares – PTS, uma possível singularização do cuidado, uma vez que aponta a ruptura com saberes preestabelecidos acerca do que os sujeitos necessitam, interrogando-os sobre seus desejos.

Evidencia-se, ao longo da história, a exclusão dos sujeitos que apresentavam sofrimento psíquico, sendo que eram desconsiderados nas decisões acerca de seu tratamento ou mesmo do modo como iriam viver, pois considerava-se que não tinham condições de contribuir nesse processo, ou seja, o saber estava no outro, fora deles.

No intuito de romper com esta lógica, as diretrizes apontadas pela Política Nacional de Humanização - PNH, através da proposta da composição de PTS, visam posicionar o sujeito como prioritário na construção de sua proposta terapêutica, proposta de vida, sendo imprescindível que este participe e direcione seu cuidado, a partir de suas necessidades e

desejos. Nosso apontamento no texto será de sublinhar o *singular* inserido no PTS, propondo, assim, que o acento recaia sobre o sujeito e que a construção dos projetos seja posterior.

## **2.1 Breve contextualização histórica do cuidado à loucura no mundo e suas influências no Brasil**

O gesto inaugural do campo da Psiquiatria foi a inserção da loucura no campo da Medicina. Antes, porém, foi tomada em diversos campos com acepções distintas. Inicialmente concebida como assunto relacionado à magia e ao sobrenatural, passou a ser alvo da Igreja Católica, e depois se tornou assunto dos filósofos. A partir do século XVIII, foi abarcada pela Medicina como um campo próprio ao seu estudo e intervenção.

Os séculos XVI e XVII configuram-se como os primórdios da separação entre possessão e loucura, seguindo para a construção de uma especialidade particular que se inclinou sobre a loucura: a Psiquiatria. No século XVII, a busca centrou-se em encontrar um substrato orgânico para tal afecção, logo, a atenção estava toda voltada para os processos etiológicos cerebrais.

No campo da Filosofia, neste mesmo período, as postulações de Descartes tomaram a cena assinalando a separação entre razão e desrazão, estabelecendo as condições epistemológicas para a transformação da loucura em “doença mental”. Entretanto, não foram pensadas propostas de tratamento. De fato, o que estava em voga nesse momento era um desejo de saber sobre a loucura, considerando que ela deveria ser entendida racionalmente para depois ser tratada. Partindo deste entendimento, surgem os manicômios, locais destinados a receber não apenas os sujeitos ditos “loucos”, mas toda a parcela marginalizada da sociedade que produzia desestabilizações na ordem social estabelecida como, por exemplo, moradores de rua, desempregados, entre outros. A segregação em massa desses sujeitos visava sua invisibilidade, subtraindo qualquer vestígio de cidadania com a justificativa de preservar a ordem social. O direcionamento das práticas nestas instituições era de cunho religioso, sem uma proposta terapêutica de cuidado.

Endo (2017, p. 57) resgata esse movimento de encarceramento da diferença:

A exclusão da loucura alcança, desde o início, toda sorte de indivíduos diferentes capazes de gerar um sentimento de estranheza em cidadãos normais pela sua condição de miserabilidade moral ou social. Em prol das boas práticas estes devem ser confinados e mantidos a margem da sociedade. O confinamento do louco junto a outros *diferentes produz*, desde sua origem, até os dias atuais a demarcação maciça

dos espaços destinados a população dos desvalidos ou desviantes sociais[...] (Grifos da autora).

Foucault, em “História da Loucura na Idade Clássica” (1978), se dedicou a estudar este processo entendendo que a loucura já existia desde sempre e era mal interpretada e, em certa medida, foi produzida pela razão que propôs separá-la em uma entidade diferenciada. Tratava-se da questão da dominação e fabricação da loucura, destacando como os hospitais psiquiátricos se tornaram grandes laboratórios de fabricação da alienação. Apontou o papel da medicina no exercício de poder no controle dos loucos, enclausurando-os.<sup>7</sup>

Deste modo, a psiquiatria nasceu como especialidade médica, tendo como função classificar a loucura como doença mental e instaurar um local para o seu tratamento. A partir disso, o louco passa a ser conhecido como doente mental, como aquele que perdeu a capacidade de razão. Em decorrência, valida-se a exclusão e tutela pelo hospital que assume tanto a função de tratamento pautado na exclusão, como o de controle social regulado, expresso pela tutela. (TENÓRIO, 2001).

Essa situação também ocorreu no contexto brasileiro em meados do século XIX. O lugar destinado aos considerados sem razão ou alienados estava atravessado pelos interesses econômicos e políticos e foi guiado a partir destas implicações. Neste sentido, destacamos Moreira (1905-2011) ao enfatizar a preponderância das questões financeiras neste contexto norteando as condutas:

Através de todo o período colonial os alienados, os idiotas, os imbecis, foram tratados de acordo com as suas posses. Os abastados, se relativamente tranquilos, eram tratados em domicílio e, às vezes, enviados para a Europa [...]. Se agitados, punhamos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres tranquilos vagueavam pelas cidades, aldeias ou pelo campo entregues às chufas da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde barbaramente amarrados e piormente alimentados muitos faleceram mais ou menos rapidamente (p. 730).

A partir do processo de urbanização, com a instalação da família real portuguesa no Brasil, as pressões para que houvesse maior controle social dos costumes e comportamentos aumentaram, exigindo um posicionamento do poder público. Alguns desdobramentos ocorreram como, por exemplo, a prisão destes sujeitos e a internação em enfermarias dos hospitais da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, o que não caracterizava uma proposta

---

<sup>7</sup> A obra de Foucault, nesse sentido, é riquíssima e extensa. Em decorrência da breve linha histórica que pretendemos traçar nesse trabalho, não nos deteremos de forma particularizada neste autor para continuar em nosso percurso histórico, chegando na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares – PTS.

de tratamento, como o próprio nome da instituição sugere. Os alienados eram levados para os porões destas instituições e lá ficavam amarrados em regime asilar (MOREIRA, 1905-2011).

Em 1829 criou-se a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro - SMRJ, que teve como um dos seus feitos a elaboração de um relatório da comissão de salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (ODA & DALGALARRONDO, 2011). Neste relatório, denunciavam as condições da Santa Casa declarando sua ineficiência e as condições insalubres em que os pacientes se encontravam. Assim, as questões referentes a higiene pública tomaram a frente nos direcionamentos da medicina da época, que se ocupou de ditar desde o que consideravam adequado para as instituições como também estabelecer um tipo de controle sobre o modo como as pessoas viviam.

Em 1852, baseado nos moldes propostos pelo médico Philippe Pinel, o imperador D. Pedro II inaugurou o primeiro hospício exclusivo para alienados, o Hospício Pedro II, com caráter filantrópico. Posteriormente, instituições similares foram criadas em outros estados do Brasil. No entanto, somente a partir da proclamação da república estes espaços passaram a ser ocupados pelos médicos, conhecidos como alienistas, deslocando o poder e administração deste cuidado das mãos da igreja para a medicina (ODA & DALGALARRONDO, 2011, p. 131).

Salientamos os ecos do contexto mundial sobre as ações e propostas que se desenvolveram no Brasil. Neste período, buscava-se o desenvolvimento cultural, científico e, nesse bojo, a construção de uma instituição de tratamento, baseada nos pressupostos de Philippe Pinel, era parte de uma influência Europeia no Brasil. O que Oda e Dalgarrondo (2011, p. 134) nomearam como “o mandato de um letrado europeu nos trópicos”.

A partir de então, até o final do século XIX, ocorreu um intenso movimento de diversas pesquisas sobre a loucura, tornando-a um assunto complexo e com direções de estudos variadas, configurando-se como um território cada vez mais apropriado e dominado pela medicina e que refletia o espírito da época, um momento de profundas transformações.

Pinel, fundador da psiquiatria moderna, inaugura a construção de um novo status social para a loucura, ela passa a ser objeto da medicina estruturando um modo de pensar estas questões, propondo um modelo de cuidado a estes sujeitos, fundamentado no tratamento moral da loucura e também a introdução da medicação. Nesta abordagem moral, os alienados careciam de um ambiente calmo, regado, que os permitisse, através da disciplina, encontrar o equilíbrio perdido.

Esquirol, seguidor de Pinel, colaborou para a consolidação da instituição psiquiátrica como local privilegiado de tratamento dos alienados. Seguiu a linha apresentada por Pinel, que incluía o tratamento moral e medicamentoso. As articulações que elaborou sobre

a loucura e o desenvolvimento civilizatório seguiram no sentido de associar os excessos que a civilização impunha aos cidadãos e o aumento do adoecimento. (ODA & DALGALARRONDO, 2011).

Neste contexto, evidenciou-se certa visão na qual os hospícios modernos seriam a solução para a loucura, alocando-a na categoria de doença que precisava de tratamento especializado. Tal discurso produziu ecos no cenário político vigente.

Acionando-se a máquina do tempo, pode-se ver que logo o discurso dos médicos sobre os alienados será incorporado pelos políticos brasileiros, que passarão a repeti-lo durante toda a segunda metade do século XIX, enfatizando os mesmos pontos: a alienação mental será considerada enfermidade que necessita de tratamento em local especial; a assistência dada aos alienados nas províncias será sempre apontada como inadequada e desumana; se dirá que o lugar dos alienados não deveria ser entre os demais doentes, mas tampouco nas cadeias; e se registrarão pressões sociais no sentido de sua remoção das ruas e estradas (ODA e DALGALARRONDO, 2011, p. 138).

Os efeitos produzidos pelas guerras do século XX modificaram as relações e a humanização entrou em pauta. O cenário que se apresentava era um grande contingente de soldados que necessitavam de cuidados, era preciso construir alternativas propondo um cuidado a estes sujeitos. No início da década de 1950, surgiram as comunidades terapêuticas na Inglaterra. Tomando-se os direcionamentos de Maxwel Jones, estas passam a ser instituídas em diversos países com contextos específicos para sua fundação, nas quais procurava-se estabelecer uma terapêutica para o cuidado de sujeitos adoecidos.

Na década de 1960, surgiram diversos movimentos (Reforma Inglesa, Psicoterapia Institucional Francesa, Reforma Democrática Italiana, entre outros) que interrogavam as práticas realizadas nas instituições, como os hospitais psiquiátricos, e propunham mudanças nas formas de tratamento. “Tais modelos punham em questão o valor iatrogênico e socialmente excludente das instituições totais e propunham a reorganização do sistema de assistência” (SAAD *et al.*, 2015, p. 25). Dentre esses movimentos, destacaremos a Reforma Democrática Italiana, com o movimento da desinstitucionalização, e a Psicoterapia Institucional Francesa, pois tais movimentos tiveram forte impacto na Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A Reforma Democrática Italiana, trazia como questão a desinstitucionalização dos pacientes e a extinção dos hospitais psiquiátricos apontando para a construção de outros espaços de cuidado destinados a sujeitos em sofrimento psíquico, reintroduzindo-o nos cenários sociais próprios da vida em sociedade, superando a ideia do tratamento moral e o enclausuramento. Temos como grande expoente dessa questão Franco Basaglia.

A extinção total dos hospitais psiquiátricos foi um marco dessa política: promoveu uma completa reestruturação dos equipamentos de saúde e possibilitou o estabelecimento de novos locais de vida, tais como cooperativas de trabalho, residências assistidas, equipamentos de saúde 24 horas, entre outros aspectos (SAAD, *et al*, 2015, p. 25).

Na França, a partir dos direcionamentos construídos pelas comunidades terapêuticas, houve um reordenamento das instituições a partir da setorização da assistência em saúde, definindo equipes centralizadoras do cuidado. Essa proposta tinha como norte a transformação do ambiente institucional “[...] experimentando, assim, a possibilidade de retirar os pacientes da inércia institucional, transformando a instituição em um local de convivência e reaprendizagem da vida coletiva” (SAAD, *et al*, 2015, p. 26).

Estes movimentos apontavam para a necessidade de repensar as práticas e as concepções de saúde e doença e influenciando os modelos de cuidado implementados no Brasil. Contudo, é interessante considerar a lacuna que houve desde o início de tais modificações nas concepções e terapêuticas e sua inserção no contexto brasileiro.

## **2.2 A Reforma Sanitária Brasileira, a Reforma Psiquiátrica e a construção do Sistema Único de Saúde**

No Brasil, estes movimentos mundiais tiveram ecos nas práticas de cuidado à loucura e favoreceram os movimentos da Reforma Sanitária Brasileira - RSB e a Reforma Psiquiátrica - RP no final da década de 1970. As atrocidades da guerra, somadas ao modo violento e excludente de cuidado proposto nos hospitais psiquiátricos – ainda baseados na terapêutica moral, asilamento, tutela, vigilância constante e abandono – impulsionaram os questionamentos e indignações de trabalhadores, familiares e usuários surgindo, assim, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM, mais tarde conhecido como o Movimento da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005). Além de questionarem as condições e práticas de cuidado, indagavam sobre o lugar atribuído a estas pessoas que se encontravam, no que Saad *et al* (2015, p. 25) chamaram de “desajuste social”.

Paralelo a isso, a RSB caracterizou-se como um movimento pela democratização da saúde, dimensionando-a como pauta política que encontrava repercussão no momento social em que o Brasil vivia. Paim (2008) refere que este momento trazia a efervescência dos novos sujeitos sociais produzidos nas lutas contra a ditadura. Tal movimento foi aquiescido por diversas camadas populares, profissionais de saúde, estudantes e professores universitários.

Ao se conceber a Reforma Sanitária como um “longo processo”, vinculado à democratização da saúde, apontava-se para a sua natureza política, conseqüentemente a sua subordinação às conquistas da sociedade no que se refere à democracia e à saúde. Ao se reconhecer, por outro lado, os obstáculos vinculados à cultura e à estrutura de poder da sociedade brasileira, que se manifestavam mediante “interesses eleitorais e clientelistas”, sugeria-se que a ruptura ou superação teria um preço a pagar: não seria suave, nem indolor (p. 156-157).

Segundo Pittá (2011), o contexto político em questão exprimia pautas de diversos movimentos sociais, a partir de estratégias distintas, com o objetivo de transformar a política e as instituições que tinham como base, práticas desumanas. Assim se deu o processo de democratização no país.

Arrouca (1988) destaca a Reforma Sanitária como um “processo de transformação”, alcançando quatro dimensões, quais sejam: Dimensão Específica que foca a dinâmica do fenômeno saúde-doença; Dimensão Institucional, abrangendo as instituições que atuavam no setor público, beneficente e privado; Dimensão Ideológica, com mudança nas concepções, valores, preconceitos e juízos sobre a situação sanitária e a Dimensão das Relações, entendendo que as diferenças na produção, distribuição e apropriação de bens e riquezas se relacionam ao processo saúde-doença (p. 157).

A partir de então, começaram a organização de eventos que favoreceram o diálogo e o fortalecimento destes movimentos. Em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS, evento no qual se definiram as bases do projeto de Reforma Sanitária Brasileira, orientados pela redefinição do conceito de saúde; a criação do Sistema Único de Saúde - SUS; e a superação do paradigma *DOENÇA-CURA* pelo paradigma *EXISTÊNCIA-SOFRIMENTO*. (COSTA ROSA, LUZIO & YASSUI, 2003, grifo nosso).

Pittá (2011) nos lembra que a primeira conferência de saúde mental realizada em 1987 configurou-se como

Primeiro exercício democratizante na definição da política de saúde mental para o país, a I Conferência representa, portanto, o início do desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de se lidar com a loucura e a prescrição da desinstitucionalização como estratégia de reversão da exclusão dos loucos da cena pública (p. 4283).

Um outro evento de grande impacto neste contexto foi a Conferência de Caracas (Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina), realizada em 1990. Hirdes (2009) salienta que foi um importante marco histórico para a saúde mental, possibilitando mudanças nos diferentes níveis de governo a partir do documento elaborado no final do encontro, a Declaração de Caracas. Com ele, houve um compromisso do

Brasil e dos países da América Latina em reestruturar a assistência psiquiátrica e rever o modelo hospitalocêntrico de cuidado, garantindo os direitos civis e a dignidade das pessoas em sofrimento psíquico e realçando o cuidado comunitário.

Neste caldo de cultura, questionamentos, processo de democratização e mudanças, a Reforma Psiquiátrica apresenta-se como um complexo processo perpassado por um conjunto de forças distintas, repercutindo nas esferas políticas, econômicas e sociais. Instaura-se com caráter inovador, provocando um repensar nas práticas profissionais e nos territórios de vida dos sujeitos em sofrimento. Propunha alternativas terapêuticas que rompiam com a visão manicomial e excludente. A composição de tratamentos, pautados pela ética do respeito à diferença, do cuidado em liberdade e do acolhimento das diferentes possibilidades subjetivas, tornou-se pauta fundamental, modificando o lugar social ocupado até então por estes sujeitos (AMARANTE & NUNES, 2018, p. 2070; BRASIL, 2005).

Nesta direção, Bichaff (2006) afirma que as práticas pautadas nos preceitos da Reforma buscavam outras formas de encarar a questão da loucura e seu consequente tratamento. Muito além da desorganização dos espaços físicos, o que estava em jogo era a produção de novas respostas na relação de cuidado com a pessoa “louca”. Relação esta que passa a priorizar o restabelecimento dos direitos de cidadania, não apenas do profissional com o “louco”, mas da sociedade com a loucura e, assim, possibilitar novas formas de participação social.

Instaurou-se uma mudança nas práticas existentes, remodelando-as. No entanto, a edificação de uma rede substitutiva que sustentasse essa nova proposta de atenção comunitária construiu-se a passos lentos, tendo o respaldo da Constituição de 1988 e a criação do SUS, como também das Conferências Nacionais de Saúde Mental, Encontros e Congressos de Trabalhadores de Saúde Mental, Portarias Ministeriais e a Lei 10.216/2001 (DEVERA & COSTA-ROSA, 2007).

Enfatizamos que a questão da loucura foi também pensada enquanto uma questão cultural, neste sentido as articulações com as esferas culturais e sociais eram inevitáveis.

Trata-se da concepção de que, se o objeto da mudança seria no âmbito da cultura, das práticas culturais, a estratégia também deveria ser cultural. Surge aí a proposta de trabalhar com a cultura como meio e como fim. A utilização da arte e da cultura, para além de recurso meramente terapêutico ou auxiliar da clínica, passou a assumir a dimensão de produção de subjetividade e de vida. Nesta linha de atuação, o processo de RP é tomado por um enorme contingente de iniciativas artístico-culturais no sentido de promover transformações no imaginário social e nas práticas discursivas sobre loucura, diversidade e diferença (AMARANTE & NUNES, 2018, p. 2071).

### 2.2.1 A construção do Sistema Único de Saúde- SUS

Em 1988, foi promulgada a segunda Constituição no país e, nesta, a saúde foi postulada como um dever do Estado e direito dos cidadãos. Além disso, o SUS foi consolidado. Um Sistema Único, de caráter público, que oferece uma rede de serviços em cada esfera de governo, com mandato único e sob o controle social dos seus usuários (BRASIL, 1990). No artigo 198 da Constituição, o SUS é definido como um serviço que oferece ações de cuidados público, por meio de uma rede hierarquizada e regionalizada que segue as seguintes diretrizes: *“I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade”* (BRASIL, 1990, p. 4, grifo nosso).

No entanto, ressaltamos que o SUS foi regulamentado dois anos depois pela Lei Orgânica da Saúde, Lei Nº 8080/90, que define o modelo operacional do SUS. O SUS foi instituído como política de Estado – Estado democrático de direitos –, com a premissa da SAÚDE como direito de todos e dever do Estado. Para tanto, ele é composto por princípios doutrinários como a Universalidade do acesso, que se refere à garantia de cuidados a todos e quaisquer cidadãos, independente de sexo, raça, renda, ocupação, entre outras questões; Equidade do cuidado, que se refere à igualdade na oferta de serviços para todos os usuários, de acordo com suas necessidades; e Integralidade das ações, que se refere à visão do sujeito como um todo e, para tanto, a oferta integral de cuidados.

O SUS apresenta também princípios estratégicos, quais sejam: Descentralização, por meio da municipalização das ações de saúde; Controle Social, com a participação efetiva dos usuários dos serviços de saúde; e a Hierarquização, com a articulação das esferas de cuidado para ações contínuas e serviços preventivos, individuais e coletivos, particularizado para cada usuário, fato que se configurava como uma mudança de paradigma em relação ao processo saúde-doença. Assim, é único porque segue a mesma doutrina e princípios na organização dos cuidados em todo o território nacional (BRASIL, 1990).

Além disso, o SUS tem por objetivo controlar e fiscalizar procedimentos, transporte e armazenamento de substâncias e produtos que se relacionam à saúde da população como medicamentos, alimentos e equipamentos. Também executa ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, saúde do trabalhador, bem como organiza a formação de recursos humanos para trabalhar no Sistema, participa na formulação de política e execução de ações para o saneamento básico e fomenta estudos tecnológicos e científicos (BRASIL, 1990).

Amarante e Nunes (2018) enfatizam que a inclusão dos princípios e diretrizes do SUS na Constituição favoreceu o desenvolvimento de políticas municipais de saúde com mais autonomia pelos municípios que passaram a vislumbrar uma nova perspectiva. Nas diretrizes do SUS, encontramos uma proposta que dialoga com os objetivos desta pesquisa, pois se configura centrada no sujeito sob o qual incide o cuidado (ainda que com diferenças importantes em relação ao sujeito da psicanálise<sup>8</sup>). Considerando-o como um ator fundamental em seu processo de cuidado e não apenas como aquele sujeito passivo que recebe as ações pensadas para a cura de sua doença (PACHECO, 2013, p. 86).

### **2.3 Reabilitação Psicossocial e a construção da Rede de Atenção Psicossocial: o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS**

Em relação à saúde mental, o SUS implementou uma rede substitutiva para direcionar o cuidado aos usuários em sofrimento psíquico. Neste sentido, temos duas experiências inaugurais que foram marcos importantes para este processo: a criação do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS Itapeva) e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos/SP. Ambos emergiram a partir de um pensamento crítico em relação ao asilamento da loucura, embasados pelos conceitos de institucionalismo, instituição total e poder institucionalizante. Este processo ganhou força no final de 1978 e, em 1980, configura-se a perspectiva de serviços que se direcionariam a partir de práticas de cuidado inovadoras (AMARANTE & NUNES, 2018).

Pittá (2011) enfatiza a importância da inauguração do CAPS Luiz Cerqueira, situando-o como um marco inaugural de uma proposta de cuidado que

Considera o sujeito em sofrimento como estruturante de uma “clínica ampliada” que o articula no seu território e não o enclausura para tratá-lo. Tal clínica teve na psicanálise, no uso racional dos psicofármacos e nas práticas de inclusão social, o seu tripé de funcionamento (p. 4584-85).

Os CAPS se distinguem pela possibilidade de oferecer outra modalidade de tratamento (intensivo) aos sujeitos que apresentavam questões psíquicas, de modo a romper com a cronificação que o tratamento ambulatorial produzia ou mesmo acentuava. Uma política de cuidado em psiquiatria fora dos hospícios, pautado em práticas comunitárias de atenção (AMARANTE & NUNES, 2018; PITTÁ, 2011).

---

<sup>8</sup> Essas diferenciações serão retomadas e discutidas no Capítulo II.

Paralelo a isso, em Santos/SP, temos a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS como serviços prioritários no cuidado a saúde mental.

Apesar de ainda sob a vigência do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), os gestores recém-eleitos no município decidem apressar a instalação do SUS e realizam intervenção em hospital psiquiátrico onde ocorriam graves violações dos direitos humanos. Ao contrário de intervenções anteriores no mesmo hospital ou em geral, no país, o desfecho não apontaria melhorias, mas a extinção do hospital, com consequente criação de uma rede denominada de *substitutiva*, composta não apenas de serviços descentralizados, distribuídos pelo território, mas também de dispositivos que pudessem contemplar outras dimensões e demandas da vida, tais como moradia, trabalho, lazer, cultura, etc. Além da criação de cinco Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), foram abertas residências para egressos do hospital, uma cooperativa de trabalho, um projeto cultural de rádio, TV e teatro, além de vários outros programas intersetoriais com crianças e jovens, profissionais do sexo, redução de danos, violência doméstica, dentre outros (AMARANTE & NUNES, 2018, p. 2071).

Essas experiências, conduzidas por David Capistrano, Fernanda Nicácio, Antônio Lancetti e Roberto Tycakanori, trazem a marca radical do que seria o começo de uma política de saúde mental, deslocando o cuidado em saúde mental para os serviços substitutivos, alinhados com as propostas da Reforma Psiquiátrica. Os efeitos destes deslocamentos se estenderam para outros serviços como Hospitais Dias, Centro de Convivência, Espaços Culturais (PITTA, 2011).

Hirdes (2009) assinala a importância da intervenção na casa Anchieta, considerando-a como a experiência inaugural na reordenação dos serviços manicomiais a partir da construção de uma rede dita substitutiva ao modelo que se presentificava até então. Neste sentido, o reordenamento das práticas no cuidado à saúde mental estava a todo vapor. Sustentados pelo entorno social, a emergência de uma nova relação com a diferença era a pauta e estes serviços se configuravam como a possibilidade concreta de romper com um modelo de funcionamento orientado pela exclusão e segregação das diferenças.

Assim, os CAPS se instauraram como dispositivos estratégicos na proposta da Reforma Psiquiátrica, oferecendo atendimentos diários e contínuos de atenção, o que favoreceu a diminuição das internações em hospícios, oferecendo um cuidado não mais com foco hospitalocêntrico. O direcionamento comunitário favoreceu ainda o fortalecimento e manutenção dos laços sociais dos usuários com a rede social de apoio e, assim, produziu desdobramentos na direção da retomada da cidadania e autonomia (BICHAFF, 2006).

Através da Portaria Nº 224, do Ministério da Saúde (MS), os CAPS foram regulamentados em 1992. Estes serviços foram definidos como unidades de saúde regionalizadas, que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime

ambulatorial e a internação hospitalar, sendo realizados por equipe multiprofissional. A Portaria/GM nº 336, de 2002, redefiniu os CAPS de acordo com o porte, organização, clientela e especialidade, sendo CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil ou infanto-juvenil) e CAPSad (álcool e drogas). Já a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS foi instituída pela Portaria GM/MS nº 3088 e possibilitou um conjunto ampliado de serviços e favoreceu o acesso da população aos diferentes níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2004; AMARANTE & NUNES, 2018).<sup>9</sup>

De acordo as diretrizes pautadas pelo Ministério da Saúde, os CAPS têm como objetivos:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004, p. 13).

Tais equipamentos são definidos como serviços comunitários, de base territorial, destinados ao cuidado dos sujeitos em intenso sofrimento psíquico. A premissa desses serviços é a inserção nos espaços de vida dos sujeitos, potencializando ou mesmo resgatando sua circulação social. O direcionamento destes serviços propõe que estes sujeitos possam construir relações não tuteladas com os outros ao redor, avançando para além dos muros da instituição, inserindo-se nos espaços sociais nos quais a vida acontece.

Elia e Santos, em seu texto de 2005, destacam a importância desses serviços:

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são as unidades de base da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e não se limitam a serviços técnicos de saúde mental. Sua concepção os define como um serviço de base territorial, que se articula e enlaça à comunidade em vários níveis. Não se pode dizer que substituam os manicômios e hospícios, posto que substituir é um termo que envolve alguma conservação de função do substituído pelo substituto. Mais que isso, os CAPS criam uma forma, inédita, de cuidar dos doentes mentais, que não existia antes, e, portanto, que hospício algum tenha exercido não podendo este, assim, ser substituídos, ainda que fosse com vantagem, pelos CAPS (p. 110).

---

<sup>9</sup> As particularidades do processo de construção das Políticas Públicas para a Infância e Adolescência e a construção do campo da Saúde Mental da Criança e do Adolescente serão apresentados no Capítulo II.

Os aportes que balizam a concepção deste trabalho estão norteados a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica e nomeados como Atenção Psicossocial. “Devem-se ao CAPS os significantes que nomeiam, pós década de 80, o ideário e as práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico: Atenção Psicossocial” (DEVERA & COSTA-ROSA, 2007, p. 69).

Costa-Rosa (2012) ressalta que

[...] Uma das razões principais dessa denominação decorre de ele ter incorporado uma série de concepções de outros campos de saber, como o materialismo histórico, a psicanálise, a psicologia social e as ciências sociais, e da própria filosofia. [...] Essas influências permitem que ele se proponha a considerar os fatores psíquicos e socioculturais como essenciais, tanto na configuração dos problemas quanto na confecção dos meios de sua resolução, sem excluir possíveis aspectos orgânicos e a utilização da medicação, contanto que subordinada à sua lógica paradigmática (COSTA ROSA, 2012, p. 120).

A transformação evocada direciona-se para além de uma mudança na organização do processo de trabalho ou das formas de cuidado. Relaciona-se com a necessária transformação a partir da invenção de novos lugares possíveis para o louco e “Isto implica em transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença (YASSUI, 2009, p. 3).

Endo, em seu trabalho de 2017, ressalta que o direcionamento das práticas no SUS, no que tange a saúde mental, propõe um novo modelo de clínica.

O modelo assistencial do SUS preconiza, como ação em saúde mental, o enfrentamento e o combate às formas segregacionistas e de exclusão aos usuários com transtornos mentais e propõe uma nova forma de intervenção, uma modalidade diferenciada de cuidados, um novo modelo de *clínica denominada: Clínica da Reforma Psiquiátrica*, a clínica da inclusão, a clínica ampliada (p. 29, grifos da autora).

Elia (2013) também marca o caráter inventivo dessa proposta, assinalando um necessário transbordamento neste encontro como sujeito em questão, em que a

[...] atenção psicossocial pode ser entendida, como sua própria composição nominal indica, uma modalidade de atenção em saúde, no caso, saúde mental. No entanto, se o primeiro termo do binômio insere esta categoria no campo da saúde – ela é uma modalidade de atenção em saúde, o segundo termo – psicossocial – está destinado, senão a retirá-la deste campo, pelo menos a fazê-la transbordá-lo, extravasá-lo, tanto quanto a própria loucura o extravasa. E aqui uma primeira verificação importante: sem transbordar o campo da saúde, qualquer tipo de invenção/intervenção com a loucura estará destinado ao fracasso. E, portanto, uma primeira expressão da potência da atenção psicossocial é que ela não cabe inteira no campo da saúde [...]. *O CAPS não é um serviço especializado em loucos, em loucura ou em casos graves, não*

*porque não se destine a eles, posto que ele existe para o sofrimento grave e persistente, para os que tem seus laços sociais esgarçados, os que sofrem em demasia – e curiosamente o que vemos é que os CAPS, ao longo do processo de sua nociva especialização em casos graves, começou a ser inundado pelos chamados casos leves[...]. O CAPS não é especializado em coisa alguma, porque ele é territorial, articulado em rede, intra e intersetorialmente, e não viceja senão costurado com a comunidade, com o tecido social e cultural, nos efeitos que produz sobre as formas como a civilização suporta e não suporta o convívio com a loucura, pois sabemos que ela NÃO SUPORTA (p. 3, grifo nosso).*

O autor dá relevo ao lugar político do CAPS na sustentação das singularidades fazendo frente às mais diversas formas de achatamento das diferenças e segregação:

Mas o CAPS trata tanto melhor quanto menos ele for concebido como um lugar especializado em tratar. Ele tratará sempre melhor, clinicamente, de seus usuários, quanto mais fiel ele for aos princípios que o fundam e fundamentam: um pólo de direitos e de encarnação de uma política de sustentação da loucura no laço social, avessa e combativa à toda prática de exclusão, segregação e internação não acompanhada [...]. Vamos à crise: como é que um serviço assim concebido e exercido não tomaria a si a responsabilidade sobre as crises de seus usuários? Como é que o CAPS poderia manter-se alheio à crise? É claro que o CAPS deve tomar a si não apenas o tratamento, o encaminhamento das ações clínicas aplicáveis a situações de crise, mas em termos de um princípio que é ético, conceitual, clínico e político ao mesmo tempo: a crise lhe diz respeito (ELIA, 2013, p. 5)

Ainda nesta acepção, Moura, em seu trabalho de 2003, enfatiza o modo como as demandas sociais são endereçadas à saúde mental e que são reatualizadas no cotidiano desses serviços

Podemos dizer que o estabelecimento no caso da saúde mental, é uma entidade criada para tentar dar conta de encomendas sociais, encomendas estas que esperam que façamos desaparecer o horror do vazio, do incongruente, da loucura. É delegado a nós o fazer e o pensar por todos, sejam eles os pacientes, a família, ou a própria sociedade, buscando maquiar estas questões, que são vistas como imperfeição, anomalia, não obstante sejam inerentes à própria natureza humana. (p. 31-32).

Moura (2003) ressalta ainda que “No estabelecimento, o desejo geralmente não tem muita condição de estar em pauta. Não há muita consideração à demanda e o que predomina são as respostas às encomendas sociais” (p. 32). Assim, podemos problematizar como a construção desta clínica se sustenta, ponderando a delicadeza necessária nesse manejo clínico com sujeitos em condições tão peculiares no laço social e os atravessamentos que fazem alusão à trajetória histórica e o lugar social atribuído à *loucura*, fortemente marcado por movimentos de apagamento da diferença.

Em contraposição a isso, retomamos os mandatos sociais dos CAPSi como espaços de sustentação das singularidades. Assim, a direção de trabalho norteia-se pela construção de

propostas de cuidado que se direcionem ao sujeito, implicando-o em seus projetos de cuidado, escolhendo e dizendo, a seu modo, de seus desejos e não apenas recebendo, como objeto, as determinações do Outro acerca do que lhe convém no tratamento. “O reconhecimento do Outro como um sujeito autônomo capaz de tomar decisões e fazer escolhas, isto é, capaz de aceitar ou rejeitar as ações propostas pelos profissionais de saúde mental” (RINALDI & LIMA, 2006, p. 55).

Consideramos este apontamento fundamental: posicionar o sujeito como alguém que tem um saber; e entendemos que tal marca se constitui um ordenador primordial das práticas clínicas nos serviços de saúde mental. Retornaremos esta questão na discussão acerca da articulação do PTS e saúde mental e, também no Capítulo IV, quando apresentaremos um fragmento clínico que nos permitiu articular sobre os efeitos do posicionamento do sujeito como desejante na direção de tratamento.

### 2.3.1 O CAPSi como ordenador do cuidado à infância e à adolescência

Em relação às propostas da Atenção Psicossocial no campo da infância e adolescência, incorpora-se o desafio de particularizar este processo ponderando as especificidades próprias a cada fase. As premissas da Atenção Psicossocial, balizadoras destes serviços, também são atravessadas pelas próprias características da infância enquanto campo intersetorial, exigindo uma constante articulação com outros setores como educação, assistência, justiça, cultura, a partir da particularidade de cada caso.

“A reforma precisava se apropriar dessa clínica, tomar o campo público como lugar legítimo para o tratamento das crianças e adolescentes autistas e psicóticas ou com outros sofrimentos psíquicos que exigissem uma complexidade na atenção à saúde mental” (ELIA *et al*, 2016, p. 219). Evidencia-se, assim, a posição dos CAPSi como um lugar que acolhe a singularidade de cada sujeito, “[...] convidando-o a construir um percurso absolutamente singular, é a marca inaugural da condição de um sujeito que irá trilhar suas marcas no Capsi, para um construir um novo saber” (ELIA *et al*, 2016, p. 220- 221).

Em relação à direção de trabalho nestes serviços, marca-se a inovação apresentada pelos CAPSi no que se refere a posição em que os sujeitos são alocados, rompendo com a associação com o deficitário e apontando para um endereçamento possível.

Partimos daquilo que eles nos falam, mesmo que, às vezes, sem utilizar palavras. Procuramos dar lugar para a particularidade de cada um através da oferta de uma presença vazia de toda e qualquer demanda, capaz de promover a abertura ao que a

criança diz. Nossas intervenções não visam educar, ensinar, entreter, divertir, propor atividades, organizar uma rotina, embora todas essas dimensões possam estar presentes no trabalho clínico por acréscimo. Não tomamos a criança e o adolescente como deficitários em relação ao comportamento, ao rendimento escolar ou em relação ao ideal social, nós apostamos que um sujeito possa encontrar um lugar para se endereçar. O que orienta nossas intervenções é uma construção coletiva do caso clínico [...]” (ELIA *et al*, 2016, p. 227).

Assim, a posição do sujeito com transtornos mentais é redimensionada. Antes exilados em suas próprias vidas, desenham-se novas possibilidades existenciais que contemplem as dissonâncias. Nesta perspectiva, a Política Nacional de Humanização foi elaborada, instituindo através da criação dos Projetos Terapêuticos Singulares - PTS essas possibilidades de reposicionamento do sujeito em seu processo de cuidado, tema este que discutiremos a seguir.

Desse modo, o PTS coube bem para o novo modo de operação da saúde mental, porque conceitualmente envolve paciente e equipe na construção de arranjos de saúde que levam em consideração os diversos saberes e, sobretudo, a singularidade dos sujeitos em questão. Assim, à guisa de sintético apontamento da questão que almejamos responder, ressaltamos que o PTS é compreendido como uma aposta de que o sujeito pode cuidar de sua saúde mental em seu território, por meio de ações construídas por ele em parceria com a equipe que o assiste, ações estas que façam sentido para o usuário e que sejam, de fato, exequíveis para ele. Desse modo, o PTS contribui com o atual modelo de assistência em saúde mental visando a possibilitar o cuidado do paciente em um território que não é apenas o espaço físico que o “sujeito” habita, mas seu “território existencial” (SAAD *et al*, 2015, p. 27-28).

Entretanto, apesar da ênfase que se acentua na singularidade, discutiremos os impasses que tal proposta pode incitar alertando para os perigos da burocratização da clínica, no intuito de apresentar possibilidades que nos ofereçam balizas para romper com este caminho.

## **2.4 Política Nacional de Humanização - PNH**

A Política Nacional de Humanização - PNH compõe a Política Nacional de Saúde e foi estabelecida como uma estratégia para assegurar acesso e atenção integral à população ao SUS, ampliando as condições de direitos e de cidadania das pessoas. Por Humanização entende-se a valorização das interfaces do complexo processo de produção de saúde, envolvendo os diferentes sujeitos norteados pelos ideais de autonomia e protagonismo de todos os envolvidos, atuando no sentido da corresponsabilização e participação coletiva nas práticas de saúde (BRASIL, 2006).

No documento norteador da PNH (BRASIL, 2010), o Ministério da Saúde assinala as diretrizes desta política, destacando que esta é transversal e intenta produzir movimentações

no funcionamento político do SUS, no sentido de gerar a construção coletiva do processo de trabalho.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder (BRASIL, 2009, p. 6).

A PNH orienta-se a partir de 3 instrumentos: a construção de uma Clínica Ampliada, Equipes de Referência e os Projetos Terapêuticos Singulares - PTS. A Clínica Ampliada envolve em seu processo a compreensão ampliada do processo saúde doença, uma construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, ampliando o objeto de trabalho, transformando os instrumentos de trabalho de modo a favorecer uma comunicação transversal entre a equipe e oferecendo suporte para os profissionais de saúde. Considera como fundamental a ampliação do objeto de trabalho existente na clínica, ou seja, considerar os problemas de saúde sem desconsiderar o sujeito que vivência o processo (BRASIL, 2009; CAMPOS & AMARAL, 2007).

Sendo assim, a construção do vínculo é diretriz fundamental desta proposta e poderá ser alcançada por meio da responsabilização das equipes de referência com o atendimento integral dos sujeitos de seu território (CAMPOS, 2002). A Equipe de Referência se constitui como uma equipe interdisciplinar “[...] que se torna responsável pela atenção integral do doente, cuidando de todos os aspectos de sua saúde, elaborando projetos terapêuticos e buscando outros recursos terapêuticos, quando necessário (ver apoio matricial)<sup>10</sup>” (BRASIL, 2009, p. 9).

A seguir detalharemos o terceiro eixo da PNH – o PTS –alvo desta pesquisa e que será abordado de modo detalhado no próximo item.

#### 2.4.1 Projeto Terapêutico Singular – PTS

Desde os anos 1990 o conceito de Projeto Terapêutico Singular está em construção, transformando-se em conjunto com a história do SUS, da Reforma Sanitária e da Reforma

---

<sup>10</sup> Apoio matricial apresenta-se como uma retaguarda especializada que oferece suporte técnico-pedagógico às equipes de referência das equipes do Programa Estratégia Saúde da Família. O Apoio tem duas dimensões: suporte assistencial e técnico-pedagógico. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar o apoio (CUNHA, 2004).

Psiquiátrica. Envolve um processo de construção, tessitura e cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos (BRASIL, 2010). Oliveira (2007) ressalta que o PTS deve ser compreendido a partir de um processo ativo de construção de novos arranjos de vida e da implicação do sujeito na construção de seu processo singular. Destaca ainda que “O termo singular também remete à diferença, contexto singular, não passível de reprodutibilidade e, portanto, menos sujeitado a processos de captura pelo planejamento normativo” (p. 64).

Nesse sentido Saad *et al* 2015 articulam que o PTS procura produzir saúde a partir da singularidade de casa sujeito:

[...] Singularidade esta que resiste à reprodutibilidade, pois remete à diferença e ao contexto singular de cada um [...]. Por essa razão, a construção do PTS parte da demanda trazida pelo usuário que chega ao serviço de saúde, por meio das atividades terapêuticas de que dispõe o equipamento, considerando as necessidades que o usuário apresenta. Seu objetivo é que o paciente participe da construção desse instrumento e pactue as atividades e os objetivos que possibilitem seu projeto de vida (p. 28).

Propõe-se que, na construção dos PTS, o sujeito e a equipe toda estejam envolvidos e implicados nesse processo, favorecendo a circulação de diversos saberes e ressaltando a interdisciplinaridade, que abrange os usuários e os profissionais de saúde na elaboração coletiva da proposta, partilhando um objetivo comum, convocando todos os sujeitos envolvidos a se implicarem no sentido de produzir uma corresponsabilização.

Fernandes (2013) sublinha o caráter dinâmico desse processo e sua necessária articulação com a comunidade:

Portanto, para a efetivação de um projeto terapêutico ampliado, faz-se necessário agregar ao saber dos profissionais de saúde – expresso no diagnóstico e na conduta correspondente – o saber e a participação dos indivíduos e da comunidade. Ou seja, é preciso incorporar à terapêutica as dimensões sociais e subjetivas que participam do processo saúde-doença-cuidado e que não estão protocoladas ou inventariadas a priori por nenhum programa, uma vez que dirão do encontro de cada sujeito ou comunidade com a particularidade de sua história de vida (p. 70).

A construção do PTS envolve movimentos de coprodução da problematização, coprodução do projeto e a cogestão/avaliação do processo, todos articulados entre si. Na coprodução da problematização o que está em voga é a singularidade do caso em questão, que é ponto fundamental dessa proposta. O fazer junto pressupõe este movimento e caminha em direção à produção de liberdade e cidadania. A coprodução do projeto envolve a projectualidade, a partir da capacidade de pensar e propor novos contextos para o sujeito em

questão e a cogestão/avaliação do processo envolve a criação de espaços coletivos no cotidiano dos serviços para se discutir os PTS (CUNHA, 2004).

Para haver possibilidade de uma equipe reunir-se e formular um PTS, será necessário criar essa possibilidade no seu cotidiano de trabalho. Produzir espaço de agenda. Legitimar na própria equipe e nas relações com outras equipes, com a gestão e com a população, o PTS como dispositivo importante na ampliação da capacidade resolutive da equipe e do serviço. Para tanto, equipe e gestão terão que construir uma forte argumentação para convencer-se e convencer os outros sujeitos da importância de “parar” para discutir um caso, mesmo com todo o “excesso de demanda” que chega aos serviços todos os dias (BRASIL, 2010, p. 98).

Nesse processo, existem quatro momentos para a estruturação do PTS: definir hipóteses diagnósticas; definição de metas; divisão de responsabilidades; e a reavaliação. Assim configura-se a lógica do SUS, que impetra a direção de cuidado a partir da singularidade, ou seja, cada caso é único apontando para a particularidade do cuidado de modo a fazer furos na universalidade que o discurso médico impõe. “Mas, para que se realize uma clínica adequada, é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de ‘igual’, o que ele apresenta de ‘diferente’, de singular. Inclusive um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo” (BRASIL, 2009, p. 12).

O PTS pode promover uma mudança na posição de sujeitos adoecidos, uma vez que abre espaço para a invenção de novos arranjos existenciais, resgatando-se a dimensão subjetiva implicada neste processo.

[...] é importante no Projeto Terapêutico Singular uma certa crença de que a pessoa tem grande poder de mudar a sua relação com a vida e com a própria doença. A herança das revoluções na saúde Mental (Reforma Psiquiátrica), experimentando a proposta de que o sujeito é construção permanente e que pode produzir “margens de manobra”, deve ser incorporada na Clínica Ampliada e no Projeto Terapêutico Singular. Nas situações em que só se enxergavam certezas, podem-se ver possibilidades. Nas situações em que se enxergavam apenas igualdades, podem-se encontrar, a partir dos esforços do Projeto Terapêutico Singular, grandes diferenças. Nas situações em que se imaginava haver pouco o que Clínica Ampliada e compartilhada fazer, pode-se encontrar muito trabalho [...]. O caminho do usuário ou do coletivo é somente dele, e é ele que dirá se e quando quer ir negociando ou rejeitando as ofertas da equipe de saúde (BRASIL, 2009, p. 46-47).

Concordamos com Silva, Sancho e Figueiredo (2016) ao destacarem que

A incorporação da construção de projetos terapêuticos, nos processos de trabalho em saúde, parece ser uma fecunda proposta que permite incorporar e valorizar as particularidades dos sujeitos no modo como lidam com as diferentes situações envolvendo sua saúde e a doença, e não apenas atuar sob a forma de prescrições protocoladas e pouco sensíveis a essas particularidades (p. 846).

Caracterizada a proposta instituída pelos PTS, a singularização do cuidado, consideramos fundamental refletirmos sobre os desdobramentos da diretriz desta política do SUS afim de escaparmos do engodo da burocratização da clínica que, por vezes, acompanha esses serviços de saúde pública e, de modo particular, atravessa e produz incidências no campo da saúde mental. Observa-se que no cotidiano dos serviços pode ocorrer uma automação da construção dos PTS, de modo a desconsiderar o sujeito em questão a partir de uma burocratização da clínica: prioriza-se o instrumental deixando de ouvir o sujeito.

Os princípios reguladores, numa instituição, são fundamentais. Entretanto, uma vez que se refere ao campo de uma composição de sujeitos em sofrimento psíquico, quando o funcionamento de reguladores se automatiza, se produzem impasses a uma produção da singularidade, ou seja, em que o sujeito possa construir um saber sobre seu padecimento (OLIVEIRA, VERONESE & PALMA, 2009, p. 1349-1350).

As autoras apontam para os entraves da burocratização, delimitando que a questão formulada não é a clínica estar atravessada por dispositivos institucionais, mas a possibilidade de tais dispositivos assumirem direções que engessam o fazer institucional, impactando diretamente na possibilidade de escuta desses sujeitos, pois, desse modo, estes são posicionados como meros objetos de cuidado. “Assim, se configura um funcionamento em que um está a serviço, numa condição objetal, do gozo do Outro, se produzindo uma relação de instrumentalidade” (OLIVEIRA, VERONESE & PALMA, 2009, p. 1348), o que acreditamos ser dissonante com a proposta formulada na diretriz desta política.

As mesmas assinalam ainda os efeitos que se produzem em tais sujeitos, uma “servidão mais que voluntária”, revelando o quanto tais direcionamentos remontam ao lugar social atribuído à loucura anteriormente ao objetalizar o sujeito que é o ponto nodal deste processo.

Quando pacientes fragilizados psiquicamente têm que obedecer às normas institucionais adotadas em forma de procedimentos burocráticos que efeitos podem ser situados? É possível indicar que, para determinadas estruturas psicopatológicas, uma “servidão mais que voluntária” é uma forma de continuidade à alienação ao imperativo do Outro, próprio fundamento de seus padecimentos (OLIVEIRA, VERONESE & PALMA, 2009, p. 1351).

Para fazer frente a isso, recorreremos à escuta como possibilidade de conectar o sujeito com a dimensão do desejo.

Um dos caminhos que essa discussão sugere é o trabalho com os dejetos institucionais. Ou seja, a escuta daquilo que retorna como efeito de um discurso automatizado, circunscrito à impessoalidade. Escutar e apontar para uma palavra que indique a

dimensão subjetiva parece ser um recurso fundamental. Servir como suporte para a construção de um arranjo singular, no lugar de uma fala automatizada e subserviente, é um trabalho que exige esforços de várias ordens (OLIVEIRA, VERONESE & PALMA, 2009, p. 1351).

Assim, sublinhamos uma questão que consideramos fundamental: como fugir à burocratização na construção dos PTS? Sustentaremos essa interrogação apostando que a mesma nos possibilitará, através de articulações frutíferas com a psicanálise, marcar a possibilidade de uma inversão na formulação do PTS de modo a barrar tal automatização da clínica.

#### 2.4.2 Projeto Terapêutico Singular e os CAPS

A partir das ideias apresentadas sobre os CAPS, CAPSi e PTS, discutiremos, de modo mais detalhado, a construção dos PTS no campo da saúde mental, uma vez que tal proposta apresenta a singularidade como aspecto central no cuidado preconizado no SUS e, na intersecção entre estes campos, algumas questões podem se colocar.

Nos CAPS, observamos um direcionamento no sentido de sustentar premissas clínicas que estejam entrelaçadas com os princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade e descentralização) e com a difícil tarefa de sustentar práticas clínicas, balizadas pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tensionando questões relativas às premissas de trabalho destes dispositivos, instaurando questões universais como: de quem tratamos e para que tratamos nestes serviços?

A construção de PTS nestes equipamentos pode não ser tarefa fácil, por diversos fatores que compreendem desde as delicadas questões subjetivas que se evidenciam nestes encontros, somando as particularidades que tais sujeitos apresentam no laço social, a singularidade dos profissionais e a disponibilidade para este encontro.

Como, então, a partir deste direcionamento técnico fundamental proposto por esta política pública, a saber, tratar dos sujeitos em intenso sofrimento psíquico, podemos contemplar as particularidades próprias a cada sujeito?

Entendemos ao longo deste capítulo que a proposta dos PTS intenta consolidar a singularização do cuidado, destacando um direcionamento que contemple a dimensão do desejo. Contudo, indagações emergem: quais os operadores clínicos que podem estar presentes na construção de um Projeto Terapêutico Singular? Questão essa que abre inúmeras outras como: o PTS está direcionado a quem? Comporta os desejos deste sujeito? Como escutar os desejos dele? Como ter notícias de seus laços sociais? O que enlaça? O que faz ele desenlaçar?

Dito de outro modo, tais interrogações se colocaram como uma possibilidade de pensar a direção de trabalho construída para estes casos nos equipamentos de saúde pública e retomam, de certo modo, as questões universais assinaladas acima: de quem tratamos e para que tratamos nestes serviços.

Nesse sentido, sugerimos um outro acento no que tange aos PTS como diretriz norteadora da singularização do cuidado, a partir da ênfase no desejo como traço mais singular do sujeito: o destaque se dá em torno do que é próprio a cada sujeito e não na criação prévia de um projeto. Propomos, então, priorizar o desejo como dimensão singular do sujeito e, a partir disto, se pensar em possíveis projetos, no sentido que Viganó (1999) nos traz de uma “espontânea habilitação” contemplando o estilo do sujeito, afirmando que *“Uma reabilitação só pode ter sucesso na condição de seguir o estilo que é sugerido pela estrutura subjetiva do psicótico”* (p. 40, grifo nosso).

Assim, ao ler “singular”, remetemos à dimensão singular do desejo e fugimos ao engodo de engendrar uma nova cronicidade que poderia se instalar ao se criar uma série de propostas anteriores ao sujeito, prévias a ele, norteando sua proposta de tratamento por ideias de cura, indicando tratamentos pela vida toda orientados pelo viés da assistência.

Costa, em seu trabalho de 2006, aponta a inversão que ocorre em alguns casos, nos quais a escolha se fixa no que o profissional considera adequado e não na escuta do sujeito em questão: “muitas vezes, as políticas propostas vão beneficiar mais aquele que propõe do que propriamente terem efeitos de uma escuta singular daquele que está demandando alguma coisa” (p. 161-162). Entendemos que, ao propor o acento no singular, podemos romper com a possibilidade de burocratizar essa diretriz da política pública, direcionando a terapêutica no sentido de escutar o que o sujeito diz, mesmo que a seu modo e, assim, construir a proposta de cuidado.

Propomos, então, uma articulação com a psicanálise para sustentar essa singularização do cuidado, já que essa é sua direção ética de trabalho, tecendo uma possibilidade de leitura do modo como tais sujeitos constroem seus laços sociais e habitam seus lugares de vida. Essa articulação nos parece fundamental, uma vez que diante do intenso encontro com estes sujeitos, “Encontro com o real, aquilo que não é dizível” (VIGANÓ, 1999, p. 40), viabiliza alinhar caminhos para a construção de um PTS articulando o singular do sujeito com as questões universais, no sentido que podem ser sugeridas a outros casos fundamentando as práticas nestes serviços, de modo que não se perca a dimensão clínica em questão.

[...] Uma das maiores dificuldades dos profissionais que trabalham no campo da saúde mental é escutar o sujeito. Muitas vezes, eles são atropelados pela via humanista, que é naturalizada por muitos profissionais que ficam presos a um certo ideal de um bem a ser alcançado por um paciente. Acentua-se uma preocupação com o campo do social ensurdecendo uma outra escuta que nos parece fundamental: a da posição desse sujeito. [...] Entender a importância dessa dimensão, de tomar essa escuta do sujeito como direção de todo o trabalho, marca uma diferença fundamental entre a psicanálise e os outros saberes, uma vez que nem mesmo a dimensão burocrática pode prescindir da clínica, seja ela qual for (ELIA, COSTA & PINTO, 2005, p. 133).

Esse aporte também permite construir uma história para os sujeitos, uma singularização que rompa com o universal *casos graves*<sup>11</sup> e conte histórias de sujeitos singulares, possibilitando hipotetizar sobre o funcionamento psíquico do sujeito em questão e como estruturar propostas de acesso a estes sujeitos, pensando na direção de tratamento proposta por Lacan. A dimensão do diagnóstico passa a ser entendida como algo processual a ser construído no caminho do cuidado, pois

Não o tomamos como ponto de partida, mas como uma direção que emergirá a partir da clínica. Essa importante concepção psicanalítica muda completamente a lógica de receber um paciente, uma vez que a palavra do paciente nos importa mais do qualquer aspecto fenomenológico do seu comportamento (ELIA *et al*, 2016, p. 221).

Figueiredo (2005) complementa tal acepção destacando a assunção coletiva da construção do caso clínico no qual

A direção do tratamento no CAPS é produzida coletivamente; no coletivo não-todo significa que é feita de elementos parciais, contingentes, trazidos para a construção do caso, no sentido que Viganó apontou. Trata-se de cernir os significantes do sujeito recolhidos no um a um, de reduzir as narrativas e as situações a um denominador comum a esses significantes que insistem, fazendo função de <>, significantes que representam o sujeito para avançar na oferta de algo que possa afetá-los e produzir algum efeito, seja como suplência ou elemento estabilizador. É aí que se pode definir o “projeto terapêutico”, e fazer, então, um convite para engajar o sujeito em determinada tarefa ou atividade (p. 47).

“A clínica no CAPS se faz no coletivo” (FIGUEIREDO, 2005, p. 50), pensado como um coletivo “não-todo”, fugindo à cola imaginária, como diz a autora, que produziria engodos e não direcionaria a clínica ao sujeito.

A escuta deve ser operada de tal modo que não se possa garantir que nenhum *a priori* deve prevalecer sobre aquilo que o sujeito traz consigo – seja em sua fala, quando há, em seus atos, em sua posição na relação com aquele que recebe e escuta, em relação ao seu sofrimento, ao seu corpo, aos outros, aos objetos, etc. Do mesmo modo, os procedimentos clínicos (solicitações de exames, definição de projeto terapêutico,

---

<sup>11</sup> Ressaltamos que ao nomear *casos graves* estamos destacando o modo particular como o sujeito se insere no laço social e as suas formações sintomáticas.

inserção em oficinas atividades ou modalidades específicas de tratamento) não deverão vir em primeiro lugar, antes de uma cuidadosa escuta (esta sim, prévia a todo e qualquer procedimento) do sujeito (ELIA *et al*, 2016, p. 214).

Desse modo, é viável construir significações possíveis para os acontecimentos, como nos diz Elia *et al* (2016), no convite que o encontro com estes sujeitos nos faz de que se suspenda a estranheza para ouvir o que estes sujeitos dizem.

A constituição de uma clínica que aposta na existência de um sujeito que tem algo a dizer sobre seu sintoma e a construção dos laços em crianças e adolescentes com longa e sofrida trajetória institucional, tem sido um marco deste trabalho. O que para muitos profissionais é estereotípi, estranheza e falas ou atos sem sentido, é escutado como uma condição de partida para que algo de novo seja produzido. **Colocamos em suspenso a estranheza, para escutar o que as mordidas, ou os gritos dos pacientes têm a nos dizer** [...]. E é com essa desordem que começamos o trabalho, tentando colocar em palavras o que aparece como um ato, convidando o paciente a falar sobre isso, do jeito que conseguir (p. 22, grifo nosso).

Seguindo nesta direção, no próximo capítulo discutiremos as particularidades da psicanálise e as possíveis articulações desta com a saúde pública, especificamente no que tange à infância e à adolescência, no sentido de ser um aporte que contribui, de modo significativo, na sustentação da dimensão política e ética implicada nesta proposta de cuidado preconizada pelo SUS. Posteriormente, vamos articular a proposta dos PTS que tenham como norte a centralidade do desejo aos sujeitos com uma estruturação psicótica, sustentando a ideia do desejo na psicose. E, para as articulações finais, vamos apresentar vinhetas de um caso clínico, a partir do método da construção do caso clínico proposto por Freud, que nos possibilita amarrar estas questões.

O que se partilha é o que se recolhe de cada caso, a cada intervenção, para se tecer um saber. Como mais uma indicação da psicanálise, o que se recolhe são os elementos fornecidos pelo sujeito, como pistas para a direção do tratamento, para o chamado “projeto terapêutico”. Essa tessitura é que aponta o caminho a seguir a cada caso, a cada tempo, pois há retificações a fazer frequentemente, dependendo do rumo do caso, a partir de novas indicações do sujeito (FIGUEIREDO, 2005, p. 45).

#### 2.4.3 Caminhos possíveis no cenário atual. Por onde vamos?

Ao finalizar este capítulo, tornou-se impossível não apontar os acontecimentos recentes, que se intensificaram em uma velocidade assombrosa, cuja finalidade é a extinção da Política Nacional de Saúde Mental vigente até então, descaracterizando a sua concepção ideológica, bem como as premissas que norteiam este modelo de assistência.

Sabemos que esta situação não é recente, como Amarante e Nunes (2018) já sinalizavam:

Mas os ventos começaram a mudar já em 2015, com o Ministério da Saúde sendo objeto de negociação política e com ele os princípios do SUS. E, por fim, após a instalação do estado de exceção pelo qual o país passa no momento, o SUS e a RP passaram a ser alvo de mudanças radicais e de importantes retrocessos. No campo da saúde mental, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou a resolução, em dezembro de 2017, que praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da RP brasileira (2018, p. 2073).

Recentemente, tivemos acesso à Nota Técnica N° 11/2019 do Ministério da Saúde, (Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas) intitulada *“Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”* (grifo nosso), que delinea novas diretrizes para a RAPS alterando as propostas anteriores. Ressaltamos que tal documento apresenta modificações que foram efetuadas em 2017 e que, agora, são apresentadas nesta nota, ou seja, tais alterações já estavam assinaladas anteriormente<sup>12</sup>.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (Serviços): CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adulto e infante-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; **Hospital Psiquiátrico**; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas; Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas. Todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos (BRASIL, 2009, p. 03, grifo nosso).

Assim, através deste documento, legitima-se o rompimento institucional da Reforma Psiquiátrica:

**O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro.** O país necessita de mais e diversificados tipos de Serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares (BRASIL, 2019, p. 03-04, grifo nosso).

<sup>12</sup> Destacamos também a criação, em 2017, da Lei N° 13.438/2017, nomeada popularmente de “lei do risco psíquico”, que propõe um protocolo a ser estabelecido com crianças de até 18 meses na intenção de detectar risco psíquico. Articulamos que tal lei tem no seu bojo esse direcionamento de desmonte do SUS, uma vez que desconsidera a proposta de avaliação interdisciplinar já existente no SUS e preconiza que as avaliações sejam realizadas exclusivamente por médicos pediatras. Nesse sentido, também desconsidera a Caderneta da Criança como documento que possibilitaria alcançar tal ensino no cuidado a crianças pequenas.

Abrem-se, então, brechas para a retomada de práticas manicomiais evidenciadas pelo aumento do número de leitos psiquiátricos em Hospital Geral (de 15% para 20%), aumento do valor pago na diária de internação em hospitais psiquiátricos, dentre outras alterações. Sabemos que o que está em questão é o silenciamento das diferenças e o encarceramento dos considerados dissonantes, sustentando-se tais práticas a partir de questões econômicas que interessam aos ideais neoliberais que ditam as políticas adotadas. A intolerância e massificação estão em alta no cenário atual, avançando sobre os sujeitos em frações de segundos.

Após esse percurso de escrita, o encontro com esta ruptura embarga a voz e deixa os olhos marejados. Questões emergem e nos convocam a tomar uma posição neste contexto. Partindo de interrogações sobre como construir caminhos diante desse cenário, caminhos que se configurem como espaços de resistência na sustentação do singular expresso em cada sujeito, retomo a função ética da psicanálise na defesa radical da singularidade.

Cevasco (2014) aponta que o psicanalista pode disponibilizar a escuta analítica possibilitando, assim, uma subjetivação das respostas nocivas, frente às implicações que a não resposta aos ideais do sujeito neoliberal podem produzir no sujeito. Deste modo, marcamos a dimensão política da psicanálise, convocando-nos a tecer leituras possíveis sobre os acontecimentos sociais, estando alinhada às questões de seu tempo, destacando o direcionamento de Lacan em que um analista deve estar vinculado a subjetividade de seu tempo.

Yassui (2009, p. 8) nos reconecta com o que seria a proposta da Atenção Psicossocial quando diz que

Nossa utopia, nossa esperança, aposta neste infinito campo aberto de possibilidades que é o existir. Mudar o mundo é nosso devir. E a esperança nosso princípio ético. Desconstruir/desfazer os dispositivos sociais que produzem os diferentes manicômios e inventar/construir/fazer ao mesmo tempo novos dispositivos sociais, que trazem não apenas os loucos como protagonistas centrais de sua história, mas toda esta gente excluída, os humildes, os humilhados, aqueles que não contam. Fazer acontecer, pequenas revoluções cotidianas que ousam sonhar com uma sociedade diferente. *A Atenção Psicossocial é assim, feita de sonhos, utopia e esperança. Um outro mundo é possível* (Grifo nosso).

Delgado (2019) indica que a resistência é o caminho nesse momento e que é na articulação com os territórios que temos que fincar nossa barreira:

A resistência deve partir de uma consciência aguda do momento político. Depois da defesa da democracia, combater a fragilização do SUS (o "SUS mínimo" proclamado pelo Ministro da Saúde) é tarefa da resistência. No campo da atenção psicossocial, há um vasto movimento de luta, formado por dezenas de milhares de profissionais

diretamente implicados nos serviços, aliados a estudantes, usuários e familiares. *A trincheira da resistência está nos serviços territoriais* (p. 4, grifo nosso).

E por aí vamos seguindo adiante, construindo novos caminhos e retomando outros, pois apostamos que tais acontecimentos e retrocessos, por mais que tentem, não apagam a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

### **3 CAPÍTULO II - A CONSTRUÇÃO DA INFÂNCIA, POLÍTICAS PÚBLICAS E A PSICANÁLISE**

Neste capítulo, percorreremos a construção da infância, das políticas públicas para esta população e, posteriormente, as rupturas que a psicanálise propõe neste campo a partir das descobertas de Freud sobre a sexualidade infantil, avançando para as postulações da psicanálise acerca do sujeito do inconsciente. Discutiremos também os desdobramentos do sujeito de direitos remetido ao SUS e o sujeito do inconsciente preconizado pela psicanálise, no intento de construir caminhos possíveis para a articulação destes dois campos.

O resgate deste percurso se deve pelas ressonâncias que as práticas clínicas, produzidas nos equipamentos de Saúde Mental na Saúde Pública, carregam do modo como o campo da infância e a loucura foram tomadas como objeto de cuidado pelo Estado e sua relação com o nascimento do sujeito de direitos, conceituação que norteia as diretrizes das políticas públicas.

Pacheco Filho (2013) salienta que Freud já apontava para uma possível articulação da psicanálise e as instituições de saúde, ressaltando os impasses próprios a esse encontro:

Ou seja, trata-se de uma atuação em que o psicanalista se vê às voltas diretamente com o “impossível freudiano” de governar: ou, em termos lacanianos, com o discurso do amo. Quais são as chances de contribuição do discurso do analista, nesse contexto? Como atuam e podem atuar os psicanalistas e os que se inspiram pela psicanálise, na saúde pública? (p. 5)

As questões assinaladas e trabalhadas pelo autor nos guiarão nesta proposta de apresentar as articulações possíveis entre estes dois campos, psicanálise e saúde pública, de modo a destacar as contribuições que a psicanálise, especialmente no ensino de Lacan, produziu no sentido de situar a clínica que é tecida na saúde mental pública, considerando a indissociabilidade entre clínica e política, como nos assinala Lacan acerca da ética psicanalítica.

#### **3.1 Algumas considerações sobre a concepção histórica da infância**

Ao longo dos séculos, as concepções de infância sofreram modificações consideráveis na história da humanidade. Inicialmente tomadas como adultos em miniatura e sem particularidades em seu desenvolvimento, a partir do século XVII observou-se a construção do que Ariés (1973-1981) postulou como “sentimento de infância”, singularizando as características próprias dessa fase.

Ariés (1937-1981) aponta que o “sentimento de infância”, um reconhecimento de um lugar social para a infância, configura-se como um construto social, fruto da modernidade, a partir de um processo histórico que culmina na categorização da infância como uma fase particular, acentuando suas peculiaridades como o caráter em desenvolvimento. O autor indica como esta construção foi sempre permeada por fatores econômicos e ideológicos pertinentes ao contexto da passagem para a sociedade burguesa, instaurando os espaços privados em contraposição à vida em comunidade do feudalismo.

Cirino, em seu trabalho de 2001, destaca que na Idade Média não havia esse lugar particularizado para a infância:

[...] A infância era um período de transição rapidamente superado e sem importância. Sua duração reduzia-se à fase mais frágil da criança que, quando adquiria algum desembaraço físico, tornava-se uma espécie de companhia natural dos adultos, partilhando seus trabalhos, jogos e festas. Sua socialização não era assegurada nem controlada pela família – constituída, nessa época, por consanguinidade extensa –, pois logo afastava-se dos pais, indo aprender as coisas que devia saber, ajudando outros adultos a fazê-las. Seus trajes não as diferenciavam, nem os seus divertimentos. Por isso, se a arte medieval não representava a criança com expressão particular, limitando-se a reproduzir um adulto em miniatura (algo semelhante a um anão), não era por incompetência ou falta de habilidade dos artistas, mas, sim, porque, nesse momento, a infância era insignificante (p. 21).

Em relação a Santo Agostinho, o autor assinala sua influência sobre o pensamento cristão e a pedagogia de modo que afirmava a irrelevância da infância e a necessidade um direcionamento educativo e moral. Segundo Prates Pacheco (2012), Rousseau promoveu mudanças nessa concepção ao fundar a fantasia de inocência infantil, erigindo a visão moderna sobre a infância, destacando que nesse sentido seria possível pensar a criança como um ser puro e inocente.

Formigoni (2013) situa que

Foi a partir do século XVII, contudo, que a criança começou a ser designada de modo preciso. A nobreza e a burguesia da época sentiram a necessidade de separar as crianças e adultos de forma visível, o que foi feito sobretudo, por meio da adoção de trajes distintos para adultos e crianças. A especialização dos brinquedos e jogos infantis também foi uma forma de marcar a particularidades infantil. Essa especialização refletia uma preocupação de preservar a moralidade das crianças e também de educá-las, proibindo os jogos classificados como maus e recomendando-lhes os ditos bons (p. 22).

A partir da Revolução Francesa, as crianças foram tomadas pelo campo da educação e atravessadas por uma concepção de ciência, traçando uma oposição entre crianças e adultos.

A emergência do “sentimento da infância” – contemporânea à afirmação da família como um núcleo restrito de pais e filhos unidos por sentimentos íntimos – é o que possibilita, portanto, que a criança passe a ser pensada como o “homem de amanhã”, sendo destacada e recortada como objeto de teorização e de práticas educacionais, higiênicas e científicas. É essa perspectiva que possibilitará o desenvolvimento, em momentos diferentes, da pedagogia, da pediatria, da puericultura, da psicologia do desenvolvimento, e de uma série de “especialistas”, que legitimados por uma posição de autoridade pelo saber científico, falarão e, de fato, construirão a infância (CIRINO, 2001, p. 22).

Seguiremos retomando a infância e especificando o contexto da sua demarcação no Brasil, assinalando o olhar e o lugar social atribuído a estes sujeitos no cenário político social.

### 3.1.1 A infância no contexto brasileiro

No período colonial, a atenção estava voltada para as propriedades e a experiência. A infância era desconsiderada, uma vez que, por sua condição estrutural, não tinha posses e nem conhecimento. Posteriormente, essa visão se modificou, relacionando a criança e o adulto através de um processo de evolução apoiado nos estudos de Darwin que estavam em voga na época.

Para garantir seu aperfeiçoamento, etapas superiores de humanização, a espécie humana teria passado por um longo processo evolutivo, desde os seus primórdios no reino animal. Esse percurso apontaria, portanto, para a infância da humanidade, que só teria sido superada posteriormente, depois dos processos de seleção natural e adaptação (CIRINO, 2001, p. 31).

Tal teoria alcançou diversas esferas, promovendo uma revisão nos pressupostos teóricos das disciplinas que se relacionavam com o estudo do homem. A problemática da infância ganha novo impulso com essa inscrição na ordem da história e do tempo. Na medicina, essas postulações produziram repercussões nas práticas dos médicos higienistas que passaram a considerar a mortalidade infantil como um grave problema a ser solucionado. “Como representante do saber científico, o médico tornou-se o sacerdote do corpo e da saúde, com a tarefa de definir o que era ‘bom’ ou ‘mau’ para os indivíduos, suas famílias e a população” (CIRINO, 2001, p. 31).

Revelava-se, portanto, a insuficiência dos cuidados com a infância que, neste período, eram realizados pelas amas de leite e parteiras, sendo o cuidado com a criança completamente direcionado à elas, eximindo a família dessa função. A organização familiar passa, então, por profundas transformações, pois o modo como se apresentava não era considerado adequado. A partir disso, a família passa a ser responsável por estes cuidados,

sendo as tarefas divididas: o pai era responsável pela proteção material das crianças e a mãe pelo início da educação infantil.

A ideia da nocividade do meio familiar foi o grande trunfo que os higienistas utilizaram para se apropriarem medicamente da infância. Sua intervenção revelaria os segredos da vida e da saúde infantil, prescrevendo a boa norma de comportamento familiar dos adultos, visando à proteção da saúde de toda população. Para os higienistas, a criança era uma entidade físico-moral amorfa, espécie de cera mole, que seria moldada a partir de pequenos hábitos exercidos cotidianamente pela disciplina física (costumes alimentares, ginástica, controle da masturbação...), pela disciplina intelectual e moral, que visava uma regulação autônoma e automática do “espírito das crianças” através do remorso e do amor-próprio ferido, mais do que dos castigos corporais (CIRINO, 2001 p. 32).

O higienismo seguiu nessa direção, como aponta o autor, transformando as crianças em “soldados da saúde” (CIRINO, 2001) e, a partir do século XIX, a criança passa a ser tomada como objeto de intervenções a partir das demandas econômico-sociais. O autor assinala também a lógica adotada remetendo ao olhar atribuído à infância na era da República, indicando, de modo bem consistente, a diferença de classes. As crianças ricas eram englobadas em políticas de atenção para a família e educação pois, futuramente, poderiam ocupar cargos, postos importantes na sociedade. As crianças pobres eram alvo de controle social e sua educação básica era voltada para o mercado de trabalho.

Em 1927 foi elaborado o Código de Menores – inicial legislação específica para a infância no Brasil. “Mais de cinquenta anos depois, este conjunto de leis ganhará outra versão em 1979, com o novo Código de Menores, que, entre outras coisas, determinava que o Poder Público criasse as instituições de assistência e proteção ao menor” (CIRINO, 2001, p. 33).

Destarte, constituem-se dois campos da infância: um em que a infância estava incluída nas coberturas públicas às crianças que pertenciam às camadas mais abastadas e outra que compreendia as crianças que eram alvo do controle sócio penal, englobando crianças em situação de vulnerabilidade social, pobres.

Constata-se que o descompromisso do Estado com a infância em condições precárias é histórico, sendo que este demorou décadas para assumir o posto que lhe cabia na assistência à infância e, especialmente, à infância em condições precárias. As ações que empreendiam neste sentido eram de cunho punitivo e disciplinatório e os órgãos públicos que criaram eram nessa direção como, por exemplo, o Departamento Nacional da Criança (1919) ou o Serviço Nacional de Menores (1941) (CIRINO, 2001).

### 3.2 A história das políticas públicas para a infância: o nascimento do sujeito de direitos

A partir da tomada da infância como problema econômico e político, algumas ações foram realizadas no sentido de recuperar a infância. Em 1942, criou-se o Serviço de Assistência ao Menor – SAM, que tinha um caráter disciplinar abrigando menores em conflito com a lei. O mesmo foi extinto com o golpe militar. Em 1959, foi promulgada a Declaração Universal dos Direitos da Criança em linha com a Declaração Universal dos Direitos Humanos e dos Direitos da Mulher – proclamadas pela Organização das Nações Unidas, que tiveram efeitos importantes nas práticas produzidas no cenário brasileiro na década de 1960.

O Estado, então, passou a se posicionar como interventor e o principal responsável pela proteção e assistência à infância abandonada e em situação de risco no Brasil.

Dentre esses direitos destacam-se: o direito à vida e à saúde; à liberdade, respeito, dignidade; à convivência familiar e comunitária; à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer; à profissionalização e à proteção no trabalho. Todas as crianças ganham, então, o status de sujeito de direitos, cabendo ao Estado protetor atuar para garantir essa nova posição (CIRINO, 2001, p. 35).

Em 1964, cria-se a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor - FUNABEM, que introduziu nos assuntos da assistência à infância no Brasil a perspectiva do Estado de Bem-Estar Social em meio ao processo ditatorial.

Com o restabelecimento do Estado de direito e o agravamento da pobreza e violência urbanas, as reações começam a surgir, sobretudo na década de 80, resultando em movimentos como a Pastoral do Menor (posteriormente Pastoral da Criança) e na presença ativa de organizações não governamentais, nacionais e internacionais, denunciando o desrespeito constante aos direitos das crianças (CIRINO, 2001, p. 35).

Em 1990, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, que foi envolto por intensa atmosfera de reivindicações políticas e sociais assinaladas pela Constituição de 1988, postulando a posição do Estado em relação à infância e à proteção integral. Temos nesse cenário, então, o surgimento do sujeito de direitos.

Ao serem reconhecidos como “sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis” (art.15 do Estatuto), tanto a criança quanto o adolescente encontram instrumento legal para garantir sua participação e cidadania. Definidos e diferenciados a partir de perspectiva cronológica, a criança – até doze anos de idade incompletos – e o adolescente – entre doze e dezoito anos (art.2) – são também considerados em sua “condição peculiar” de “pessoas em desenvolvimento” (ver, por exemplo, arts. 6, 15, 71). Eles têm, portanto, plenos direitos, mas com a peculiaridade de serem “pessoas em desenvolvimento”, o que lhes confere direitos especiais (CIRINO, 2001, p. 36).

Portanto, as políticas públicas criadas para a infância e a adolescência foram guiadas por este pressuposto do sujeito de direitos. Tal documento assegura direitos e deveres para crianças e adolescentes estabelecendo um paradigma importante: “Em suma, toda criança tem direito a um nome próprio, que faça referência à sua origem biológica e à sua história” (CIRINO, 2001, p. 36), delimitando o direito da criança à filiação.

Couto e Delgado (2015) assinalam que o Estado brasileiro historicamente apresentou duas posições em relação à criança e ao adolescente, uma tutelar e disciplinadora e outra que estava centrada no princípio da proteção baseada no engendramento do sujeito de direitos. “O momento histórico de mudança dessas duas conformações ocorreu com a redemocratização, a Constituição de 1988 e as conquistas sociais dos anos 80 e 90 do século passado” (p. 20).

Os autores destacam ainda que:

Esses acontecimentos – isto é, a Convenção da ONU e o ECA, no início dos anos 90, associados à emergência da Lei da saúde mental e à realização da III CNSM, em 2001 –, engendrados por movimentos sociais distintos e separados por quase uma década, foram responsáveis pela emergência de condições simbólicas e reais para a proposição da política de saúde mental para crianças e adolescentes no início do século XXI. Se marcos legais por si não alteram a realidade, podem, em certas circunstâncias, produzir modulações no real, agindo ativamente na inscrição social de novas concepções e práticas eticamente sustentáveis (p. 21).

Tais autores afirmam que “[...] até o final do século XX, não era possível afirmar a existência, no contexto brasileiro, de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes, se considerada a moldura ética e clínica [...]” (p. 22). Assinalam que tal política só foi instituída a partir de 2001, sob a influência da saúde mental e do campo dos direitos humanos. Antes, porém, os cuidados direcionados para infância e adolescência foram assumidos por instituições assistenciais que tinham como direcionamento as práticas disciplinares e corretivas no sentido de salvar a infância, pois considerava-se que a pobreza era causa de incapacitação dessa população (COUTO & DELGADO, 2015).

Desse modo, observa-se que a inserção da pauta da criança e do adolescente na agenda das políticas públicas de saúde mental se fez tardiamente, e isso não foi sem efeitos. Durante muito tempo ações foram conduzidas por instituições filantrópicas e de cunho caritativo a frente das demandas dessa população. No bojo dos movimentos que deram corpo à Reforma Psiquiátrica, implementando uma rede substitutiva, em fevereiro de 2002 publicou-se a Portaria Nº 336/2002, na qual havia um capítulo direcionado para a infância e adolescência

delineando a construção dos CAPSi - Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (BRASIL, 2004).

A criação dos CAPSi e o direcionamento intersetorial constituem ações-chave para alavancar a montagem da rede pública ampliada de atenção em SMCA<sup>13</sup> no país, com capacidade de acolher as diferentes ordens de problemas implicados na SMCA e ampliar o acesso, tendo como base o fundamento ético do cuidado em liberdade. Os CAPSi constituem a primeira ação concreta oriunda da nova posição do Estado brasileiro frente às questões da SMCA [...]. Inauguram a resposta oficial do SUS à necessidade de cuidado para crianças e adolescentes com problemas mentais que, até aquele momento, não encontravam na atenção psicossocial possibilidade real de atendimento (COUTO & DELGADO, 2015, p. 35).

Elia *et al* (2016) apontam nesse sentido a importância da criação do primeiro CAPSi no Rio de Janeiro, CAPSi Pequeno Hans, em 1998, quatro anos antes da publicação da portaria. Neste serviço, adotou-se a psicanálise como balizadora do trabalho indicando uma dupla adesão na direção das políticas do campo público e os pressupostos da psicanálise.

Esta dupla e igualmente decidida adesão às diretrizes políticas apontadas pelo campo público e as diretrizes psicanalíticas na definição do dispositivo clínico, marcam a fundação e, portanto, a história desse serviço, que é o primeiro Caps i propriamente dito no Brasil” (p. 225).

Abramovitch (2000) destaca a importância desses espaços particularizados para o cuidado à saúde mental infantil: “A tarefa de construir ‘um lugar’ que se ocupe dos casos mais difíceis da psicopatologia da infância e se empenhe em proporcionar uma alternativa à cronificação *é ao mesmo tempo um desafio e uma aposta de fazer emergir um sujeito desejante lá onde tudo, ou nada, se espera* (p. 104, grifo nosso).

Consideramos importante destacar tal experiência inaugural, pois ela apresenta a marca da aposta na articulação da psicanálise e da saúde mental, indicando que este caminho tecido já se delineava, de início, como uma experiência efetiva, mostrando-se como uma aposta possível e frutífera.

### **3.3 A psicanálise e o sujeito do inconsciente: o nascimento do sujeito de desejo**

Prates Pacheco (2012) percorre as diversas concepções da infância ao longo da história no sentido de questionar o que é uma criança para a psicanálise, demarcando as diferenciações entre o lugar assumido pelo infantil em diferentes contextos e na psicanálise. Entendemos que essa discussão é interessante neste trabalho, pois possibilita a delimitação das

---

<sup>13</sup> Saúde Mental para Crianças e Adolescentes - SMCA.

distinções entre o sujeito da psicanálise e o sujeito de direitos, situando como tais visões contribuem para a construção de modos de cuidado à infância.

O que é uma criança, afinal? Entre o fato biológico e real do filhote da espécie e a criança humana, há um misterioso abismo. No que nos diz respeito, enquanto psicanalistas, não devemos recuar frente ao sofrimento de um sujeito que nos chega já assim nomeado pela cultura e que, além do *assujeitamento* estrutural à linguagem – já que não há realidade pré-discursiva – também se encontra legalmente *assujeitado* a outro poder: o chamado “poder familiar” (p. 12, grifo da autora).

Freud (1905) promoveu rupturas neste campo ao propor a noção de uma sexualidade infantil, ideia esta que engendrou grande espanto na sociedade de 1900. Em seu estudo, propôs que as crianças eram dotadas de uma sexualidade e que esta percorria um intenso desenvolvimento para posteriormente chegar ao estágio genital, que possibilitava a relação sexual. A partir deste desenvolvimento, o sujeito tinha condições de construir relações sociais através da passagem do autoerotismo para a escolha de objeto que permitia a construção de laços com os outros. Lacan (1957-1998), avança ao apresentar uma concepção estrutural da infância marcada pelo universal da entrada na linguagem<sup>14</sup>.

A psicanálise constitui-se como uma teoria que se direciona ao infantil, ou seja, trata dos movimentos pulsionais, do inconsciente, do desejo, o que o campo da infância não contempla por estar direcionado ao desenvolvimento e ao tempo cronológico.

No entanto, nunca podemos esquecer que a psicanálise não se constitui em uma teoria sobre a infância, mas sobre o inconsciente e o gozo. Para ela, o que importa não é a realidade dos fatos da infância, mas a realidade psíquica constituída pelos desejos inconscientes e fantasias a eles vinculadas. Por não ser uma psicologia evolutiva, a distinção entre a criança e o adulto, para a psicanálise, só tem algum interesse a partir de parâmetros diferentes do crescimento ou da maturidade. Isso porque seu foco é tanto um sujeito que não tem idade – o sujeito do inconsciente – quanto uma satisfação paradoxal que não se desenvolve – o gozo. A oposição de Lacan aos conceitos de desenvolvimento e evolução não implica na negação ou desconsideração do tempo e das mudanças e transformações subjetivas. Trata-se antes de uma ordenação lógica e não de sequências cronológicas (CIRINO, 2001, p. 16).

A partir das postulações sobre o inconsciente, que percorrem toda obra de Freud, acompanhamos seu desenvolvimento a fim de construir uma teorização que explicasse o funcionamento psíquico. Nesse sentido, encontramos diferentes momentos nos quais ele situa as instâncias psíquicas. Inicialmente, Freud propõe a divisão entre inconsciente, pré-consciente

---

<sup>14</sup> Destacamos que tais questões serão aprofundadas no Capítulo III, ao apresentar as estruturas clínicas pelo viés da linguagem, nos detendo nos efeitos da afirmação e negação estrutural (*Bejhung- Autossung*).

e consciente – a primeira tópica (1885 a 1919) – e, posteriormente, a divisão seria: isso, eu e supereu (id, ego, superego) – na segunda tópica, localizada entre 1920 e 1939.

Freud buscava construir, a partir da clínica, respostas que possibilitassem compreender como os sujeitos tecem suas relações, partindo de questões como: “de onde vem mesmo a necessidade que tem a psique de ultrapassar as fronteiras do narcisismo e pôr a libido em objetos?” (FREUD, 1914/1916-2010, p. 29). Assim, destrinchava caminhos possíveis para pensar na constituição das relações.

Avançando em sua obra, questiona sobre as renúncias pulsionais que a civilização impõe para a vida compartilhada e os efeitos dessas sobre os sujeitos. (FREUD, 1930/1936-2010). Nesse sentido, Quinet (2009), remetendo-se às renúncias pulsionais para pensar os arranjos civilizatórios, aponta que “Todo laço social é, portanto, um enquadramento da pulsão, resultando em uma perda real de gozo” (p. 17). Encontramos, aqui, uma noção de sujeito que é marcada, desde o início, pela cisão que tal renúncia pulsional empreende e que se mostra de forma particularizada pela resposta singular formulada por cada sujeito a tal renúncia: a resposta à castração.

Ao formular o conceito de inconsciente (A Interpretação dos Sonhos, 1900), Freud nos apresenta uma concepção de sujeito, aqui não nomeada como tal, que marca a diferenciação com o sujeito cartesiano (René Descarte, 1637) tomado pela racionalidade e nos mostra que o sujeito aparece nos tropeços do discurso e tais tropeços portam um sentido. Aponta ainda que o sujeito é governado pela instância inconsciente que emerge nas formações deste comparecendo nos atos falhos, sintomas, chistes e sonhos, denotando que essa concepção situa o subjetivo ordenado por uma instância que está além de seu suposto controle e irrompe no discurso: o inconsciente.

Assim, ao postular o Inconsciente, Freud rompe com a noção de unidade e domínio da razão sobre a subjetividade. Na obra freudiana o sujeito não é unívoco e tão pouco é o mesmo que indivíduo, unidade distinta e indivisível. O ser humano deixa de caracterizar-se como unidade e passa a ser concebido como dividido (FORMIGONI, 2013, p. 62).

Lacan, por sua vez, propõe os registros Real, Simbólico e Imaginário para pensar a estruturação do sujeito, sendo que o sujeito estaria dividido entre o saber e a verdade. O Real pode ser pensando como algo que escapa à inscrição simbólica, um resto inapreensível, ele - ex-siste ao simbólico. O Simbólico seria remetido à linguagem, se constituindo como o lugar prioritário da linguagem, empreendendo a articulação do desejo à Lei, a partir da relação com

o Outro. O Imaginário pode ser pensado como o registro psíquico que corresponde ao eu, o que dá a consistência à imagem que formamos, portanto, ficcional (LACAN, 1953<sup>15</sup>).

Posteriormente, Lacan (1973) articula o real, o simbólico e o imaginário ao nó borromeano, implicando em uma equiparação entre os três registros, sendo que cada um dos anéis se organiza de modo diferenciado. Lacan formula a máxima de que o inconsciente é estruturado como linguagem, assinalando a posição privilegiada desta na constituição subjetiva. Tal articulação está sustentada pela relação que Lacan propõe com a linguística na qual “A linguística pode servir-nos de guia neste ponto, já que é esse papel que ela desempenha na vanguarda da antropologia contemporânea, e não poderíamos ficar-lhe indiferente (LACAN, 1957-1998, p. 286).

Entretanto, Lacan promoveu subversões em suas postulações, afim de construir uma conceituação própria à psicanálise, propondo uma inversão no postulado de Saussure (2006)<sup>16</sup> alterando a fórmula do signo linguístico, propondo a primazia do significante sobre o significado. O significante é pensado como uma imagem acústica, que se articula a outro significante, e o sujeito emerge no intervalo entre estes significantes. “Pois o significante por sua natureza, sempre se antecipa ao sentido, desdobrando como que adiante dele sua dimensão” (LACAN, 1957-1998, p. 505).

Lacan caminha, então, nesta amarração da estrutura da linguagem com o inconsciente, como uma estrutura que é preexistente ao sujeito e que lhe permite, através da inscrição neste campo, a construção de laços sociais pela via do discurso.

Da relação de linguagem, o sujeito surge de um tropeço, de uma falha, o que permite a expressão do inconsciente, do sujeito do inconsciente que é marcado pela incompletude, pela falta. A cadeia significante permanece aberta, não havendo um significado em si, um significado último que venha fechá-la (MEYER, 2004, p. 115).

Meyer (2004) aponta o retorno a Freud presente nestas formulações de Lacan ao postular o inconsciente estruturado como linguagem:

Ao afirmar que “o inconsciente é estruturado como uma linguagem”, ele é também fiel a Freud. Foi em A interpretação dos sonhos (1900) ao analisar os sonhos e distinguir os seus mecanismos de formação, que Freud fundou o conceito de inconsciente, afirmando que ele possui um sentido. Esse sentido é produzido pelo trabalho do sonho, por meio dos mecanismos de “condensação” e do “deslocamento”,

---

<sup>15</sup> Lacan apresenta estes termos em uma conferência intitulada “Simbólico, o imaginário, o real”, pronunciada em 8 de julho de 1953, durante a abertura das atividades da Sociedade Francesa de Psicanálise. Disponível em: <http://psicoanalysis.org/lacan/rsi-53.htm>.

<sup>16</sup> Filósofo e linguista suíço, estruturou a teoria do signo linguístico a partir de um algoritmo no qual o significado estava acima do significante, fechado em uma elipse.

que podem ser identificados a mecanismos de linguagem. Sendo assim, Lacan ao subverter o algoritmo saussureano, retorna a Freud e vai além dele, mas sem deixar de servir-se de sua criação, a criação da linguagem inconsciente que fundou a psicanálise (p. 115).

Assim temos que a noção de sujeito proposta na psicanálise lacaniana está atrelada ao conceito de inconsciente e é fundada a partir das incidências do Outro primordial que inscreve o sujeito na dimensão do desejo. O sujeito psicanalítico é produzido pelo efeito do Outro em uma relação de engano: “Há nesse nó com o Outro uma relação de engodo” (LACAN, 1961-1962/2003, p. 205) – posto na suposição de que o Outro é esse que sabe do seu desejo e, na verdade, o Outro nada sabe sobre seu desejo, pois o desejo comporta o vazio, o buraco inapreensível pelo Outro.

Lacan considera o sujeito como sujeito do inconsciente, isto é, do desejo [...]. O sujeito tem que surgir dos significantes que provêm do Outro, lugar transcendental destes, para se constituir numa existência que lhe é possível, dentro do campo freudiano da experiência, ou seja, aquilo a que se chama desejo (ABRAMOVITH, 2000, p. 53).

Temos, então, clareza de que o sujeito que interessa à psicanálise é o sujeito do inconsciente e não deve se confundir com o indivíduo que é tomado no âmbito do desenvolvimento e produz outros direcionamentos. Sobre isto, Pacheco Filho (2015, p. 88) assinala uma importante distinção entre o sujeito e o indivíduo:

E, aqui, podemos talvez encontrar uma ressonância importante com a psicanálise, seja na crítica que ela também faz a uma essencialização do sujeito, seja na oposição irreduzível entre seu conceito de sujeito (que é “falta-a-ser”) e a noção de indivíduo (do latim *individuus*: *in*, “não” e *dividuus*, “divisível”), no capitalismo destacando que a psicanálise se alinha com o sujeito enquanto falta-a-ser em oposição a conceituação de indivíduo referindo-se ao que não é dividido.

Cirino (2001) destaca a articulação do sujeito pelo viés do real, “[...] Em outras palavras, o sujeito é uma resposta do real ao encontro do significante” (p. 52). Remete à condição do sujeito como ser que fala e que, para tal, está remetido à inscrição de uma falta, não tendo, então, relação com a consciência exatamente por estar marcado pela falta. “Ele só é reconhecido na cadeia significante quando nela se produzem tropeços, dissimetrias, que assinalam exatamente que está aí, presente, algo que só pode contar quando falta” (CIRINO, 2001, p. 52).

Elia *et al* (2016) assinalam sobre o sujeito que

A categoria de sujeito não é, portanto, um mero nome diferenciado, da pessoa humana, do indivíduo ou do cidadão; não lhe basta o humanismo. Sujeito é também um operador estrutural, e para que sobre ele se possa operar é preciso um *dispositivo*, à maneira dos instrumentos e aparatos científicos, e um determinado *tempo* exigido para que o sujeito se faça representar no campo da experiência clínica. [...] Assim, o dispositivo psicanalítico tem como seu principal eixo estruturante a categoria de sujeito (p. 213, grifo do autor).

Interessa à psicanálise ouvir o sujeito sobre suas marcas advindas desse surgimento no campo do Outro ecoando no modo como constrói seus laços sociais. Nesse sentido, balizar-se por essa noção de sujeito que se direciona pelo desejo, produz efeitos importantes no posicionamento do sujeito em diversos contextos. Seguiremos na proposição de pensar as articulações possíveis entre o campo do sujeito de direitos, fundamental no que no tange à garantia de direitos, e o sujeito do inconsciente, que se direciona pela singularidade impressa no desejo.

### **3.4 Articulações entre o sujeito de direitos e o sujeito do inconsciente: aproximações possíveis**

Ao traçarmos a linha evolutiva das políticas públicas para a infância e a adolescência, deparamo-nos recentemente com avanços importantes, os quais asseguram a este público espaços exclusivos na agenda pública. Tais políticas direcionam-se ao sujeito de direitos e têm como finalidade a garantia de um lugar social fundamental para esta população. Entendemos a importância deste direcionamento, já que o surgimento destas políticas para as crianças e os adolescentes deu-se na confluência do campo da saúde mental e dos direitos humanos (COUTO & DELGADO, 2015).

Reconhecemos estas conquistas no que tange ao Estado ocupar seu devido papel na construção e aplicação das políticas de proteção e direitos à infância, apesar de diversos impasses que ainda compõem esse campo, mas propomos colocar em discussão aspectos importantes que escapam a essa universalização presente no sujeito de direitos. Cirino (2001, p. 37-38) assinala que os avanços conquistados através do ECA são inegáveis, porém, ainda existem lacunas nesse campo:

À luz do Direito, o ECA representa um avanço sociojurídico sem precedentes na história, outorgando não só à família e ao Estado a obrigação de proteger, com prioridade absoluta, as crianças e os adolescentes. Trata-se de um dever de toda a sociedade. Contudo, sem desconsiderar a importância da dimensão jurídica no processo de luta para melhorar as condições de vida das crianças brasileiras, temos de admitir que, dez anos depois de promulgado o Estatuto, vários direitos das crianças e dos adolescentes são violados cotidianamente em nosso país.

Para além das questões que indicam a constante violação dos direitos das crianças e dos adolescentes, apontamos também as implicações que os diferentes direcionamentos que o sujeito do direito (alicerçado na cidadania) e o sujeito do inconsciente (calcado no campo do desejo) produzem nas práticas que se realizam no campo da infância e da adolescência de modo geral, incluindo as demandas sociais e as questões referentes à saúde mental.

A psicanálise se ocupa do sujeito em sua radical singularidade, naquilo que lhe confere sua característica singular, direcionando-se de modo a ressaltar o que tange às particularidades próprias de cada sujeito no encontro com os outros, balizando-se pelos seus modos de gozo<sup>17</sup>. Demarcamos que o objeto da psicanálise é outro, que não o sujeito de direitos, e essa formulação geral, universal, traz consequências à clínica psicanalítica, uma vez que tal universalização prevê uma equivalência entre o sujeito do enunciado e da enunciação, o que para a psicanálise significa posições discursivas diferenciadas. “Assim, tratar o sujeito a partir de referências gerais, sejam elas quais forem – crianças, mulheres, homossexuais, toxicômanos – acaba por reforçar os efeitos segregativos, uma vez que ‘não há comunidade sem exclusão’” (CIRINO, 2001, p. 38).

Bueno (2016) aponta que o sujeito de direito é criado pela lei e esta propõe uma igualdade aos sujeitos, “Tal definição implica uma noção abstrata de igualdade que é base para se pensar que tais sujeitos são iguais perante a lei. Essa igualdade é uma ficção, e o sujeito do inconsciente emerge para denunciar essa ficção e inscrever essa singularidade” (p. 220). Aqui, o autor nos guia a pensar o engodo da universalidade da lei e que o sujeito do inconsciente situa um furo e instala uma ruptura nessa ficção.

Rinaldi (2006) aponta para a linha de continuidade que muitas vezes se estabelece entre o sujeito e o cidadão:

Se a noção de sujeito diz respeito a individualidade, a cidadania é o lugar do reconhecimento do sujeito na sociedade[...] observa-se aqui a demarcação de dois campos distintos, uma vez que, tomando como referência a teoria psicanalítica, o sujeito do inconsciente não é recoberto pelas noções de indivíduo ou cidadão (p.143-144).

Desse modo, questionamos o lugar ocupado por crianças e adolescentes nestes estatutos e declarações, um lugar que não é o de fala enquanto agente de produção, pois “De

---

<sup>17</sup> O gozo seria uma formulação de Lacan referido ao modo como o sujeito trata do real. Abrange o prazer e o desprazer (LACAN 1974/1975-2006). O gozo não se deixa apreender, está sempre transbordando. Envolve o impossível que, após a incidência da Lei simbólica, é aparelhado pela linguagem.

toda maneira, tanto para efeitos penais quanto civis, a criança não pode ser considerada responsável por seus atos, o que, no entanto, não a absolve, de forma alguma, das consequências desses atos” (CIRINO, 2001, p. 40).

E, nesse sentido, a questão da responsabilização do sujeito entra em cena acenando para a especificidade da psicanálise ao pensar sobre a posição do sujeito frente a sua estrutura, ou seja, para além do universal postulado pelas leis, há um sujeito que tem um modo particular de gozar e enlaçar-se com o social.

Ao visar o contrário da adaptação, a responsabilidade em psicanálise tem um sentido oposto à responsabilidade legal; trata-se, antes, de uma responsabilidade face à estrutura, ou seja, o consentimento à determinação da cadeia significante e ao objeto que causa o sujeito. Por isso, se a criança, como qualquer sujeito, não puder responder pelo que diz e pelo que faz não existe nenhuma possibilidade para a prática analítica (CIRINO, 2001, p. 40).

Lacan (1965-1998, p. 873) marca que “*Por nossa posição de sujeito somos sempre responsáveis*” (grifo nosso), sustentando assim a articulação do determinismo significante e a liberdade. Concordamos com Bueno (2016) ao assinalar a posição em que o sujeito de direitos é alocado, posto que nesta dimensão legal

Constata-se que este sujeito, é antes, o depositário da norma jurídica do que aquele que se posiciona e se responsabiliza [...]. Tal discurso se destaca por sua particular capacidade de descrever situações políticas complexas e conflitivas em termos normativos relativamente simples (p.219).

O autor retoma, então, a ideia de que o sujeito do inconsciente escapa à esta normatização por seu caráter singular, que não pode ser previamente determinado e delimitado. Entretanto, destacamos que a intenção não é criar uma oposição entre os campos, o que se constituiria em um equívoco, mas marcar que a psicanálise aponta para um sujeito inédito, singular, e que possivelmente sua singularidade não caiba no universal. Porém, não se constituem em posições antagônicas, apenas propomos um a mais para se pensar as questões que compõem este delicado campo das políticas públicas para a criança e o adolescente sem deixar de fora a singularidade destes sujeitos.

Articular estes sujeitos do direito e do desejo nos interessa nessa pesquisa, pois entendemos que a aposta da psicanálise como baliza ética pode sustentar amarrações fundamentais entre estes dois campos, de modo que a singularidade assinalada na proposta do SUS e sublinhada pelo dispositivo do PTS seja acentuada na direção de trabalho proposta nestes equipamentos. Adicionando a essa amarração a dimensão do desejo e, de modo mais específico,

o desejo na psicose, pois esta dimensão do desejo considera as particularidades do sujeito em questão.

Tal proposição – alocar a psicanálise como balizadora para pensar a construção de PTS que tenham como norte a dimensão do desejo – intenta a sustentação de práticas clínicas nestes equipamentos de saúde mental que preconizem o sujeito e não apenas a direção de trabalho que os profissionais julguem necessária, e é um movimento no sentido de assegurar estes serviços como espaços prioritários para a singularidade em sua expressão mais particular, neste caso, o sintoma. A partir do sintoma podemos ter notícias dos caminhos para acessar os modos de gozo do sujeito.

Com efeito, a subversão que a psicanálise produz no campo científico pode ser remetida à proposta de uma política do sintoma que dá lugar ao sintoma como o traço mais particular do sujeito, como marca do seu estilo, em detrimento da noção de um desfuncionamento em relação a um ideal de saúde e bem-estar [...]. Nesse momento, o sintoma é designado como um significante que conecta o sujeito na cadeia simbólica dos significantes e como uma metáfora que representa um *sentido* que atravessa a barra do recalque (BURSZTYN, 2012, p. 16-17, grifo da autora).

A autora destaca também a especificidade do sintoma em relação ao universal da doença mental:

Assim, o sintoma possui leis próprias, que funcionam seguindo uma lógica que inclui a repetição do gozo e o modo singular como cada sujeito goza do seu inconsciente. Subverter a concepção de “doença mental” remetida a um significado único, generalizável, universal, fornecendo-lhe o estatuto singular do sintoma foi, portanto, a consequência prática da descoberta freudiana do inconsciente (BURSZTYN, 2012, p. 17).

Na direção de acessar o singular em questão, propomos que se lance mão da proposta criada por Freud à construção do caso clínico em psicanálise. Assim, conforme Viganó (1999) nos apresenta em seu texto “A construção do caso clínico em saúde mental”, a psicanálise se configura como um importante balizador para sustentar as práticas clínicas em serviços de saúde da rede pública, a partir da singularização tecida na construção do caso clínico, pois é possível que o profissional se desloque do engodo da segregação (que se produz ao colocar o sujeito como objeto de cuidados), ao pautar suas práticas clínicas na emergência de um sujeito de desejos, construindo com ele seu projeto terapêutico a partir de suas questões.

E é essa relação que pretendemos explorar neste trabalho, nos especificando na direção de tratamento formulada por Lacan articulando a construção dos PTS, rompendo assim

com lógicas que figuram o sujeito como objeto de cuidado em um processo no qual a sua subjetividade não encontra lugar.

A cronicidade é uma adesão a um programa de vida imposto, decidido fora de qualquer expressão subjetiva. O risco é de se passar da exclusão à segregação. [...] Vimos, nos outros encontros, que Lacan sustenta que o psicótico é um sujeito estruturado, mesmo se ele se encontrar fora do discurso social. Não discutir com ele, não falar com ele, é uma forma de excluí-lo. Mas, também ficar com ele sem o discurso é uma forma de exclusão e de segregação. Noutros termos, a segregação, que se pode criar com a abertura dos manicômios, é criar outros lugares onde se faz barulho sem falar. A abertura dos manicômios não exclui a segregação. A respeito dessa perspectiva, proponho a construção do caso clínico (VIGANÓ, 1999, p. 39-40).

O autor refere ainda que: “a posição do analista na instituição é aquela de construir o caso clínico” (p. 46).

Askofore (2006) pontua, nesse sentido a importância de localizar a posição do sujeito em relação ao seu desejo e os laços sociais:

Ao mesmo tempo, há a problemática do saber, o tipo de laço social e de desejo no qual o sujeito se situa, para que possa ocupar a função de agente do discurso. É a prática de um discurso que permite saber sobre sua ética e, então, assegurar uma transmissão conforme a lógica desse discurso (ASKOFORE, 2006, p. 168-9).

Abre-se um caminho para se pensar a posição do psicanalista nestes dispositivos de saúde pública, atentando que o analista é este que vai atuar na defesa da singularidade radical do sujeito “[...] psicanálise é uma prática subordinada em sua destinação ao que há de mais particular no sujeito[...]” (LACAN, 1955/1960-1998, p. 360). A construção do caso clínico nos parece um caminho fecundo para marcar a prevalência do singular na direção de trabalho.

Figueiredo (2010, p. 6) nos auxilia nesse intento ao assinalar que

As indicações da psicanálise para o trabalho em equipe se ampliam e se pulverizam na tessitura da rede, como em um mosaico. A partir daí devem ser recolhidos os elementos como pedaços, ou mesmo estilhaços, para tecer o “caso”. O processo se complexifica em “construção-circulação-construção” e podemos propor um movimento ao modo de uma estrutura moebiana, ou seja, não deve haver mais um “dentro” e um “fora”. Todos estão concernidos e implicados no processo em um *continuum*. Mas o caso não é o sujeito e nunca um recobrirá o outro. O caso é sempre uma construção sobre o que se recolhe do sujeito, que anda na frente, se move, demanda, ou se esquiva, sempre surpreendente. Se retomarmos a banda de Moebius, o sujeito fica na borda, percorre a borda sem se deixar apreender nem se reduzir ao “caso”, e a construção-circulação do caso entremeia a banda se deslocando à medida que os acontecimentos vão trazendo novos elementos para esse trabalho permanente. Entre os buracos da rede e a torção moebiana do movimento do sujeito, temos que

operar a cada caso essa tessitura esburacada, mas não esgarçada a ponto de perdermos o sujeito e não sabermos fazer ali onde podemos intervir, na cena, em ato.<sup>18</sup>

Entendemos que as articulações apresentadas neste texto poderão contribuir para as práticas em saúde mental, posto que, a partir de um saber circunstancial sobre um determinado caso, podemos pensar direcionamentos a serem disponibilizados em outros casos.

A política do sintoma, a da clínica do caso único, é a que deve nortear a construção de casos clínicos nas instituições. Ao considerar a dimensão do real do sintoma desde o início do tratamento, a construção do caso na orientação analítica permite recolher e transmitir os efeitos de real sobre o sujeito e o impossível de universalizar de seus sintomas. E isto não somente influencia o tratamento dos sintomas no campo da saúde mental, mas também nos adverte quanto à avaliação dos efeitos terapêuticos em psicanálise que dá lugar ao sintoma como traço mais particular do caso clínico (BURSZTYN, 2012, p. 10).

A interlocução entre a psicanálise e o discurso do SUS é possível a partir da perspectiva que a leitura psicanalítica instaura sobre os fenômenos sociais e os laços que se instituem, produzindo giros discursivos que promovem furos nessa lógica do universal, apesar de compreender as importantes incidências deste sobre a constituição de um sujeito e de seu desejo.

Dialogamos com Pacheco Filho (2013) quando este questiona:

Como se vê claramente, o conceito de sujeito com que a psicanálise opera não se confunde com o dos demais campos de saber. Afinal, a psicanálise, em seus fundamentos epistemológicos, teóricos, metodológicos, clínicos e éticos, e em sua oferta de tratamento para o “mal-estar de existir” do sujeito que chega à sua clínica, é uma abordagem inédita e original. Mas o que eu quero deixar como pergunta é se, apesar de suas diferenças (e divergências), não haveria a possibilidade de alianças estratégicas (ou táticas) entre a psicanálise e algumas dessas outras abordagens e campos progressistas da área da saúde. E isso, no interesse da sustentação da relevância do sujeito e da construção de um lugar para a sua escuta e a do seu desejo, nas instituições de saúde, que seja o avesso das instrumentalizações sociais totalitárias do seu gozo (p. 14).

Pacheco Filho (2015) destaca ainda a posição do psicanalista ao acompanhar o sujeito na construção dos laços possíveis:

[...] a partir de nosso posto de resistência: confrontados com a impossibilidade de dizer toda a verdade do desejo, e recusando-nos ao lugar de aliados do supereu, restou a nós, psicanalistas, escapar de uma “ética do bem” por meio de uma “política de bem-dizer o sintoma”. É desse lugar que nos esforçamos para acompanhar o sujeito, em sua busca para encontrar algo com que possa “se virar”, quando se acostumar à sua

<sup>18</sup> A banda de Moebius é uma referência a topologia que Lacan utiliza para falar dos três registros: real, simbólico e imaginário. Nessa articulação, Lacan propõe pensar a questão do vazio estrutural e como a demanda e o desejo se interconectam. Ao estudar a topologia, Lacan segue na formalização de um saber sobre o inconsciente (LACAN, 1961/1962-2003).

condição de estar lançado no mundo à sua própria sorte e por sua própria conta e responsabilidade. Condição esta que comporta algo do confronto com a solidão, mas que lhe possibilite tecer laços sociais relevantes e significativos com outros falantes esparsos disparatados. E é também nesse lugar que nos postamos para acompanhá-lo na construção do que decidir fazer, se vier a assumir seu próprio desejo e se arriscar a encontrar uma maneira de aprender a “se virar” (“*savoir y faire*”) com seu sintoma (PACHECO FILHO, 2015, p. 92-93, grifo do autor).

Expostas as possíveis articulações entre o sujeito de direitos e o sujeito do inconsciente, refletiremos sobre as particularidades que acompanham o psicanalista inserido nestes equipamentos, apostando que a psicanálise pode se sustentar como uma baliza para a prática clínica que ocorre na saúde mental pública. A princípio, podemos nos encontrar com interrogações frente à aplicabilidade da psicanálise nas instituições, expressas por indagações como: o que pode um psicanalista no campo institucional?

Freud (1919-2010), em seu empenho na construção da psicanálise, diversas vezes sinaliza que, para além das questões subjetivas, temos uma dimensão que se refere ao social expresso nas relações que os sujeitos constroem com os outros. Aponta ainda que, no futuro, a psicanálise se estenderia ao campo social de modo mais amplo:

Os senhores bem sabem que nossa ação terapêutica não é muito extensa. Somos apenas um punhado de pessoas, e cada um de nós, mesmo trabalhando esforçadamente, pode se dedicar apenas a um número escasso de doentes. Na abundância de miséria neurótica que há no mundo, e que talvez não precise haver, o que logramos abolir é qualitativamente insignificante [...] agora suponhamos que alguma organização nos permitisse aumentar nosso número de forma tal que bastássemos para o tratamento de grandes quantidades de pessoas. Pode-se prever que em algum momento a consciência da sociedade despertará, advertindo-a de que pobre tem tanto direito a auxílio psíquico quanto hoje em dia já tem de cirurgias vitais. E que as neuroses não afetam menos a saúde do povo do que a tuberculose, e assim como esta não podem ser deixadas ao imponente cuidado do indivíduo (FREUD, 1919-2010, p. 290-291).

Freud destaca, assim, que seriam precisos alguns ajustes para adaptar a técnica às novas condições de trabalho, sem, contudo, modificar as bases do tratamento psicanalítico. Vemos, então, como o apontamento da possibilidade da psicanálise se estender a outros campos para além do consultório já estava indicado por Freud.

A valiosa contribuição que a psicanálise pode dar a uma instituição é certamente a de instaurar a particularidade *versus* o ideal. Não existe um modelo de criança perfeita, nem de instituição que ofereça todos os tratamentos possíveis. Estamos diante do que Freud chamou de “psicanálise em extensão”, ou seja, da aplicação dos conceitos psicanalíticos em outro local que não o *setting* analítico. (ABRAMOVITCH, 2000, p. 109, grifo da autora).

Aqui, podemos destacar as diferenciações da psicanálise no tratamento analítico propriamente dito e a psicanálise em extensão que se estende a outros campos. Ao pensar a inserção do psicanalista nas instituições, resgatamos que Lacan situa que a instituição também está regida pelas leis da linguagem, o que permitiria escutar e situar o discurso dos pacientes e o discurso da instituição.

Tal escuta configura-se em um operador fundamental para o psicanalista, já que seu trabalho se direciona pela fala que emerge do sujeito e nos dá notícias de seu desejo. Lacan (1957-1998) ressalta que a psicanálise se ordena no campo da linguagem, sendo que “[...] nossa tarefa será demonstrar que esses conceitos só adquirem pleno sentido ao se orientarem num campo de linguagem, ao se ordenarem na função da fala” (p. 247).

Uma questão importante se faz presente quando avançamos na proposta de pensar como o psicanalista se insere nas instituições: a demanda. Isto porque nas instituições, considerando os psicanalistas como parte da equipe, não há a formulação de uma demanda de análise. Como intervir então? Lacan (1976-2003) nos diz que “a oferta é anterior à solicitação de uma urgência que não se tem certeza de satisfazer, exceto depois de pesá-la” (p. 569), ao que podemos pensar que, antes da instalação da demanda, há a oferta veiculada pelo psicanalista como algo que engendra a formação da demanda, e é este o começo do ato analítico

A oferta é, portanto, o primeiro passo do ato analítico: ela é o começo. Para marcar bem que essa oferta não é uma resposta, e isso não somente porque ela é anterior à demanda, utilizo a expressão de Lacan: ela é, já na entrada, um ato de “posição do inconsciente”, do inconsciente suposto. Ela é assim desde a instrução da associação livre [...] (SOLER, 2013, p. 16).

A oferta que se apresenta é a criação de uma transferência a partir da instalação do sujeito suposto saber que viabiliza a oferta de um saber inconsciente suposto, produzindo um amor que se dirige ao saber inconsciente. Assim o analista figura como o agente que possibilita a instalação de interrogações que se direcionem a construção de um saber, saber este que se dirige ao inconsciente (SOLER, 2013).

Costa (2006) nos adverte que essas interrogações só podem caminhar rumo ao saber inconsciente se o analista se posiciona de modo a não responder a demanda do sujeito encerrando, assim, a possibilidade de que ele possa se indagar sobre suas questões: “[...] o que singulariza a experiência é a renúncia do analista em responder. E nessa medida que o enigma de que ele foi objeto nas relações primárias pode tornar-se propulsor da transposição a um outro lugar da enunciação” (p. 162-63).

Sendo assim, as interrogações que se direcionam à inserção do psicanalista nas instituições, encontram caminhos pela oferta que é veiculada por ele de construção de um saber. Tal oferta tem uma dupla dimensão, dupla no sentido que convida a equipe, juntamente com ele próprio, a se implicar no tratamento construído junto com aquele sujeito e, ao mesmo tempo, convoca o sujeito a se implicar na sua formação sintomática. Nesse sentido, caminhamos na construção de uma direção de trabalho que considere a dimensão do desejo sua expressão mais singular. Para tanto, no próximo capítulo abordaremos a psicose e sua relação com o desejo.

## 4 CAPÍTULO III - ESTRUTURA E DESEJO: O DESEJO NA PSICOSE

Ao iniciar este capítulo, nos deparamos com a tarefa que, no processo desta escrita, se constituiu como um desafio maior: apresentar a psicose a partir de uma posição que a destaque, considerando as particularidades próprias desta estrutura e não como um negativo da neurose. Desafio este que transcende a psicose e chega também à perversão: como apresentar as estruturas clínicas de modo a não destacar a neurose como ideal, como melhor escolha possível?

Neste intuito, retomaremos o processo de constituição psíquica ressaltando a relação que cada estrutura, e a psicose em especial, estabelece com a linguagem, delineando-as a partir da afirmação e negação primordial. Posteriormente, chegaremos no desejo para particularizá-lo, no caso da psicose, que é tema neste capítulo.

As questões éticas relativas à posição do sujeito e do analista serão assinaladas segundo a proposição do desejo de analista que sustenta a análise. Assim, dialogaremos apontando os impasses e contradições ao não se guiar na direção de incluir a dimensão do desejo das psicoses. Finalizamos com um questionamento que sustentamos acerca do que seria o tratamento das psicoses: ao se excluir a dimensão fundamental do humano que é o desejo, sustenta-se a ética da psicanálise? Em que se configuraria esse tratamento?

### 4.1 Estruturas clínicas

O ensino de Lacan nos propiciou importantes balizas para pensar as estruturas clínicas. Entendemos que as estruturas se delineiam a partir da falta estrutural que emerge com a inscrição do sujeito na linguagem. A noção estrutural do sujeito é construída por Lacan com base nas influências importantes de outros campos, como a linguística e o estruturalismo. Porém, Lacan marca as contribuições de tais disciplinas, bem como as diferenciações e subversões que engendrou na formulação de uma teoria topológica sobre o sujeito do inconsciente, “Ora, a estrutura não é forma, como insistimos noutra contexto, e a questão é justamente abrir o pensamento para uma topologia, exigida pela simples estrutura”(LACAN, 1960-1998, p. 655 ).

Pode-se verificar que Lacan se propôs a rerever Freud, a partir de uma nova ciência – o estruturalismo – a fim de que a experiência psicanalítica fosse reconduzida à fala e à linguagem [...]. Entretanto, embora tenha se apropriado de alguns conceitos fundamentais do domínio estruturalista linguístico – significante e significado, cadeia

significante, signo, metáfora e metonímia – Lacan trabalhou durante décadas na reconstrução desses conceitos (SADALA & MARTINHO, 2011, p. 247).

As autoras acima enfatizam que Lacan retira dos textos de Freud a noção de estrutura, atribuindo-lhe novas roupagens: “Com Lacan, lê-se o diagnóstico diferencial enunciado por Freud, como estrutural, demonstrando assim que sua abordagem estrutural é retirada da obra de Freud” (p. 245). Retomando os textos de Freud e Lacan, temos que a noção de estrutura clínica é construída como estratégia para pensar a direção de tratamento. Nesse sentido, para localizar a estrutura Freud situa o complexo de Édipo como um organizador da sexualidade infantil. “Cada vez mais se revela a importância do complexo de Édipo como o fenômeno central do período sexual da primeira infância” (FREUD, 1923/1924-2011, p. 204).

O complexo de Édipo é apresentado pela prevalência da região genital no desenvolvimento sexual, atingindo seu ápice na fase fálica, com a passagem do homem da natureza para o homem da civilização. Assim temos a passagem do caos das pulsões para a inserção na cultura através da castração.

[...] Um único pensamento de valor genérico revelou-se a mim. Verifiquei, também no meu caso, a paixão pela mãe e o ciúme do pai, e agora considero isso como um evento universal do início da infância [...]. Sendo assim, podemos entender a força avassaladora de *Oedipus Rex* apesar de todas as objeções levantadas pela razão contra sua pressuposição e destino; e podemos entender por que os “dramas do destino” posteriores estavam fadados a fracassar lamentavelmente [...]. Mas a lenda grega capta uma compulsão que toda pessoa reconhece porque sente sua presença dentro de si mesma. Cada pessoa da plateia foi, um dia, em germe ou na fantasia, exatamente um Édipo como esse, e cada qual recua, horrorizada, diante da realização de sonho aqui transposta para a realidade, com toda a carga de recalçamento que separa seu estado infantil do seu estado atual (FREUD, 1897-1996, p. 365, grifo do autor).

A castração se operacionaliza pela interdição ao incesto e, a partir desta interdição, abre espaço para que a criança se identifique ao genitor do sexo oposto. “As tendências libidinais próprias do complexo de Édipo são dessexualizadas e sublimadas em parte, o que provavelmente ocorre em toda transformação em identificação, e em parte inibidas na meta e mudadas em impulsos ternos” (FREUD, 1924-2011, p. 209). A partir da resposta particular que cada sujeito formula a castração, temos notícias da estrutura em questão. “No entanto, o complexo de Édipo é algo tão significativo que não pode deixar de ter consequências a forma como nele se entrou e dele se saiu” (FREUD, 1925-2011, p. 297).

Faria (2014) assinala que

A castração é o que põe fim ao Édipo, impondo-se “de fora” ao sujeito. O desejo pela mãe (“natural”) é ameaçado com a castração (a lei, imposta pelo pai, que coloca o

sujeito na cultura.) A criança “aprende” que pode perder o que tem caso não se conforme às leis da sociedade. Paga-se o preço da renúncia e, ao fazê-lo, entra na cultura (p. 128).

Lacan propõe diferenciações na leitura apresentada por Freud, priorizando uma leitura que situa o Complexo de Édipo como esse percurso ao longo do qual o objeto adquire estatuto simbólico e, assim sendo, o sujeito fica atravessado pela falta que possibilita o desejo. Em seu Seminário sobre as formações do inconsciente, (Seminário 5, 1957/1958) discorre sobre três tempos possíveis para o Édipo. No primeiro tempo, a questão centra-se em ser o falo da mãe, a alienação fundante do estágio do espelho:

Primeiro tempo. O que a criança busca, como desejo de desejo, é poder satisfazer o desejo da mãe [...]. No primeiro tempo e na primeira etapa, portanto, trata-se disto o sujeito se identifica especularmente com aquilo que é objeto do desejo de sua mãe. [...] Para agradar à mãe, se vocês me permitem andar depressa e empregar palavras figuradas, é necessário e suficiente ser o falo (LACAN, 1957/1958-1999, p. 197-198).

O Falo é tido como esse elemento que se articula ao desejo. Inicialmente a criança fica situada como falo materno, pois ela supõe ser o objeto de desejo da mãe. Entretanto, vale destacar que a mãe já foi inserida na dimensão simbólica e que a criança se aloca na posição de falo imaginário. Posição esta que se desloca depois a partir da incidência do Nome-do-Pai sinalizando que a mãe não tem o falo e a criança não é o falo. A criança, identificada imaginariamente ao objeto do desejo materno, tem a ilusão de ser esse objeto. Na castração, a questão passa a ser ter ou não ter o falo, o que instaura a Metáfora Paterna, e o falo é reinstaurado na cultura (LACAN, 1957/1958-1999).

Já no segundo tempo, a questão seria ser ou não ser o falo da mãe, a partir da dialetização da posição materna:

Segundo tempo. Eu lhes disse que, no plano imaginário, o pai intervém efetivamente como privador da mãe, o que significa que a demanda endereçada ao Outro, caso seja transmitida como convém, será encaminhada a um tribunal superior, se assim posso me expressar. Com efeito, aquilo sobre o qual o sujeito interroga o Outro, na medida em que ele o percorre por inteiro, sempre encontra dentro dele, sob certos aspectos, o Outro do Outro, ou seja, sua própria lei. É nesse nível que se produz o que faz com que aquilo que desvincula o sujeito de sua identificação liga-o, ao mesmo tempo, ao primeiro aparecimento da lei, sob a forma desse fato de que a mãe é dependente de um objeto, que já não é simplesmente o objeto de seu desejo, mas um objeto que o Outro tem ou não tem (LACAN, 1957/1958-1999, p. 199).

No terceiro tempo, a questão é ter ou não ter o falo, através da instauração da Metáfora Paterna, o significante Nome-do-Pai, que insere o sujeito na ordem simbólica. O pai decanta o desejo materno e viabiliza a inscrição da criança no ordenamento simbólico. Assim,

nas diferentes estruturas clínicas, temos notícias dos desdobramentos da inscrição ou não da metáfora paterna.

A terceira etapa é tão importante quanto a segunda, pois é dela que depende a saída do complexo de Édipo. O falo, o pai atestou dá-lo em sua condição e apenas em sua condição de portador ou de *suporte*, diria eu, da lei. É dele que depende a posse ou não desse falo pelo sujeito materno [...]. É por intervir no terceiro tempo como aquele que tem o falo, e não que o é, que se pode produzir a báscula que reinstaura a instância do falo como objeto desejado da mãe, e não mais apenas como objeto do qual o pai pode privar [...]. O terceiro tempo é este: o pai pode dar à mãe o que ela deseja, e pode dar porque possui (LACAN, 1957/1958-1999, p. 200).

Lacan (1957/1958-1999) sintetiza os três tempos desse modo:

Em primeiro lugar, a instância paterna se introduz de forma velada, ou que ainda não aparece. Isso não impede que o pai exista na realidade mundana, ou seja, no mundo, em virtude de neste reinar a lei do símbolo. Por causa disso, a questão do falo já está colocada em algum lugar da mãe, onde a criança tem de situá-la. Em segundo lugar, o pai se afirma em sua presença privadora, como aquele que é suporte da lei, e isso já não é feito de maneira velada, porém, de um modo mediado pela mãe, que é quem o instaura como aquele que lhe faz a lei. Em terceiro lugar, o pai se revela como aquele que tem. É a saída do complexo de Édipo. Essa saída é favorável na medida em que a identificação com o pai é feita nesse terceiro tempo, no qual ele intervém como aquele que tem o falo (p. 200).

Lacan (1957/1958-1999) situa que a Metáfora paterna é uma metáfora (entendendo que na metáfora temos a substituição de um significante por outro) que instaura o significante paterno como substituto do materno. “A função do pai no complexo de Édipo é ser um significante que substitui o significante materno. Segundo a fórmula que um dia lhes expliquei ser a da metáfora, o pai vem no lugar da mãe” (p. 180).

Acrescenta que: “De que se trata na metáfora paterna? Há, propriamente, no que foi constituído por uma simbolização primordial entre a criança e a mãe, a colocação substitutiva do pai como símbolo, ou significante, no lugar da mãe” (186). A articulação assim caminha para o pai como vetor de uma lei que pela sua presença sanciona esta lei, podendo isso ocorrer de diversas maneiras.

O Nome-do-Pai, inscrevendo-se no Outro, lugar ocupado anteriormente pela “mãe-coisa”, não-simbolizada, permite a articulação entre o complexo de castração e o acesso ao simbólico no processo do Édipo. Por intermédio da metáfora paterna, a significação do falo é evocada no imaginário do sujeito. Antes disso, não havia tal possibilidade. A inclusão do significante do Nome-do-Pai no Outro marca, portanto, a entrada do sujeito na ordem simbólica e permite a inauguração da cadeia do significante no inconsciente, implicando as questões do sexo e da existência, questões fechadas ao sujeito neurótico (QUINET, 2006, p. 12).

Posteriormente, Lacan (1957-1998) toma o Édipo como condição estrutural do sujeito, nos apresentando uma releitura deste, destacando a dimensão do desejo, presente em Freud, atribuindo-lhe papel central. Relaciona a constituição subjetiva com a inscrição na linguagem. A partir da inscrição na linguagem haveria um gozo perdido para sempre, a falta estrutural a qual os sujeitos estariam submetidos.

[...] a linguagem, com sua estrutura, preexiste à entrada de cada sujeito num momento de seu desenvolvimento mental [...]. Também o sujeito, se pode parecer servo da linguagem, o é ainda mais de um discurso cujo movimento universal seu lugar já está inscrito em seu nascimento, nem que seja sob a forma de seu nome próprio (LACAN 1957-1998, p. 498).

Lacan (1957-1958/1998) assinala que a ordem simbólica é anterior ao sujeito, “Ponto de inseminação de uma ordem simbólica que preexiste ao sujeito infantil e segundo o qual será preciso que ele se estruture” (p. 601). Assim, “A referência ao Édipo reinstaura a clínica da estrutura do sujeito equivalente à estrutura da linguagem, na medida em que o Édipo é a armadura significante mínima que condiciona a entrada do sujeito no mundo simbólico” (QUINET, 2006, p. 7).

O reposicionamento que Lacan propõe ao tomar o Édipo como estrutura simbólica, marca que a questão se concentra na posição que o sujeito assume frente ao gozo e à interdição que são anteriores, decorrentes da existência da linguagem. Nesse sentido, Lacan (1960-1998), pontua que o gozo estaria interdito desde sempre para quem fala. A ordem simbólica é anterior ao sujeito convocando-o a um reposicionamento da relação do gozo-castração com a qual nos deparamos na teoria freudiana do Édipo. “Aquilo a que é preciso nos atermos é que o gozo está vedado a quem fala como tal, ou ainda, que ele só pode ser dito nas entrelinhas por quem quer que seja sujeito da Lei, já que a lei se funda justamente nesta proibição” (p. 836).

Quinet (2009) destaca que a partir do Nome-do-Pai ocorre a significação fálica localizando o gozo “permitindo ao sujeito a vida sexual e a inserção na partilha dos sexos” (p. 45).

[...] No campo do gozo, o Édipo do mito é abordado através do assassinato de Laio e do gozo incestuoso, ou seja, duas modalidades de gozo que Édipo experimentou, tendo por resultado a castração e a queda do objeto (o olhar, representado por seus olhos). A mãe não é mais apreendida a partir do desejo; ela é comparada, por Lacan, a um crocodilo de boca aberta, sendo o falo o que permite ao sujeito evitar que essa boca venha a se fechar sobre ele [...] (QUINET, 2009, p. 45).

Ainda sobre o tema, Faria (2014) pontua que:

Assim, enquanto a teoria do Édipo em Freud faz supor uma interdição externa que diz não ao acesso à mãe, levando à perda do paraíso inaugural com a entrada do pai interditor, em Lacan, a concepção de que a linguagem é anterior ao sujeito permite fazer uma inversão nessa lógica, ficando marcada a importância da articulação da falta, que é inicialmente a falta no Outro materno (a privação materna), a partir da qual a criança se inscreve no campo simbólico, através do que Lacan chama um apelo ao pai (p. 131).

Nesse sentido, o conceito de *Bejahung-Ausstossung* nos direcionará, pois pensar a questão das estruturas remetidas à linguagem se articula com a afirmação e negação primordial elevando a questão a mais além do pai. Isto marca a posição que Lacan foi construindo ao longo de seu ensino, e que corresponde à posição que sustentamos no texto da apresentação das estruturas, em especial a psicose, a partir de suas diferenciações e não sobre a primazia da neurose.

Una antinomia parece imponerse: de un lado la neurosis (metáfora paterna, deseo, castración, ley, sujeto del inconsciente) y del otro la psicosis (forclusión del Nombre-del-Padre, ausencia de deseo y castración, falta de ley, sujeto del goce). La extrapolación de conceptos de la clínica de la neurosis a la de la psicosis había sido cuestionada en 1975. En ese momento se adujo que se producía un “enchapado” del vocabulario de la neurosis sobre la psicosis y era necesaria una revisión (DE BATTISTA, 2017a, p. 56).

Guiando-nos pela operação da afirmação primordial e negação primordial, a *Bejahung-Ausstossung*, entendemos que estas se relacionam com o momento mítico da constituição do sujeito, marcada pela ascensão ao simbólico, contemplando a negação, já que a partir das respostas à castração teremos a escolha da estrutura, considerando as defesas que cada sujeito formula à castração e que engendram a referida estrutura.

Freud (1925-2011) articulou a dimensão dos signos, que são formados a partir das primeiras representações, mediando o interno e o externo, propondo que a noção de interno e externo não está dada desde o início

A oposição entre subjetivo e objetivo não existe desde o começo. Ela se instaura apenas pelo fato de o pensamento possuir a capacidade de mais uma vez tornar presente algo percebido reproduzindo-o na imaginação, sem que o objeto necessite mais existir no exterior (p. 277-278).

A partir da diferenciação do sujeito do interno e externo, veicula-se sua entrada no registro das representações da linguagem. A negação primária resulta na divisão entre sujeito e objeto chegando nas primeiras representações dos signos. Relaciona-se com a instauração dos traços mnêmicos no aparelho psíquico através da incorporação das primeiras percepções constituindo-se em representações (FREUD, 1925-2011).

Observa-se o duplo movimento, concomitante, que viabiliza a representação do objeto para o sujeito. A partir da introjeção das representações forma-se o interno, interior tendo para isso o caminho da afirmação primordial – *Bejahung*. Por outro lado, temos a *Ausstossung*, a expulsão que constitui o fora. Assim, configura-se primeiro a afirmação e introjeção das percepções a partir das representações e, posteriormente, o que não pode ser simbolizado é expulso.

De acordo com Meyer e Berlinky (2011), a afirmação e a negação são fundamentais para a constituição da subjetividade. “[...] o dentro e o fora, a princípio indiferenciados, precisam ser demarcados para o bebê e isso se dá pela fala da mãe, do outro/Outro, ou seja, pela linguagem (p. 159). Destacam ainda que: “Para se diferenciar do outro, a criança precisa do não e do sim, mas antes, do não, da expulsão. Precisa excluir algo para, em um momento posterior afirmar o que lhe é próprio” (p. 160).

Hyppolite em seu texto “Comentário falado sobre a *Verneinung* de Freud” (1954-1998), enfatiza que:

A afirmação primordial não é outra coisa senão afirmar; mas do querer destruir [...]. Aí temos de certa forma [o par formal] de duas forças primárias: a força da atração e a força da expulsão, ambas, ao que parece, sob o domínio do princípio do prazer, o que não deixa de ser impressionante neste texto (p. 898).

Destaca ainda que:

Ora, pouco antes disso, Freud acabara de dizer que se introjeta e se expulsa, ou seja, que há uma operação de expulsão, e [sem a qual] a operação de introjeção [não teria sentido]. Aí está a operação primordial em que [se funda] o que será o juízo de atribuição (p. 899).

O que chamamos de negação primária é constituída pelo par afirmação/expulsão. Na afirmação o sujeito localiza as percepções que serão lidas simbolicamente e exclui as percepções que não farão parte de suas representações e essa exclusão forma o real.

Em relação a *Ausstossung*, Lacan (1954-1998) diz que ela está relacionada ao real “[...] é esta última que constitui o real, na medida em que ele é o domínio do que subsiste fora da simbolização” (p. 390).

[...] E é por isso que a castração, aqui suprimida pelo sujeito dos próprios limites do possível, mas igualmente subtraída, por isso, das possibilidades de fala, vai aparecer no real, erráticamente, isto é, em relações de resistência sem transferência – diríamos, para retomar a metáfora de que nos servimos há pouco, como pontuação sem texto. Pois o real não espera nomeadamente o sujeito, já que nada espera da fala. Mas está ali, idêntico à sua existência, ruído onde tudo se pode ouvir, e prestes a submergir com

seus estrondos o que o “princípio de realidade” constrói nele sob o nome de mundo externo [...] (p. 390).

Sauret (1998) assinala que a questão se centrará na resposta do sujeito ao real:

A partir daí, trata-se de uma resposta do real e o significante - quer ela seja feita de aceitação ou recusa o sujeito surge como consequência levando a marca dessa recusa ou dessa aceitação: não há sujeito fora da linguagem, mesmo que todo o “real do sujeito” não passe ao significante. Aí se introduz a dialética do sujeito e do Outro: simbolização primordial, desdobramento da cadeia significante, metáfora paterna, etc. (p. 16).

Lacan (1954-1998) pontua que:

Não há outro valor a dar, com efeito, à reiteração da divisão entre o dentro e o fora articulada por Freud [...]. Primeiro houve a expulsão primária, isto é, o real como externo ao sujeito. Depois, no interior da representação (*Vorstellung*), constituída pela reprodução (imaginária) da percepção primária, a discriminação da realidade como aquilo que, do objeto dessa percepção primária, não apenas é instaurado como existente pelo sujeito, mas pode ser reencontrado (*Wundergefunden*) no lugar onde este pode apoderar dele. É somente nisso que a operação, por mais desencadeada que seja pelo princípio do prazer, escapa a seu domínio. Mas, nessa realidade que o sujeito tem que compor segundo a gama bem temperada de seus objetos, o real, como suprimido da simbolização primordial, já está *presente* (p. 391, grifos do autor).

Na neurose e na perversão a *Bejahung* é inscrita simbolicamente, permitindo a simbolização da castração. Na neurose ocorre o recalque da castração, na perversão ocorre a denegação da castração e o fetiche é colocado no lugar. Nestas estruturas a *Ausstossung* é preservada e a *Bejahung* se inscreve, considerando que esta se define como a condição para a entrada na ordem simbólica, uma admissão em nível simbólico.

Quinet (2009) articula essa dupla operação da afirmação/negação com a castração demarcando os destinos possíveis dessas respostas à castração nas diferentes estruturas clínicas:

É a partir do simbólico, portanto, que se pode fazer o diagnóstico estrutural por meio de três modos de negação do Édipo – negação da castração do Outro – correspondentes às três estruturas clínicas. Um modo, recalque (*Vendrängung*) do neurótico, nega o elemento, mas o conserva no inconsciente. Outro, o desmentido (*Verleugnung*) do perverso, nega-o mas também o conserva, dessa vez no fetiche. Já a forclusão (*Verwerfung*) do psicótico é um modo de negação que não deixa rastro ou vestígio algum: ele não conserva, arrasa. Os dois modos de negação que conservam o elemento implicam a admissão do Édipo no simbólico, o que não acontece na psicose. A essas formas de negação correspondem as modalidades de retorno da operação de negação da castração: o retorno do recalque no sintoma neurótico, o retorno do desmentido no fetichismo do perverso e o retorno do foracluído nas alucinações e delírios do psicótico. Remeter os fenômenos observados e descritos à estrutura clínica em questão permite a apreensão de sua constituição, sua dinâmica e sua função na subjetividade (p. 13-14).

Na psicose o que está em questão é a forclusão<sup>19</sup>(*Verwerfung*) da castração, não há inscrição no simbólico da afirmação primordial, o significante primordial é rechaçado sem deixar nenhuma simbolização.

A *Verwerfung*, portanto, corta pela raiz qualquer manifestação da ordem simbólica, isto é, da *Bejahung* que Freud enuncia como o processo primário em que o juízo atributivo se enraíza, e que não é outra coisa senão a condição primordial para que, do real, alguma coisa venha se oferecer a revelação do ser, ou, para empregar a linguagem de Heidegger, seja deixado de ser. Pois é justamente a esse ponto recuado que Freud nos leva, uma vez que é só depois dele que se poderá encontrar o que quer que seja como ente (LACAN, 1954-1998, p. 389-390).

O autor destaca ainda que “o *que não veio à luz do simbólico aparece no real*” (ibid. Grifo do autor). Nesse sentido, as incidências da castração e as modalidades de resposta do sujeito são fundamentais para se pensar a questão do desejo na medida em que Lacan (1960-1998) propõe que “[...] o desejo é uma defesa, proibição de ultrapassar um limite no gozo” (p. 839). Assim, a castração pode ser pensada como a operação que possibilita a defesa contra o gozo excessivo: “a castração significa que o gozo precisa ser recusado, para que possa ser atingido na escala invertida da Lei do desejo” (p. 841). “Trata-se de investigar não só a relação estrutural do sujeito e suas estratégias para lidar com o desejo e o gozo do Outro, mas também a maneira singular de o sujeito se inserir ou deixar de se inserir nos laços sociais” (SADALA & MARTINHO, 2011, p. 257).

Propomos, então, pensar as estruturas clínicas a partir da inscrição da Lei simbólica, uma lei que não precede o desejo, mas promove a junção da Lei ao desejo que é anterior a ela. “Mediante o que fica ainda mais acentuada do que revelada a verdadeira função do Pai, que é essencialmente unir (e não opor) um desejo a Lei” (LACAN, 1960-1998, p. 839).

## 4.2 A psicose

Freud em seu texto “A perda da realidade na neurose e na psicose” (1924-2011) coloca que, em ambas as estruturas, o que estaria em questão é a relação que estabelecem com a realidade, uma certa fuga da realidade, mas o ponto tensionado seria o que vem a substituí-las.

[...] Tanto na neurose quanto na psicose são expressão da rebeldia do ID contra o mundo externo, de seu desprazer ou, se quiserem, de sua incapacidade de adequar-se à necessidade real [...] a diferença inicial se exprime então no resultado final: na

<sup>19</sup> Adiante apontaremos a definição lacaniana para este termo.

neurose uma porção da realidade é evitada mediante a fuga, enquanto que na psicose é remodelada [...] a neurose não nega a realidade, apenas não quer saber dela; a psicose nega e busca substituí-la (p. 217-18).

Lacan (1958-1998) destacou essa questão também: “Em 1924, Freud escreveu um artigo incisivo, ‘A perda da realidade na neurose e na psicose’ no qual chamou a atenção para o fato de que o problema não é o da perda da realidade, mas o expediente daquilo que vem a substituí-la” (p. 549). Nesta acepção, podemos pensar que Freud partiu de um ponto em comum para pensar as estruturas e, posteriormente, demarcou as distinções. Para tanto, apresentou em seu livro “Notas psicanalíticas sobre um Relato Autobiográfico de um Caso de Paranoia” - caso Schreber (1911-2010), as articulações sobre os escritos de Schreber, buscando compreender os mecanismos presentes na psicose.

Destacamos sua importante contribuição ao postular que os delírios são uma tentativa de cura. Assinalou também os impasses na reação transferencial do psicótico com o analista, porém, não colocando uma impossibilidade, ressaltando, em outro texto, que ainda há pontos a desenvolver:

Já disse que não pude avançar além dos primeiros passos na análise das ideias delirantes. Pretenderão os senhores afirmar que, por ter permanecido infrutífera, a análise desses casos é condenável? Não creio. Temos o direito, e até mesmo o dever, de levar adiante a pesquisa sem nos importar com sua utilidade imediata. No fim – não sabemos onde e quando –, cada porção adicional do saber se transformará em capacidade, também em capacidade terapêutica (FREUD, 1917-2014. p. 342).

Lacan (1977) avança nas teorizações em relação à psicose e à direção de tratamento nos convocando a não recuar diante da psicose “[...] a psicose é aquilo frente a qual um analista não deve retroceder em nenhum caso” (p. 9), apresentando o psicótico como um sujeito que não está completamente apartado do mundo, destacando sua posição em relação à linguagem e a importância de escutá-lo a partir disso.

O que afirmamos aqui é: ao se reconhecer o drama da loucura, põe-se a razão em pauta, *sua res agitur*, porque é na relação do homem com o significante que se situa esse drama [...] sustentamos que convém escutar aquele que fala, quando se trata de uma mensagem que não provem de um sujeito para-além da linguagem, mas de uma fala para-além do sujeito (LACAN 1958-1998, p. 581, grifo do autor).

Nesse sentido, Soler (2016) enfatiza a posição de Lacan diante das psicoses: “Foi ele quem nos ensinou a reconhecer nas psicoses – vamos dizer, na loucura... por que não? – reconhecer, ao lado da neurose e ao lado da perversão, uma das configurações do destino do ser falante, ou seja, de um ser que tem a marca da linguagem” (p. 27). A autora dá relevo à posição

ética de Lacan: “A visão de Lacan sobre as psicoses sempre foi profundamente *antisegregacionista*. Ele não pensava que a psicose era um fracasso do humano no homem, mas sim um avatar” (p. 27, grifo nosso).

Lacan (1955/1956-1998) marca a posição do psicótico em relação à linguagem, sublinhando os fenômenos que ocorrem na linguagem. Soller (2016) recupera estas considerações de Lacan destacando que os fenômenos da linguagem se referem aos fenômenos do aparecimento do significante fora da cadeia, ou seja, os significantes no real, ilustradas pelas alucinações verbais e automatismos mentais. No caso dos fenômenos da palavra, podemos pensar nas frases interrompidas e nos sujeitos que não param de falar.

É a linguagem, de sabor particular e frequentemente extraordinário, do delirante. É uma linguagem onde certas palavras ganham destaque especial, uma densidade que se manifesta algumas vezes na própria forma do significante, dando-lhe esse caráter indiscutivelmente neológico (LACAN, 1955/1956-1998, p. 43).

Lacan (1957/1958-1998), em seu texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”, localiza a linguagem como um operador que produz incidências sobre o sujeito como o sentimento de vida, engendrado a partir da negativização da linguagem.

A negativização da linguagem é o que condiciona a vida do desejo, não a vida orgânica. É outra coisa dizer que podemos gozar do significante porque isso não implica a negativização, não implica o efeito do desejo, não implica o efeito libido. Lembro isso porque a negativização da linguagem, que lança a libido, determina, em cada sujeito, o que Lacan, em De uma questão preliminar, chamou de sentimento de vida (SOLER, 2016, p. 51).

A partir da não inscrição no simbólico, o que não significa, de modo algum, que o simbólico não esteja presente nestes sujeitos, já que ele é anterior ao sujeito, determina-se o retorno no real do que não fora simbolizado e assim é sentido como externo pelo sujeito.

Na psicose, falta a falta do Outro, manque a falta do Outro. A falta do Outro não está simbolizada, subsumida sob o significante. É o primeiro caso. Ou seja, porque a falta, nas psicoses, que tratam as palavras como coisas e nas quais todo o simbólico é real, ela mesma, manque, faz defeito (SOLER, 2016, p. 28).

Abramovith (2000) destaca que “Como no Outro do psicótico não há inscrição da lei, ele aparece como um Outro absoluto, não-barrado, intrusivo (pelo olhar e pela voz), maciço e total [...]” (p. 61). Assim, Lacan (1957/1958-1998) define que o fenômeno próprio da psicose é a forclusão, a *Verwerfung*. Este termo foi cunhado por Lacan em seu seminário sobre as

psicoses (1955/1956) e se relaciona à rejeição do significante primordial, faltando a castração enquanto ordenadora do campo simbólico, o que tem como consequência o retorno no real do que foi rechaçado no simbólico na forma de delírios e alucinações (RUDINESCO, 1998).

A *Verwerfung* será tida por nós, portanto, como foraclusão do significante. No ponto em que veremos de que maneira, é chamado o Nome-do-Pai, pode, pois, responder no Outro um puro e simples furo, o qual pela carência do efeito metafórico, provocará um furo correspondente na significação fálica (LACAN, 1957/1958-1998, p. 564).

O autor articula, resgatando o texto de Freud “A negativa”, a *Verwerfung* e a *Bejahung*:

Consideremos demonstrado o que foi o cerne de meu seminário sobre as psicoses, ou seja, que esse termo se relaciona com a implicação mais necessária do meu pensamento, quando este se confronta com o fenômeno da psicose: o termo *Verwerfung*. Ele se articula nesse registro com a ausência da *Bejahung*, ou juízo de atribuição, que Freud postula como precedente necessário a qualquer aplicação possível da *Verneinung*, que ele lhe opõe como juízo de existência, ao passo que o artigo inteiro em que ele destaca essa *Verneinung* como elemento da experiência analítica demonstra nela há confissão do próprio significante que ela anula. Portanto, é também ao significante que se refere a *Bejahung* primordial e outros textos permitem reconhecer isso (LACAN, 1957/1958-1998, p. 564).

Destaca o que seria preliminar a todo tratamento possível da psicose:

É num acidente desse registro e do que nele se realiza, a saber, na foraclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro, e no fracasso da metáfora paterna, que apontamos a falha que confere a psicose sua condição essencial como estrutura que se separa da neurose. *Essa formulação, que trazemos aqui como uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose [...]* (p. 582, grifo nosso).

Quinet (2009) pontua a relevância do significante Nome-do-Pai, para pensar a clínica das psicoses e o situa como central mesmo com as teorizações futuras de Lacan sobre a topologia e os nós. Posteriormente, em seu estudo, Lacan vai redimensionar a questão do Nome-do-Pai não o situando mais como um significante, mas como um dizer, um dizer que localiza uma existência. Lacan (1957/1958-1998) situa o psicótico como este que está aquém da lei simbólica e, desse modo, não está referido à significação fálica.

[...] A foraclusão do Nome-do-Pai implica a não travessia da epopeia edípica, uma vez que o sujeito não é submetido à castração simbólica, não havendo, portanto, possibilidade de a significação fálica advir. E por não ter acesso ao falo, significante que lhe traz efeito de significação sob seu sexo, o sujeito se encontra numa problemática fora-do-sexo, pois, não tendo essa referência, ele não se situa na partilha dos sexos. O psicótico é um sujeito *ex-sexo*. Sendo o Nome-do-Pai o significante que permite ao sujeito entrar na linguagem e aí articular sua cadeia de significantes, a não-

inscrição desse significante no Outro acarreta aquilo que para Lacan é a marca essencial da psicose: os distúrbios da linguagem e, em particular, a alucinação (QUINET, 2006, p. 15-16).

“Assim, podemos dizer que a psicose nos apresenta um sujeito não inscrito na função fálica. Por isso, ela nos dá acesso – um acesso quase experimental, eu diria, um acesso pela falta – aos efeitos dessa função fálica” (SOLER, 2007, p.15). A autora apresenta uma diferenciação importante ao se tomar a forclusão como uma hipótese, hipótese causal sobre a estrutura do sujeito, e não fenômeno, indicando que não observamos a forclusão propriamente dita, mas seus efeitos.

Lacan (1955/1956-1998) coloca que o que está em questão na *Verwefung* é diferente do reprimido da *Verneinung*, pois o que retorna para o sujeito emana do real em articulação com a estrutura imaginária indicando como desdobramento do rechaço metafórico do Nome-do-Pai, sendo que o desejo não é atravessado pelo significante paterno.

A relação ao corpo próprio caracteriza no homem o campo no fim de contas reduzido, mas verdadeiramente irreduzível, do imaginário. Se alguma coisa corresponde no homem a função imaginária tal como ela opera no animal, é tudo o que relaciona de uma maneira eletiva, mas sempre tão pouco apreensível quanto possível, à forma geral de seu corpo em que tal ponto é dito zona erógena (p. 20).

Ao que De Battista (2017a) adiciona: “Ese agujero en la significación fálica dá lugar a una regresión tópica al estadio del espejo y a las distintas variedades del desorden en el sentimiento de la vida” (p. 39). Retomamos aqui o estágio do espelho, localizado no 1º tempo do Édipo, como etapa fundante da constituição do sujeito, no qual vemos a assunção de uma imagem unificada em um momento em que ela ainda não está constituída, mas que é sustentada pela figura materna como uma possibilidade de unificação do que antes apresentava-se fragmentado. Sabemos que essa posição se fia na alienação fundante, momento em que o Outro, encarnado pelo Outro materno, confere à criança uma antecipação de uma imagem aonde ela ainda não está presente e situa a criança como falo imaginário.

Assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote humano nesse estágio de infans parecer-nos á, pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito (LACAN, 1949-1998, p. 97).

Entretanto, por se tratar de uma dimensão imaginária, fundante, deve ceder lugar às construções simbólicas, “[...] o indivíduo corporal se torna sujeito porque o significante o afeta”

(SOLLER, 2016, p. 48). Assim, na psicose o sujeito emprega o próprio corpo que não ascende a dimensão simbólica, exibindo as particularidades nas quais o sujeito se estrutura.

[...] na psicose, falta um significante que represente o próprio corpo do sujeito para outro significante. *Não é que o simbólico não esteja presente, o que seria impossível em um ser humano, mas é que falta algo ao nível da simbolização da imagem de si [...].* É desse empenho do corpo próprio que se trata quando do retorno do rechaçado no Real. O que foi rechaçado reaparece no Real (o corpo que vai ser transformado sob as ordens de um Outro absoluto) e não cifrado ou metaforizado como no discurso neurótico (D'AGORD, 2009, p. 88, grifo nosso).

Lacan (1955/1956-1998), ao destacar o modo como a não inscrição no simbólico se apresenta na psicose, particularizando-a pelas peculiaridades que exhibe na relação com a linguagem, nos permite alçar a psicose como uma ordem do sujeito e não uma desordem, um caos, uma ordem que se estabelece por outros caminhos diferentes da neurose, mas porta uma ordem, destacando a dimensão política de tal posicionamento do sujeito psicótico, já que possibilita situá-lo como um sujeito que tem um saber, rompendo com visões que se encaminham para a segregação.

Essa igualdade de planos é, precisamente, a única maneira de fazer oposição a “segregação política da anomalia”. E significa também, independentemente dessa postura ética perante o psicótico, que a psicose pode nos ensinar algo quanto ao que Lacan chama de ordem do sujeito, e é por isso que temos motivos para nos interessar por ela (SOLLER, 2007, p. 13).

Quinet, na apresentação de seu livro “Teoria e clínica das psicoses” (2006), nos lembra da importância de incluir o sujeito na psicose:

Introduzir o sujeito lá onde está o homem, o cidadão, o mental, o Indivíduo, e fazer com que o paciente, ou seja, aquele que sofre os efeitos da estrutura, possa desfiar os fios de sua patologia. Tratá-lo como sujeito e fazê-lo responsável, sujeito de direito – o que se opõe a tratá-lo como objeto de observação, cuidados. É, pois, uma questão ética (p. 9).

Estas articulações de Lacan, assinaladas pelos referidos autores, nos interessam na medida em que alocam o sujeito psicótico em uma posição ética, referindo a uma amarração estrutural e não a um desvio, instaurando o psicótico como um sujeito que tem um saber e, portanto, alguém que se situa como sujeito na construção de seus projetos.

Las concepciones negativas, que ubican a las psicosis del lado del defecto, tropiezan con el interrogante sobre el sujeto y sus condiciones de producción. Sujeto del goce, sujeto objeto del goce del Otro, sujeto invadido por el goce, sujeto no representado por un significante, sujeto por nacer, efecto de sujeto: he aquí las diferentes

formulaciones que intentan captar el estatuto del sujeto en las psicosis (DE BATTISTA, 2017a, p. 77).

Tais questões nos remetem ao percurso do estudo da psicose na psicanálise, passando por importantes interrogações sobre a existência do sujeito na psicose e a própria estrutura, pontos os quais a psicanálise se dedicou de modo intenso. Inicialmente, a questão que tomava a cena era a impossibilidade de construção de vínculo transferencial na psicose. Este tensionamento tinha ressonâncias das considerações sobre a estrutura e o estatuto do sujeito na psicose. De Battista (2017a) resgata esse percurso e retoma alguns autores que apresentaram posições diferenciadas em relação à estrutura na psicose, dentre os quais destacamos Melmam, que inicialmente defendeu a ideia de um sistema, e não estrutura, que ocasionava situar a psicose fora do sujeito e fora do simbólico.

Em contraposição a este ponto de vista, recorreu-se aos períodos de estabilização de Schreber que possibilitam refletir o que faria suporte para o sujeito se estabilizar nestes momentos e refutaria a ideia de não existência do simbólico na psicose, já que evidenciariam a parcialidade do delírio. De acordo com De Battista (2017a), Melmam propõe a ideia da forclusão parcial. Já Robert Lefort afirmava que a estrutura na psicose era uma ilusão, excluindo assim toda a possibilidade do efeito significante na psicose.

Ainda segundo De Battista (2017a), Miller em contraposição apontava que não havia dúvidas de que se trata de uma estrutura, recorrendo a relação estreita entre estrutura e linguagem.

La función del significante es inherente a las psicosis aún si la forclusión revela lo que Miller llama una “falla en la estructura simbólica”. Para este autor, la lógica de la forclusión del Nombre-del-Padre excluye toda posibilidad de lo parcial del “más o menos”, el “poquito” o las gradaciones. La forclusión no puede ser parcial [...]. En este “retorno a Lacan”, Miller restituyó las psicosis al campo del significante y agregó lo suyo: la forclusión del Nombre-del-Padre es correlativa del acceso al goce. Entonces se volvía necesario precisar la función del Nombre-del-Padre: clave del orden simbólico en un inicio, suplemento o *sinthome* en la última enseñanza de Lacan. Hay menos claridad al respecto en 1979 que en 1958 (DE BATTISTA, 2017a, p. 44).

Para a autora, Melmam e Leford se reposicionaram em relação à estas questões. Ressaltamos que não é nossa intenção nos aprofundarmos neste resgate dos estudos sobre a psicose, mas demarcar os impasses próprios a esse campo de estudo e intervenção que nos parecem incidir sobre os desdobramentos desta clínica e ecoam na posição que o sujeito psicótico ocupa nesse cenário, seja no que tange à sustentação de seu lugar desejante, como na possibilidade de construir uma direção de tratamento para este sujeito de modo que ele não figure como objeto.

De Battista (2017a) recupera também os entraves que pesavam sobre a psicanálise nas interrogações com relação à sustentação do trabalho analítico com psicóticos quando se toma como norte a neurose, alocando a psicose apenas por aquilo que lhe falta, remetendo a impossibilidade de tratamento do psicótico, assinalando os perigos de se desconsiderar o psicótico como sujeito:

**[...] Excluir la dimensión del sujeto implica dejar al psicótico por fuera de la ética del psicoanálisis.** “La psicosis” se vuelve así un objeto de estudio, para Lacan eso tiene un nombre: recaer en la posición psiquiátrica. [...] **una clínica diferencial de las psicosis que no toma en cuenta la posición subjetiva del ser está más cerca de una clínica psiquiátrica que de una clínica psicoanalítica** (p. 80, grifos nossos).

Lacan (1946-1998) destaca que o que está em questão é a posição subjetiva do sujeito na escolha de sua estrutura articulando tal questão à liberdade:

[...] creio que, ao devolver a causalidade da loucura à insondável decisão do ser em que ele compreende ou desconhece sua libertação, à armadilha do destino que o engana quanto a uma liberdade que ele não conquistou, não estou formulando outra coisa senão a lei do nosso devir [...] (LACAN, 1946-1998, p. 179).

Estes posicionamentos produzem desdobramentos importantes para se pensar a direção de tratamento da psicose na psicanálise. Podemos pensar como o psicótico pode se servir da psicanálise e também nos interrogamos sobre o interesse da psicanálise acerca das psicoses e seus efeitos sobre os analistas.

¿Por qué el psicoanálisis se interesa en las psicosis? Es indudable el efecto que la psicosis produce en los analistas, no los deja indiferentes y adquiere distintos nombres: admiración, fascinación, interrogación, amor, deseo, angustia, demanda, esfuerzo por comprender. Diferentes maneras de nombrar la división, pero también la captura del analista frente al psicótico. Los analistas también están concernidos por las psicosis y sus respuestas frente a este interés son múltiples: los entusiastas le dan valor de pasaje al encuentro analítico con los psicóticos, los más prudentes resaltan las indicaciones negativas para aventurarse en él. Unos van al encuentro, otros más bien lo evitan. Dos realidades se delinean: por un lado, la psicosis tomada como objeto de la investigación analítica y, por el otro, los psicóticos trabajando en el dispositivo analítico (DE BATTISTA, 2017a, p. 46-47).

Retomamos as questões que abriram este capítulo, relacionadas aos questionamentos acerca das diretrizes que norteiam a direção de tratamento nas psicoses, e indagamos: em que consiste o tratamento da psicose? Como fugir dos ideais de adaptação e neurotização do sujeito? “El tratamiento posible de las psicosis es una práctica propiamente analítica?” (DE BATTISTA, 2017a, p. 47).

Ancorados pela baliza ética da psicanálise que se propõe a ouvir a posição subjetiva que se apresenta, para além da estrutura em questão, entendemos que a sustentação da direção de tratamento relaciona-se com o desejo de analista, culminando na posição ética da psicanálise, e se distinguem radicalmente dos ideais de adaptação do sujeito.

[...] Esta é, sem dúvida, uma relação que constituiu um progresso histórico na maneira de nos comportarmos com relação ao doente mental. Mas o passo decisivo instaurado pela análise é considerá-lo essencialmente, por sua própria natureza, um sujeito falante como tal, que, seja qual for sua posição, está tomado exatamente como nós nas consequências e nos riscos da relação com a fala (LACAN, 1958/1959-2016, p. 508).

De Battista (2017a) pontua os efeitos do encontro com o psicótico para alguns analistas articulando, assim, os tensionamentos referentes à sustentação de uma posição propriamente analítica na escuta desses sujeitos.

De nuevo tropezamos con la pregunta por el deseo del analista, donde las posiciones son antagónicas: para algunos el encuentro con un psicótico causó su deseo de analistas, para otros no hay deseo en las psicosis. La discusión se dirige a dirimir la finalidad de la acción en este tipo de escucha. Es decir, concierne a una dimensión ética de la práctica analítica – que Lacan ha reformulado en términos de deseo del analista y bien decir. ¿Qué finalidad direcciona la cura: el deseo o el ideal de adaptación y normalidad? No son meras divergencias teóricas (DE BATTISTA, 2017a, p. 47-48).

Deste modo, as articulações do desejo de analista e o desejo nas psicoses se fazem necessárias para pensar a direção de tratamento nas psicoses. Para seguirmos nessa direção, vamos nos deter inicialmente pelo desejo e em seguida particularizá-lo na psicose. No Capítulo IV, discutiremos de modo mais particularizado a direção de tratamento nas psicoses à luz de um fragmento clínico que impulsionou tal pesquisa.

### **4.3 O desejo**

Freud, a partir das construções sobre o inconsciente (1900-2001) e avançando a partir das postulações posteriores sobre a pulsão, relaciona o desejo inconsciente com a pulsão, com o movimento para reestabelecer a satisfação perdida que nunca será encontrada, o que culmina em uma movimentação constante. “Por lo tanto, el inconsciente no puede hacer otra cosa que desear y mantenerse deseando” (DE BATTISTA, 2017a, p. 161). Nessa articulação com a pulsão, o desejo é pensado como núcleo do sujeito. “El deseo nos irriga, nos inerva, incluye esa dimensión vital” (ibid.).

O que a psicanálise nos demonstra no tocante ao desejo, em sua função que podemos chamar de mais natural, já que é dela que depende a manutenção da espécie, não é apenas que ele está submetido, em sua instância, sua apropriação, em suma, em sua normalidade, aos acidentes históricos do sujeito (ideia do trauma como contingência), mas também que tudo isso exige o concurso de elementos estruturais que, para intervir, prescindem perfeitamente desses acidentes, e cuja incidência desarmônica, inesperada, difícil de reduzir, realmente parece deixar na experiência um resíduo que conseguiu arrancar de Freud a declaração de que a sexualidade devia trazer a marca de alguma fissura pouco natural (LACAN, 1960-1998, p. 826-827).

Na articulação do desejo com as estruturas clínicas, Lacan (1958/1959-2016) nos coloca que o que está em cena são as defesas que se dirigem ao desejo:

Por fim, é um tratamento modificador de estruturas, em especial dessas estruturas que se chamam neuroses ou neuropsicoses que Freud inicialmente estruturou e designou como *neuropsicoses de defesa*. Por outro lado, a que título a psicanálise intervém para lidar em diversos níveis com essas diversas realidades fenomênicas? Intervém na medida em que estas põem em jogo o desejo. Assim foi expressamente sob a rubrica do desejo, como significativo do desejo, que os fenômenos que chamei de residuais ou marginais foram primeiro apreendidos por Freud, nos sintomas que vemos descritos de uma ponta a outra de seu pensamento [...]. Finalmente o que significa o termo “defesa” quando empregado a propósito das neuropsicoses? Contra o que há defesa senão contra algo que nada mais é que o desejo? (p. 11-12, grifos do autor).

Nesse sentido, retomamos a centralidade que Lacan propõe ao tema do desejo em seu ensino, no qual define a libido como “energia psíquica do desejo” (LACAN, 1958/1959-2016, p. 12) indicando que, “Portanto, a teoria analítica repousa por inteiro na noção de libido, na energia do desejo” (ibid., p. 12). Para Lacan (1962-2003), o desejo se relaciona com um vazio que está remetido a relação com a Lei original:

[...] o desejo é fundamentalmente, radicalmente estruturado por esse nó que se chama Édipo, e de onde é impossível eliminar esse nó interno que é o que tento sustentar diante de vocês por essas figuras, esse nó interno que se chama de Édipo, uma vez que ele é essencialmente o que? Ele é essencialmente o seguinte: uma relação entre uma demanda que toma um valor tão privilegiado que se torna o comando absoluto, a lei, e um desejo que é o desejo do Outro, do Outro que se trata, no Édipo. [...] E está aí, é a partir daí que todo desejo possível está, de alguma maneira, obrigado a esse tipo de desvio irreduzível [...] que faz com que o desejo deva incluir em si o vazio, esse buraco interno especificado na relação com a lei original (p. 206).

Articula a dialética da demanda e do desejo que se estabelece a partir do Édipo, no qual “O desejo se esboça na margem em que a demanda se rasga da necessidade: essa margem é a que a demanda” (LACAN, 1960-1998, p. 828). Marca esse apelo que traz a marca de uma falha, já que não há satisfação universal.

Margem que, embora sendo linear, deixa transparecer sua vertigem, por mais que seja coberta pelo pisoteio de elefante do capricho do Outro. É esse capricho, no entanto, que introduz o fantasma da Onipotência, não do sujeito, mas do Outro em que se instala sua demanda (já era tempo de esse cliché imbecil ser recolocado de uma vez por todas, e por todos, em seu devido lugar) e, juntamente com esse fantasma, a necessidade de seu refreamento pela Lei (LACAN, 1960-1998, p. 828).

Assim, o desejo se apresenta como desejo de desejo, é balizado pela operação de linguagem, remetendo ao furo: o vazio estrutural. Lacan (1960-1998) enfatiza: “[...] O desejo que se apresenta como autônomo em relação a essa mediação da lei, por ser no desejo que ela se origina” (p. 828). O autor afirma essa questão caminhando pelo desejo para pensar as amarrações simbólicas. A linguagem é causa do desejo e não o pai, que apresenta outra função – unir o desejo à Lei: “[...] a verdadeira função do Pai, que é essencialmente unir (e não opor) um desejo a Lei” (LACAN, 1960-1998, p. 839).

Lacan (1958/1998) enfatiza que o desejo é insondável, é o que escapa a qualquer esforço de capturá-lo, “o desejo é a metonímia da falta a ser” (p. 629), permeado pelo vazio estrutural. “[...] o desejo não resulta de algumas impressões deixadas pelo real, mas que só pode ser apreendido, compreendido, no mais estreito nó em que, para o homem, enodam-se entre si o real, o imaginário e seu sentido simbólico” (LACAN, 1958/1998-2016, p. 129).

Ao retomar a obra de Lacan, encontramos pontuações importantes no que se refere a um descolamento da ideia que o desejo estaria circunscrito apenas ao neurótico. Em seu texto “A direção de tratamento e os princípios de seu poder”, Lacan discorre sobre a importância do desejo na direção de tratamento, atribuindo-lhe lugar central e não apenas referido a neurose: “[...] o paradoxo do desejo não é privilégio do neurótico, tratando-se antes, de que ele leva em conta a existência do paradoxo em sua maneira de confrontá-lo” (1958-1998, p. 644).

De Battista (2017a) explora essas pontuações e afirma que Lacan, em nenhum momento, apontou a primazia da neurose no que tange ao desejo, salientando que em suas afirmações ele é taxativo quanto a isso:

La relacion del deseo del sujeto con el deseo del Otro no es una estructura reservada unicamente a la neuroses. Las relaciones de deseo se convierten en el campo donde la experiencia analítica se articula y esto implica desembocar en una ética del deseo propia del análisis, una ética que pone a punto la cuestión del deseo del analista (p. 172-173).

A autora ressalta ainda como Lacan apresenta o desejo sendo um caminho para articular os três registros, “El deseo ofrece una clave de lectura de lo que podría anudar real, simbólico e imaginario sin la referencia al Nombre-del-Padre y sin que esto se constituya en una condición deficitaria, sino simplemente diferente” (p. 175). A partir deste percurso teórico

e guiada pelas experiências clínicas, retomaremos a questão do desejo na psicose analisando quais as ancoragens que o sujeito psicótico lança mão para sustentar seu desejo já que este não é atravessado pela simbolização instaurada pelo Nome-do-Pai.

Consideramos interessante ressaltar que tais questões foram se desenhando a partir da clínica com sujeitos psicóticos e tomaram forma nessa pesquisa a partir de interrogações frente aos projetos terapêuticos construídos para estes sujeitos, que desconsideravam a posição desejante dos mesmos, abrindo questões referentes ao posicionamento do psicótico em seu processo de cuidado e à posição do analista na direção de tratamento.

#### 4.4 O desejo na psicose

Lacan (1958/1959-2016) apresenta o desejo como central na direção de tratamento de uma análise. Ao destacar a existência do desejo na psicose, indicamos a dimensão política deste intento, pois ao se figurar o sujeito psicótico como desejante, apontamos para a diferença, que é o modo pelo qual a singularidade se expressa, e esta é alvo da análise que orienta-se na direção do singular, em contraposição a padrões normativos que conduziriam formas padronizadas de ser e estar no mundo.

Se me permitirem, vou terminar com um comentário que introduz o lugar em que nós, analistas, temos de nos situar em relação ao desejo. Com efeito, a coisa não funcionará se não conseguirmos construir uma concepção coerente da nossa função em relação às normas sociais. Se há uma experiência que deve nos ensinar o quanto essas normas sociais são problemáticas, o quanto devem ser interrogadas, o quanto sua determinação se situa num lugar diferente do que na sua função de adaptação, é justamente a do analista (LACAN, 1958/1959-2016, p. 515-516).

Lacan (1958-1998) marca que o desejo é quem faz a Lei e não o Nome-do-Pai. Encontram-se leituras que podem situar o Nome-do-Pai como condição absoluta do desejo, mas Lacan não diz isso, “o desejo se afirma como condição absoluta” (p. 636). Enfatiza que o desejo é condição do sujeito de linguagem, “[...] a situação do desejo está profundamente marcada, amarrada, presa a certa função de linguagem, a uma certa relação do sujeito com o significante” (LACAN, 1958/1959-2016, p. 14). Destaca também a posição do sujeito em relação ao desejo como falta-a-ser: “No desejo, com efeito, exprime-se o ser do sujeito no ponto de sua perda, na medida em que, como vimos, a partir de certo momento o sujeito já não pode se apreender no desejo, ele já não é, ele falta-a-ser [*manque à être*] (LACAN, 1958/1959-2016, p. 46, grifo do autor).

Ao retomarmos o ensino de Lacan, observamos que ele não particularizou a questão do desejo, restrita apenas para a neurose e a perversão, mas como condição essencial para todas as estruturas, considerando as particularidades próprias a cada uma delas:

[...] a relação do desejo do sujeito com o desejo do Outro é dramática, na medida em que o desejo do sujeito tem de se situar perante o desejo do Outro, o qual, no entanto, o aspira literalmente e o deixa sem recursos. **É nesse drama que se constitui uma estrutura essencial não só da neurose, como de qualquer outra estrutura analiticamente definida** (LACAN, 1958/1959-2016, p. 455, grifo nosso).

A questão que destacamos se refere aos caminhos que o desejo tece na sua sustentação, considerando as bases que o ancoram nas diferentes estruturas. Na neurose, o significante Nome-do-Pai confere estatuto simbólico ao desejo e viabiliza o laço com o outro. Na psicose, essa metaforização que decanta, o desejo materno não ocorre, o desejo não é atravessado por tal significante. Sendo assim, outras ancoragens serão necessárias, no sentido de operar como uma suplência ao desejo, considerando os efeitos do rechaço da metaforização do desejo pelo Nome-do-Pai, e que referências o sujeito poderia elaborar.

Onde falta o Nome-do-Pai, esse efeito metafórico não se produz [...]. É isso que se produz na psicose, porquanto o Nome-do-Pai é rejeitado, é objeto de uma *Verwefung* primária, não entra no ciclo dos significantes, e é também por isso que o desejo do Outro, nomeadamente, a mãe, não é simbolizado nesses casos. Se tivéssemos que representar a posição da psicose no esquema, diríamos que esse desejo como tal – não me refiro a ele como existente, pois todo mundo sabe que até as mães dos psicóticos têm desejo, ainda que este nem sempre seja seguro – não é simbolizado no sistema do sujeito psicótico e, em decorrência disso, a fala do Outro não passa nem um pouco para seu inconsciente, mas sim o Outro, como lugar de fala, fala-lhe ininterruptamente” (LACAN, 1958/1959-2016, p. 492).

A questão se centra sobre as suplências possíveis para o desejo na psicose, ou seja, os arranjos que o sujeito inventa para ancorar seu desejo, já que o enodamento entre os três registros não se fará pelo caminho edípico. Assim, o desejo para o psicótico aparece no corpo.

Es ali que plantea que em la estructuración del deseo psicótico el cuerpo tiene toda la importancia, ya que el psicótico desconoce al falo y al Otro y por esta condición tiene que verselas con un cuerpo velado. Este desconocimiento del Otro va de la mano de cierta incapacidad de captar el deseo del Otro, de ali podemos deducir su intento por instituirlo via la persecucion. De este modo, la relación al cuerpo em las psicoses aparece intimamente vinculada a la posiciona com respecto al deseo (DE BATTISTA, 2017b, p. 127)

Na psicose podemos encontrar três formas de desejo, a pura ou simples que remete à mortificação, a dor de existir.

De nuestro recorrido se desprenden al menos tres formas posibles del deseo en las psicosis. Las formas puras o simples del deseo que se definen por su tendencia a la realización, que desean lo imposible, y como tales están siempre al borde de la muerte, confrontan con ese real. La realización en sentido estricto del deseo conlleva lógicamente su abolición, por lo tanto, estas formas son formas mortificantes, cercanas al pasaje al acto, formas que llamaremos “antigónicas” (DE BATTISTA, 2017b, p. 130).

As formas delirantes:

[...] Estas formas del deseo nos introducen en lo que llamaremos “realizaciones delirantes del deseo” que pueden cobrar un sesgo asintótico, como en el caso Schreber, en el que el delirio funciona como soporte del deseo. [...] Las formas mortificantes o antigónicas del deseo, que tienden a su realización, suelen estar al borde del pasaje al acto por ser poco estables. Las formas delirantes de las realizaciones del deseo introducen ya un sostén más duradero, pero suelen acompañarse de una fijación en el delirio que impide circular en otros lazos sociales (DE BATTISTA, 2017b, p. 130).

E a *sinthomática* (tomando o *sinthoma* como o elemento que permite enodar os três registros – real, simbólico e o imaginário).

[...] Encontramos una tercera forma del deseo en las psicosis, también impuras, en la cual éste se sostiene en la constitución de cierto lazo social. En estas formas, la introducción de lo social nos estaría hablando de una cuota sublimatoria que parece diferenciar la segunda forma de la tercera. Incluye lo que Freud ubicaba como la capacidad creadora o talento artístico en juego en la sublimación. Joyce nos muestra que el soporte asintótico no es necesariamente delirante: el *sinthome* “deseo de ser un artista” se sostiene también en la asíntota y en la constitución de un Otro al que se le hace falta [...] o la mujer que falta a Dios en el caso Schreber (DE BATTISTA, 2017b, p. 130-131)<sup>20</sup>.

Concordamos com De Battista (2017a) ao pontuar que, neste aspecto, situa-se uma importante distorção no ensino de Lacan, pois ao traçar o desejo como sendo uma produção que é engendrada pelo Édipo conseqüentemente se considera que o psicótico não portaria o desejo. Entretanto, o que se observa no ensino de Lacan é que ele não destaca o desejo como desdobramento do Édipo, mas aponta as particularidades de como o desejo se sustenta em cada estrutura subjetiva.

Evidentemente la intención de Lacan no ha sido la de exiliar el deseo del campo de las psicosis. Lo que está en cuestión es la referencia que el deseo puede encontrar en el significante de la falta, el falo, pero no la existencia del deseo en sí. La pregunta no sería entonces la de la ausencia del deseo en la psicosis sino la de la presencia de un

<sup>20</sup> Ressaltamos que a nossa intenção não é um aprofundamento nas particularidades que se apresentam nestas três formas possíveis para o desejo na psicose, na intenção de seguir na direção de articular os efeitos da assunção do sujeito psicótico como desejante para a direção de tratamento.

deseo que no está simbolizado por el Nombre-del-Padre, es decir, un deseo que no está anudado a la ley del padre, dimensión que caracteriza la posición del psicótico en tanto rechazo de la impostura paterna (p. 174).

Entendemos que essa distorção produz efeitos importantes no que tange à clínica e à direção de tratamento, e foi a partir de tais questionamentos que essa pesquisa se delineou como uma construção que pudesse resgatar a dimensão do desejo na psicose e particularizá-lo. Observa-se que Lacan interroga, em relação à psicose, não a existência do desejo, mas as suplências que se constroem na direção de uma restrição ao gozo, apontando os eventos na clínica que sustentam a existência de tal desejo:

A questão do desejo na psicose é outra coisa. Ela propicia mostrar como uma doutrina mal ajustada pode levar a ignorar os fatos clínicos. **Partindo do postulado de que é necessário o pai para engendrar o desejo, com a angústia de castração, vimos analistas concluir que a psicose excluía o desejo, e até mesmo a angústia. Mas, se olharmos as figuras mais eminentes da psicose, como sustentar que lhes falta desejo?** É preciso, antes, rever o conceito de desejo, como estou convidando – vocês estão percebendo, creio eu. Com relação à angústia, se ela viesse do Pai, então as mais fortes, como as do melancólico, se tornariam impensáveis (FINGERMAN, 2014, p. 136, grifo nosso).

Freud, nas articulações sobre o caso Schreber (1911-210), evidencia a construção do delírio como suporte ao desejo, dimensionando a leitura do caso a partir disto, compreendendo que sua tese inicial sobre o mecanismo da projeção era incompleta para explicar o funcionamento da paranoia apontando, assim, para a relação que o paranoico estabelece com seu desejo (LACAN, 1958-1999).

Nas articulações sobre Joyce, Lacan propõe a escrita pensada como uma ancoragem possível para o desejo, a partir de invenções próprias do sujeito, referidas ao inconsciente, alinhado com sua teorização sobre os nós. “O que eu proponho aqui é considerar o caso de Joyce como respondendo a um modo de suprir um desenodamento do nó” (LACAN, 1975/1976-2007, p. 85). “Por que não conceber o caso de Joyce nos termos seguintes? Seu desejo de ser um artista que fosse assunto, de todo mundo, do máximo de gente possível, em todo caso, não é exatamente a compensação do fato de que, digamos, seu pai jamais foi um pai para ele? [...]” (p. 86).

Vemos cómo no está en cuestión la existencia del deseo en las psicosis, aunque sí se abre la pregunta sobre el tipo de soporte que podría sostenerlo, dada la evanescencia propia del deseo [...] nesta dirección podemos pensar entonces que el delirio puede operar como soporte del deseo y encontraríamos su marca en el carácter asintótico que algunas veces presenta. Una práctica de escritura puede funcionar como soporte del deseo, como en el caso Joyce que sostuvo su existencia en el deseo de ser un artista

que mantendría ocupado a los universitarios durante siglos (DE BATTISTA, 2017b, p. 128-129).

Na psicose temos, então, um sujeito que inventa uma lei singular e sustenta-se nela para viver construindo amarrações para tal intento.

Al reubicar así este reol del deseo, poderíamos decir que el sujeto psicótico es quien, por haber rechazado la común medida, puede inventar su propia ley. Ya no para morir en ella como suele decirse de aquellos que mueren en pleno ejercicio deseante, sino para poder vivir según ella (DE BATTISTA, 2017a, p. 175).

Lacan articula a questão da psicose com o gozo, encaminhando-se para um desdobramento de seu ensino em que a questão do gozo toma a cena e as interrogações passam a ser o modo como o sujeito goza e suas reverberações apontando para a posição subjetiva do sujeito. Entretanto, Quinet (2009) nos adverte que não se trata de um abandono das construções postuladas a partir do Édipo, mas um redimensionamento em sua construção teórica. “A clínica dos discursos, como propõe Lacan ao inserir a psicanálise no campo do gozo a partir dos anos 70, permite um acréscimo à clínica das estruturas subjetivas ordenadas pelo Édipo, e não a exclusão desta” (p. 14).

Soler (2007) segue nesse intento questionando: “[...] Será que com isso se invalida a tese da forclusão? Será que essa abordagem por meio do real implica uma superação da abordagem pelo significante? É bastante evidente que não” (p. 17), indicando que desde o início havia uma proposição de uma incidência do Nome-do-Pai no gozo do sujeito.

[...] Embora, nesse texto, Lacan dê indicações inteiramente novas, que rompem com o que viera antes, podemos acentuar um elemento de continuidade, porque, desde o começo, ou seja, desde “De uma questão preliminar...”, estava assinalada ou pelo menos implicada a incidência do Nome-do-Pai no gozo, incidência esta exercida no sentido de uma limitação do gozo. [...] Desde o início, temos uma série: Nome-do-Pai, castração – a ser entendida como castração do gozo –, desejo, este claramente definido como barreira contra o gozo. Podemos dizer que o Nome-do-Pai efetua uma espécie de separação a priori entre o desejo e o gozo: “O desejo é do Outro, o gozo está do lado da coisa” (SOLER, 2007, p. 17-18).

Lacan (1975/1976) avança nas considerações sobre a pluralização do Nome-do-Pai e seus efeitos sobre o gozo, destacando que a abordagem da psicose se dá pela localização do gozo.

Enquanto, na neurose, uma identificação abalada dá lugar a outra, fundamental, na psicose a identificação abalada se abre para a dissolução do imaginário [...]. Essa ideia de suplência significante é algo que Lacan nunca deixou de acentuar, passando do Nome-do-Pai, no singular, para os Nomes-do-Pai, no plural – Nomes-do-Pai que

designam ocorrências diferentes de uma única Função –, e, por fim, considerando o próprio Nome-do-Pai como um elemento suplementar do caráter nodal dos elementos imaginários, reais e simbólicos (SOLER, 2007, p. 19).

Então, para Lacan, o ponto não seria a existência do desejo nas psicoses, mas sim a impossibilidade de simbolização desse desejo. É a referência que o desejo poderia encontrar no significante que está faltando, não o desejo em si. Nesse sentido, indagamos: desconsiderar o desejo na psicose não seria paradoxal com relação a direção de tratamento, proposta por Lacan, que está implicada no desejo de analista?

Em relação ao desejo de analista, Lacan (1959-2016) coloca que este se localiza na relação que o sujeito estabelece com a fala “esse desejo é o pivô de toda economia que lidamos na análise” (p. 513).

No fim das contas, com que desejo o sujeito vai se confrontar na análise senão com o desejo de analista? É precisamente por esse motivo que é tão necessário mantermos diante de nós essa dimensão sobre a função do desejo. **A análise não é uma pura reconstituição do passado, tampouco é uma redução a normas pré-formadas [...].** O problema reside na situação paradoxal em que se encontra o desejo do Outro que o sujeito haverá de se reencontrar, nosso desejo, por demais presente no que o sujeito supõe que lhe demandamos. Com efeito, o desejo do Outro, que é para nós o desejo do sujeito, não devemos guiá-lo para nosso desejo, mas para um outro. Amadurecemos o desejo do sujeito para outro, não para nós. **Estamos na posição paradoxal de sermos casamenteiros, aqueles que presidem a seu advento** (LACAN, 1959-2016, p. 518, grifos nossos).

Lacan (1959-2016) segue questionando como sustentar tal posição, ao que responde evocando o que chama de artifício da regra analítica; “A análise é sem dúvida uma situação em que o analista se oferece como suporte para todas as demandas e não responde a nenhuma” (p. 519). Entendemos que Lacan alude à condição própria do desejo, com seu vazio estrutural, que deve ser sustentado pelo analista, recusando-se a preenchê-lo a partir de qualquer ideal de normatividade. Responder a tais ideais situaria o analista no campo da sugestão, se distanciando da psicanálise, pois a ética da psicanálise direciona-se pela sustentação do falta-a-ser, posicionando o sujeito para além do desejo do Outro. É a afirmação dessa posição que movimenta o processo analítico.

Lacan (1959-2016) assinala também os desdobramentos da interpretação analítica que se presentifica no corte da sessão:

[...] mas será apenas nessa não resposta – que está bem longe de ser uma não resposta absoluta – que reside o motor da nossa presença? Não caberia dar um papel essencial a um elemento que é imanente à situação e que se produz no final de cada sessão? Quero dizer, esse vazio a que nosso desejo tem de se limitar, esse lugar que deixamos para o desejo para que ali se situe – em suma, o corte (p. 519).

Nestas articulações, Lacan (1959-2016) localiza que a psicanálise se norteia pela dimensão do desejo em contraposição aos ideais de adaptação. Indagamos, então, ao se situar o psicótico como este sujeito excluído da dimensão do desejo e, sendo o desejo a mola propulsora da análise, não seria contraditório sustentar tal posição ao se pensar na ética da psicanálise, que se apresenta na direção de tratamento proposta por Lacan, na qual está implicada no desejo de analista?

Estamos entonces ante la paradoja de que si bien el concepto de deseo ocupa un lugar esencial en la obra de Lacan – podría decirse que es un concepto fundamental –, no es utilizado mayormente en la lectura que se hace de las psicosis. De hecho, cierto efecto de transmisión ha generado la ecuación: forclusión del Nombre-del-Padre = ausencia de deseo, y desde allí se afirma que no habría deseo en las psicosis. Pero esta afirmación, ¿no significaría entrar en contradicción con la ética del psicoanálisis que justamente se fundamenta en la función del deseo del analista? Una de dos: o bien el abordaje de las psicosis queda por fuera del psicoanálisis, relegado a la terapéutica, o bien sí se sostiene que hay una escucha analítica de las psicosis entonces es necesario repensar la cuestión del deseo (DE BATTISTA, 2017b, p.125-126).

Desdobramos tal interrogação sustentando a existência do desejo na psicose como uma posição ética que se baliza no desejo de analista, essencial para a psicanálise. “[...] é o desejo do analista que, em última instância, opera na psicanálise” (LACAN, 1964-1998, p. 868). “Desejo do analista concebido não como o desejo pessoal de um psicanalista, mas como esta função que, para além do narcisismo, possibilita a confissão do desejo que pede reconhecimento. Desejo de que haja análise e que, portanto, surja desejo” (RINALDI, 1999, p. 2).

O desejo de analista está relacionado a um semblante de objeto que causa o trabalho, suportando-o com sua presença, mas produzindo efeitos que estão para além de sua presença “[...] corroborable por otra parte em los efectos que se produce: la construcción en transferencia de una suerte de soporte asintótico del deseo que se sostiene más allá de la presencia do analista” (DE BATTISTA, 2017a, p. 195). O desejo de analista relaciona-se com uma posição, uma reposta que se veicula no nível de seu ato, nos seus ditos. Assim, o analista trabalha para que, na cura analítica, a solução criada pelo paciente vá mais além dele, no sentido de um saber-fazer com o que vem do real, um saber que permita uma articulação com o Outro.

Mas o que há de certo é que os sentimentos do analista só têm lugar possível nesse jogo: o do morto; que ao ressuscitá-lo, o jogo prossegue sem que se saiba quem o conduz. Eis porque o analista é menos livre em sua estratégia do que em sua tática [...]. O analista é ainda menos livre naquilo que domina a estratégia e tática, ou seja, em sua política, onde ele faria melhor situando-se em sua falta-a-ser do que em seu ser. Dizendo as coisas de outra maneira: sua ação sobre o paciente lhe escapa,

juntamente com a ideia que possa fazer dela, quando ele não retoma seu começo naquilo pelo qual ela é possível, quando não retém o paradoxo do que ela tem de retalhada, para revisar a princípio a estrutura por onde qualquer ação intervém na realidade (LACAN 1958-1998, p. 595-596).

Como situa Lacan (1958-1998), “Cabe formular uma ética que integre as conquistas freudianas sobre o desejo: para colocar em vértice a questão do desejo de analista” (p. 621). Lacan (1958-1959/2016) coloca a questão do desejo na clínica a partir de uma noção de ética que se opõe aquela articulada por Aristóteles, que afasta o desejo por esse se opor à razão, e alinha-se com Spinoza pensando a ética como a essência do homem. Apresenta o desejo como uma condição humana, portanto, não exclui essa dimensão na psicose.

Entendendo a centralidade do desejo na direção de tratamento, podemos pensar: quais os efeitos possíveis de sua exclusão? Estaríamos desconsiderando a possibilidade de construção dos laços sociais na psicose?

Al recuperar estas referencias notamos que estas formulaciones podrían brindarnos las herramientas para pensar una dinámica de las posiciones subjetivas en las psicosis que se vuelve de gran importancia en el entendimiento de los movimientos que la cura produce. La lectura más deficitaria de estos conceptos lleva a pensar que la condición de la forclusión del Nombre-del-Padre conduce a una estructura invariable, sin posibilidades de modificación. No sostenemos con esto que podría producirse un pasaje de una posición psicótica a una posición neurótica y que entonces la cura consistiría en “neurotizar” al psicótico. [...] Ahora bien, la hipótesis de la forclusión parece haber producido en su apropiación un efecto estático: dada la estructura de la psicosis, no habría posibilidad de cambios. Esta lectura cierra entonces la puerta a todo tratamiento posible, aun cuando la cuestión de la reversibilidad de la forclusión haya sido un tema que preocupaba a Lacan (DE BATTISTA, 2017b, p. 127-128).

Então, a questão passa a ser se o sujeito encontrou um suporte para seu desejo e quais arranjos engendrou nesse sentido. Assim, a direção de tratamento seria a escuta da posição subjetiva do sujeito de modo a ter notícias de como tece seus laços. Abre-se caminho para articularmos as direções possíveis para o trabalho com as psicoses, sustentadas pela ética da psicanálise que propõe a dimensão do desejo como central.

Portanto, na direção de tratamento com a psicose, quais os caminhos possíveis? Em que posição o analista se sustenta para conduzir o tratamento? Como cuidar para que o sujeito não fique submetido a uma relação de poder no tratamento e assim crie-se uma relação de dependência do sujeito com o analista? Como acompanhar o psicótico na construção de suportes para os desejos? Como possibilitar a emergência de PTS que se sustentem na direção do desejo?

Entendemos que tais questões estendidas ao trabalho clínico que se produz nos equipamentos de saúde pública revelam a importância da psicanálise como baliza na

sustentação da singularidade. Ao sustentar a escuta do sujeito e seus desejos, como primordial, constitui-se em uma potente forma de resistência ao achatamento das diferenças e instauração dos “tratamentos” como exercício de poder.

Avançando em tais questões, no próximo capítulo partiremos da direção de tratamento, e mais especificamente na psicose, passando pela posição inicial de secretário do alienado, analista na função de limitação do gozo e, posteriormente, o analista acompanhando o sujeito na formação de *sinthoma*, seguindo, ou mesmo amparando, o sujeito em suas invenções para sustentar seus desejos.

Ao realocarmos a dimensão do desejo na psicose, caminhamos na direção de marcar as incidências clínicas e políticas (DE BATTISTA, 2017a) que a reintrodução do conceito de desejo na psicose pode produzir atuando como pontos de resistência a massificação dos sujeitos, ressaltando a singularidade essencial para a construção dos laços sociais.

## 5 CAPÍTULO IV - POR QUE DANIEL NÃO PODE COMER COCÔ? ARTICULAÇÕES TEÓRICO-CLÍNICAS

Neste capítulo, nos deteremos nas articulações da direção de tratamento na psicose, tendo como norte a dimensão do desejo e a construção dos PTS a partir de uma vinheta clínica de um caso que incitou tais questões<sup>21</sup>. Destacamos que nossa intenção não é fazer um estudo de caso percorrendo os romances familiares, mas, a partir de um breve histórico que localiza esse sujeito, enlaçando-o com questões oriundas de cenas clínicas, depurar interrogações e amarrações possíveis para a construção do caso clínico.

Tal vinheta nos interessa, pois foi a partir do encontro clínico com este sujeito e suas particularidades, bem como as ressonâncias que produziu na pesquisadora e na equipe, que se constituiu a questão fundante desta pesquisa: a construção de PTS que tenha como norte a dimensão do desejo na psicose. Lembrando a máxima Lacaniana de não recuar diante do sujeito psicótico, indagamos a posição a se tomar na cena analítica com tal sujeito, discutindo como formular uma direção de tratamento que vise o sujeito do desejo e rompa com a dependência que determinados tratamentos produzem.

Ao se colocar o psicótico como objeto de cuidados, e não como sujeito, os efeitos são visíveis, resultando em tratamentos que não tem fim, engendrando novas cronicidades e referenciando-se, assim, no engodo da segregação e exclusão, com novas roupagens, tão presentes na história de cuidados à saúde mental.

### 5.1 “Daniel tudo aquilo”

Meu encontro com Daniel<sup>22</sup> ocorreu quando ele estava com 13 anos. Observo um menino grande, forte e corpulento. Quando me aproximo e me apresento ele não esboça nenhuma reação. Rapidamente apreendi que sua chegada no CAPSi era um evento, como nomeou um dos funcionários do serviço *Daniel tudo aquilo*. Um menino grande, forte e barulhento. A equipe o apresentou como um garoto com recursos primitivos no contato com o outro, *um caso grave*. Evidenciaram também sua suposta compulsão por comida, destacando que este poderia se configurar em um dos casos mais desafiadores deste serviço.

---

<sup>21</sup> A vinheta clínica apresentada refere-se às ressonâncias do trabalho (já encerrado) vivenciado há alguns anos atrás pela pesquisadora, em um equipamento de saúde mental pública.

<sup>22</sup> O nome do usuário foi alterado respeitando sua privacidade.

Na intenção de acompanharmos os desdobramentos possíveis, afim de construir um lugar desejante para Daniel, destacarei cenas que ilustram os impasses cotidianos na instauração e sustentação de um laço possível, permeados por desenlaces, com o outro. Inicialmente, as cenas que se inscreveram eram remetidas ao caos, o transbordamento que se apresentava de forma visceral. Posteriormente, abarcaremos cenas que desenrolam os efeitos da aposta na posição desejante como direção de tratamento.

“*Cuidado! Daniel está chegando feche a cozinha!*”, este foi um dos primeiros ditos que escutei sobre ele e, quando enunciei alguma questão ou mesmo estranhamento, a impossibilidade de controlá-lo pairava no ar. Em diversos momentos a chegada de Daniel no CAPSi era um evento. Seu destino inicial era a cozinha e o refeitório. Ao encontrar outros usuários almoçando, avançava sobre o prato de comida e rapidamente pegava tudo o que estivesse ao alcance de suas mãos.

Outra cena frequente eram os momentos que antecediam a organização do lanche. Daniel entrava no refeitório, notava a cena que se desenrolava, alguns profissionais organizam o lanche, avançava sobre os pães, a geleia e o que mais estivesse à sua frente, pegava tudo de uma vez e jogava dentro da boca.

Em outro momento, Daniel observava uma usuária comendo uma coxinha, rapidamente avançou sobre ela e o pacote de coxinhas. Em frações de segundo travaram uma luta corporal para pegar as coxinhas que caíram no chão e ele, mesmo assim, seguiu a comer sem parar.

Presenciei diversas cenas caóticas em que ele avançava sobre as pessoas que estavam comendo e arrancava-lhes o alimento. Invadia a cozinha, abria a geladeira e os armários catando tudo que fosse comida e estivesse ao alcance de suas mãos e braços. Como pano de fundo, o dito da equipe ressoava: “*Cuidado! Daniel está chegando feche a cozinha!*” – e, de fato, fechar a cozinha aparentava ser a melhor solução. Daniel ocupava o CAPSi, transbordava. Em tais cenas falava com ele e observava que a palavra parecia não ter acesso a ele, seu corpo era tomado pelo gozo que sua boca aberta, a comer, evidenciava.

Nestes momentos, fui atravessada por uma das primeiras questões que me inquietaram nesse caso: o que comparecia nessa voracidade? Era apenas de comida que se tratava? Pensava que não. E me perguntava o que ele vinha fazer no CAPSi, passar o dia a comer? Apenas a comer? Nossa intervenção então seria fazê-lo parar de comer? Questões essas que relançavam as questões formuladas no Capítulo I desta dissertação: *de quem tratamos e, de modo mais enfático, para que tratamos nos CAPSi?*

Evoco outras cenas marcantes. A circulação pelos arredores do CAPSi era destino certo nos momentos em que Daniel estava por lá. Era interessante, pois parecia que este passeio pelas imediações lhe convocava sendo uma atividade que ele, na maioria das vezes, aceitava prontamente. Nestes momentos, as cenas iniciais envolviam invasões nos comércios do território e, por vezes, Daniel avançava pelas prateleiras agarrando os pacotes e engolindo os salgadinhos o mais rápido possível.

Estas cenas eram envoltas por diversos sujeitos que se afetavam de modos diversos pelo que viam, alguns se inclinavam a pagar o salgadinho “*Ele não pode ficar sem, né?*”, e outras que diziam: “*Esse menino está descontrolado, vocês precisam cuidar dele!*”. Essas cenas não eram fáceis e, em muitos momentos, as compartilhei com outros profissionais da equipe que sustentavam esse cuidado em conjunto comigo.

Assim, apresentado primeiramente por momentos caóticos em que a boca tomava a cena comendo os alimentos que encontrava pelo caminho, um significante toma a frente em meu relato: *avançar*. Tal significante parece ser o que ilustra o encontro com Daniel, pois ele avançava e impunha sua presença, e uma contradição se fazia presente: era inevitável olhar para ele em tais momentos e era, ao mesmo tempo, muito difícil sustentar o olhar. As interrogações se relançavam a todo instante: como construir um laço possível com este sujeito? Que efeito era esse que ele produzia ao redor? O que tais cenas produziam nele?

Interessante ressaltar que Daniel falava muito pouco e, nos poucos momentos em que ouvíamos sua voz, as palavras que dominavam sua boca eram: salgadinho, paçoca, pão de queijo, na maioria das vezes algum alimento. Destacamos que o significante “mãe” vinha acoplado à alguma dessas palavras “salgadinho mãe”, “paçoca mãe” e “sapato mãe”, segmento que ele dizia quando queria ir embora para casa. Quando interpelávamos dizendo “*Mãe?*”, ele seguia repetindo “salgadinho mãe” sinalizando uma impossibilidade de ouvir a sua própria fala, colando-se ao significante materno para enunciar seus desejos.

Em seu cotidiano, a circulação social de Daniel envolvia o CAPSi e sua casa, ía de casa para o CAPSi e do CAPSi para casa. Não circulava pelos arredores de seu bairro. A mãe referiu diversas vezes que era muito difícil para ela sair com ele de casa. Entretanto, no início do acompanhamento, ela ía até o serviço sozinha com ele, usando transporte público.

Em um momento mais caótico, que se presentifica em desenlaces contínuos com os outros (Daniel ficou mais agitado, em algumas situações, avançava e batia nas pessoas), sua circulação ficou muito reduzida, inclusive o deslocamento dentro da casa. A mãe estava temerosa após alguns episódios de agressão, ele não vestia mais as roupas e passava o tempo todo embaixo do chuveiro, seu trajeto envolvia o quarto e o banheiro.

Apesar de Daniel tomar uma quantidade substancial de medicação nesse período, tais remédios não conferiam o efeito apaziguador que se esperava. Daniel não se acalmava, a agitação não parava. Algo ali não cessava. A medicação não silenciava Daniel, ele estava, a seu modo, dizendo muitas coisas. O que Daniel estaria, com seu corpo, constantemente em ebulição a dizer? O que não cessava de não cessar? A cada cena vivenciada com Daniel, tais questões se reatualizavam e tantas outras se abriam.

Adotamos como manejo em um período crítico, quando Daniel não aceitava ir para o CAPSi, realizar atendimentos em domicílio, permanecendo em casa com ele. Em um destes dias de atendimento, intentando levá-lo ao CAPSi, ao chegarmos em sua casa ele estava embaixo do chuveiro, não aceitando sair de lá de forma alguma. A “compulsão” que antes se via direcionada à comida, passou a se dirigir ao chuveiro. Passava horas embaixo do chuveiro, sem poder se mover dali. Iniciamos uma intervenção que se sustentou durante a maior parte do tempo no discurso, convidando-o a fazer outras coisas. Daniel seguia onde estava, embaixo do chuveiro, sem fazer qualquer movimentação.

Diante da impossibilidade de barrá-lo apenas pela via discursiva e apostando que era necessário um corte no gozo absoluto em que se encontrava, realizamos uma interdição, um ato, fechando o chuveiro e enunciando: *“Agora não dá mais para ficar no chuveiro, ninguém passa tanto tempo no chuveiro. A conta vai ficar muito cara”*. Cena impactante, pois ele resistiu muito a sair, mas conseguimos ajudá-lo nesse processo e propusemos que ele colocasse uma roupa também, o que ele aceitou. Ao encerrarmos o atendimento, quando já estávamos no carro, ele rapidamente retorna para o chuveiro, como que em um movimento incessante que não podia ser evitado. Descemos do carro e iniciamos a intervenção novamente.

A repetição incessante, sem parada, comparecia em diversos momentos e era exaustivo acompanhá-lo nesse processo. As intervenções precisavam ser costuradas com delicadeza e estavam sempre referenciadas pelo tempo de Daniel. A delicadeza envolvia escutar o insuportável no laço com o outro e, por outro lado, escutar a convocação a um Outro que pudesse lhe retirar do gozo mortífero que tais repetições engendravam.

Novamente as interrogações se impunham: o que se presentifica nesse movimento incessante? Por que não parava? O que Daniel nos transmitia com essa repetição? Por que era tão difícil ouvi-lo? Ressaltamos que, em diversas cenas relatadas, haviam diferentes profissionais, parceiros nesse processo de cuidado, implicados na sustentação de um trabalho com Daniel.

Outra questão marcante: Daniel comia as fezes, o tempo todo, e por vezes se dispunha a colocar o dedo em vários buracos do corpo e depois levar esse dedo ao nariz, e nisso

ficava por um tempo. Novamente nos deparávamos com a repetição incessante, ele comia, comia e comia o seu cocô. No bojo desta cena, comer o cocô, me deparo com a questão instauradora da minha pesquisa, sobre a articulação dos Projetos Terapêuticos Singulares e a dimensão do desejo na psicose.

### 5.1.1 A questão

Como relatamos anteriormente, em um dado momento Daniel apresentou intensa desorganização que se evidenciou na diminuição de sua circulação social, agressividade, considerável prejuízo na higiene, retorno a comportamentos ditos *compulsivos* – como o de passar horas embaixo do chuveiro, negando-se a sair deste espaço, e comer sem parar.

No momento em que a equipe precisou se ocupar do cuidado de Daniel de modo mais intenso, mobilizações foram produzidas e resistências se evidenciaram, impetrando questões cruciais relativas ao quanto conseguíamos singularizar e significantizar seus estranhamentos, bem como construir espaços possíveis para ele no serviço, ou seja, como construir espaços que significassem esse sujeito? Como suportar o encontro com o real que ele escancarava e nos convocava a cada dia?

Vale ressaltar que o encontro com ele não era sem efeitos para a maioria dos profissionais e para mim. Aquele corpo grande, forte e fedido produzia diversas sensações, desde o desejo de fugir deste encontro até a instaurar interrogações sobre que sujeito era aquele e que efeitos eram esses que ele alardeava nos outros.

Fui fisgada por tais questões que reverberaram em minha prática clínica de modo irrevogável. Passei a me interrogar cotidianamente sobre a direção de tratamento nestes casos a partir de um questionamento: ***“Por que Daniel não pode comer cocô?”*** – pergunta a mim dirigida, por uma das profissionais da equipe, em uma discussão de equipe sobre o PTS deste sujeito.

Questão essa que após responder lançando mão de universais como *“A gente não come cocô”*, disse: *“Não quero que ele faça isso na minha frente!”*. A pergunta insistia ***“Por que Daniel não pode comer cocô?”***. A insistência da pergunta se fez insistência em mim: e Daniel? Quais os operadores clínicos em questão na construção de seu PTS? O que estava me guiando na construção do PTS dele? Esse PTS estava direcionado a quem? Comportava os desejos dele? Como escutar os desejos dele?

E mais, como pensar na construção de PTS que rompesse com proposições de tratamento enredadas no engodo da sujeição desses sujeitos a relações de poder, ao invés de acompanhá-los em suas invenções cotidianas?

Instalada e nomeada a questão, esta produziu reverberações em meu posicionamento na clínica. Indagações diversas tomaram corpo, como às relacionadas a posição do analista na clínica com estes sujeitos que exibem particularidades, estranhamentos no laço com o outro e o modo de direcionar a escuta no sentido de ouvi-los na singularidade em que seus modos de gozo compareciam, construindo possibilidades discursivas que contemplassem as diferenças.

A psicanálise lacaniana balizou as construções que foram possíveis para este caso. A partir da significantização de seu modo de gozo, pudemos hipotetizar sobre as possibilidades deste sujeito construir laços com o outro, indagando sobre seus desejos: o que desejava Daniel? Como saber de seus desejos?

Dentre as inúmeras interrogações que me acompanharam neste processo de cuidado, destaco a que me capturou, de modo mais enfático ao longo deste tempo: a sustentação da posição desejante dele produziria efeitos importantes na direção de tratamento? Questão essa que deixaremos em suspenso para retomar adiante nos desdobramentos do caso clínico. Por ora avançaremos em outras questões: e Daniel, que sujeito é esse?

Após estes encontros impactantes com Daniel, movida por questões que me enlaçaram tais como “que sujeito é esse?”, “qual sua história?”, procurei notícias que possibilitassem a constituição de uma narrativa para esse sujeito. Fui compondo uma história que pudesse singularizar seus modos de gozo, impedindo, assim, que o singular em questão se perdesse frente à excentricidade nas quais suas ações se exibiam, construindo, desse modo, o caso clínico.

Comecei pelos relatos que encontrei em seu prontuário e, depois, tive algumas conversas com a mãe. Percebi certa dificuldade em conversar com a mãe sobre determinados assuntos da história da família como, por exemplo, a morte do pai. Mas, ressalto que a parte mais detalhada da história provém das informações que se encontravam no prontuário de Daniel.

Destaco que a proposição de discorrer sobre a história de Daniel vir após a apresentação das cenas vivenciadas com ele foi uma escolha da pesquisadora, movida pelo desejo de que o leitor pudesse ser capturado, fígado pelos efeitos diversos que os encontros com Daniel produziam, e intenta produzir um desejo de saber quem é este sujeito e, assim, tecer, costurar o caso clínico.

Daniel chegou ao CAPSi quando tinha 09 anos, encaminhado por um serviço da assistência social. Em seu encaminhamento, constava o diagnóstico de Esquizofrenia Infantil, atribuído por um médico. A mãe relatou que o filho apresentou desenvolvimento normal até os 06 anos de idade, quando percebeu alguns comportamentos diferenciados nele, como isolamento social, choros aparentemente sem motivo e uma agitação constante. Frequentou a escola por 1 semana e, diante das dificuldades vivenciadas, ele não conseguia ficar na sala de aula, chorava muito. Por isso, Daniel não voltou mais ao espaço escolar.

A procura por ajuda profissional só ocorreu quando Daniel tinha entre 08 e 09 anos. O pai, segundo relato da mãe, atribuía as diferenças do filho a uma questão espiritual e não permitia que procurasse atendimento. Nesse período, o pai foi assassinado e não existem maiores detalhes sobre esse fato em seu histórico. Após este acontecimento, a mãe chegou ao CAPSi com Daniel.

Os relatos do prontuário contavam que Daniel, ao chegar no CAPSi, não estabelecia contato com os outros ao redor, andava pelo CAPSi o tempo todo, não sustentava o olhar e nem respondia quando chamado. Após algum tempo, permitiu a aproximação do segurança do CAPSi com quem jogava bola, sendo que, durante um bom tempo, era com ele que escolhia se aproximar e interagir. Posteriormente, permitiu a aproximação dos outros profissionais. Daniel não conseguia permanecer em espaços fechados e participar de atividades coletivas. Uma atividade frequente com ele eram os passeios no entorno do CAPSi, atividade que ele parecia se interessar.

Passou por algumas avaliações médicas dentro e fora do CAPSi, onde lhe foram atribuídos os seguintes diagnósticos: esquizofrenia, autismo e deficiência intelectual grave. Destaco que entendemos que Daniel apresenta estruturação psicótica. Tal hipótese orienta-se a partir de diversas cenas em que observamos um transbordamento da pulsão, e seu corpo parecia inundado pelo gozo sem uma dialetização possível. Daniel não estava alheio ao outro, em uma recusa no contato, mas encarnava o puro real que se impunha no encontro com os outros.

Após a construção dessa história, seguiremos na direção da articulação dos PTS e da direção de tratamento atravessada pela ética da psicanálise como entrelaçamentos inevitáveis nesta pesquisa, chegando à construção de projetos terapêuticos balizados pela dimensão do desejo, ou seja, a construção de projetos terapêuticos que tivessem como norte a dimensão do desejo na psicose. Como vimos no capítulo anterior, o resgate da dimensão do desejo na psicose assinala uma posição política, a partir dos efeitos da singularização desses sujeitos.

Seguiremos na proposta da direção de tratamento articulando-a à ética e, posteriormente, à direção de tratamento na psicose articulada ao desejo.

## 5.2 A direção de tratamento e a ética da Psicanálise

Lacan (1958-1998, p. 592) postula que:

Pretendemos mostrar como a impotência em sustentar autenticamente uma práxis reduz-se, como é comum na história dos homens, ao exercício de um poder. [...] **O psicanalista certamente dirige o tratamento.** O primeiro princípio desse tratamento, o que lhe é soletrado logo de saída, que ele encontra por toda parte em sua formação, a ponto de ficar por ele impregnado, **é o de que não se deve de modo algum dirigir o paciente** (Grifo nosso).

A abstenção de um lugar de poder e saber, (aquele que sabe do que o outro precisa), que se propõe ao analista, é balizadora na direção de tratamento no sentido de devolver ao sujeito em questão a possibilidade de construir um saber sobre si, saber este que se orienta pelo seu desejo<sup>23</sup>. Nesse sentido, a direção de tratamento é orientada pelo sujeito, “Um saber-não-saber e trabalhar a partir do que não se sabe, pois cabe ao sujeito construir seu próprio saber” (LIMA, 2013, p. 73).

Fernandes (2013) aponta os desdobramentos da abstenção de uma posição de poder no tratamento:

Sustentar a demanda abstendo-se de fazer uso do poder que o sujeito lhe atribui na relação transferencial é o que faz o analista que, assim busca “preservar o lugar do desejo na direção do tratamento”, uma vez que é no deslizamento da cadeia associativa que as vias do desejo irão sendo traçadas (p. 72).

Lacan (1957/1958-1999) aponta para o movimento que o sujeito impõe no que entrega ao analista, disfarçando a sua demanda, preservando-se da invasão do Outro como esse que sabe o que ele precisa.

Mas, também, por experiência, o pedinte não tem o hábito de apresentar sua demanda assim inteiramente nua. A demanda nada tem de confiante. O sujeito sabe muito bem com quem está lidando no espírito do Outro, e é por isso que disfarça sua demanda (LACAN, 1957/1958-1999, p. 98).

Fernandes (2013) articula essa questão com o mal-estar que se presentifica nos serviços de saúde frente ao posicionamento destes sujeitos:

---

<sup>23</sup> Sabemos que Lacan assinala a importância da instauração do sujeito suposto saber para a construção da demanda de análise, considerando a estruturação da transferência. A aposta do analisante que o analista detém um saber que ele não sabe sobre o que lhe acontece é fundamental nesse processo. Porém, é preciso que esta posição de sujeito suposto saber seja superada no momento em que o sujeito se dirige à formulação de um saber inconsciente, para que o sujeito construa um saber, que lhe é próprio, sobre si.

Para não ser totalmente tomado pelo Outro, o sujeito não apresenta sua demanda de forma explícita, ele a disfarça, pede algo para conseguir outra coisa, ele a inventa, pode ainda dizer ‘não quero’, ‘não posso’, ‘não vou’ deixando algo fora dessa relação” (p. 72).

Tal articulação nos interessa, pois ela marca o movimento do sujeito no sentido de construir barreiras que inviabilizem a sua tomada como objeto do gozo do Outro, que nos casos de psicose é muito frequente, remetendo-nos a um conjunto de fatores que carregam em seu bojo a construção histórica do lugar social atribuído à loucura como discutimos no Capítulo I.

Ao formular a direção de tratamento construída pelo sujeito, Lacan subverte a posição instituída na qual o profissional é quem sabe do tratamento e figura o sujeito como detentor de um saber. Sabemos que tal formulação não é específica para a psicose, mas aqui nos interessa destacar os importantes efeitos que tal posicionamento ético e os desdobramentos disso para estes sujeitos. “Essa posição de alunos da clínica na qual nos coloca a psicose, e seu novo lugar no ensino de Lacan, conduzem a uma dupla modificação: sobre o plano do saber e sobre o plano do poder” (ZENONI, 2002, p. 24), balizando-se não por um saber prévio, mas uma construção de saber.

Assim, Lacan (1958-1998) destaca a posição do analista que também paga com palavras, com sua pessoa conferindo suporte às expressões singulares que emergiram sobre transferência e só responde a partir de sua posição na transferência. Questiona, assim, para onde caminha a direção de tratamento:

Para onde vai, portanto, a direção de tratamento? Talvez baste interrogar seus meios para defini-la em sua retidão. Observe-se: 1. Que a fala aqui tem todos os poderes, os poderes especiais do tratamento; 2. Que estamos muito longe, pela regra, de dirigir o sujeito para a fala plena ou para o discurso coerente, mas que deixamos livres para se experimentar nisso; 3. Que essa liberdade é o que ele tem mais dificuldade de tolerar; 4. Que a demanda é propriamente aquilo que se coloca entre parênteses na análise, estando excluída a hipótese de que o analista satisfaça qualquer uma; 5. Que não sendo colocado nenhum obstáculo à declaração do desejo, é para lá que o sujeito é dirigido e até canalizado; 6. Que a resistência a essa declaração, em última instância, não pode ater-se aqui nada além da incompatibilidade do desejo com a falta (p. 647).

Nos deparamos, então, com a dimensão ética da direção de tratamento, no sentido de escutar o sujeito a partir de sua a posição subjetiva, assinalando que o analista se centra pela escuta da posição subjetiva que emerge, e é esse o norte da análise para além da estrutura em questão. Lacan (1959/1960-2008) destaca que a ética está referida ao desejo, “[...] Não há outro bem senão o que poderia servir para pagar o preço ao acesso ao desejo – na medida em que esse desejo, nós o definimos alhures como a metonímia de nosso ser” (p. 376).

Resgatando as descobertas de Freud sobre o inconsciente, Lacan propõe pensar a ética desconectada de qualquer ideal de conduta e felicidade, articulando-a à relação do sujeito com seu desejo, pois tais ideais constituem-se em um engodo de que haveria um bem universal a ser atingido.

Como se vê, é simplesmente o programa do princípio do prazer que estabelece a finalidade da vida. Esse princípio domina o desempenho do aparelho psíquico desde o começo; não há dúvidas quanto a sua adequação, mas seu programa está em desacordo com o mundo inteiro, tanto no macrocosmo como no microcosmo. É absolutamente exequível, todo o arranjo do Universo o contraria; *podemos dizer que a intenção de que o homem seja “feliz” não se acha no plano da “Criação”* (FREUD, 1930/1936-2010, p. 30, grifo nosso).

Lacan (1959/1960-2008, p. 47) resgata essa articulação de Freud propondo uma ética que não se relaciona com os postulados universais da filosofia e da moral, pois não é possível oferecer qualquer garantia nesse sentido.

Freud não pensa nem um instante em identificar a adequação à realidade a um bem qualquer. No *Mal-estar na civilização*, diz-nos – seguramente a civilização, a cultura, pede demais ao sujeito. Se há algo que se chama seu bem e sua felicidade, não há nada para isso ser esperado nem do microcosmo, isto é, dele mesmo, nem do macrocosmo.

Assim, o problema ético posto por Freud seria, para Lacan, “a questão do lugar do desejo numa cultura fundada na moral e na lei” (LACAN, 1959/1960-2008, p. 140), pontuando que: “Proponho que a única coisa da qual se possa ser culpado, pelo menos na perspectiva analítica, é de ter cedido de seu desejo” (LACAN 1959-1960-2008, p. 373).

Ao abordar este assunto, Lacan dedicou-se ao estudo da moral e do bem, do dever e do útil a partir de Aristóteles, Kant e Sade, afim de construir uma posição própria à psicanálise no que se refere à esta questão, propondo importantes diferenciações na psicanálise no sentido de romper com a ideia de que o analista conduziria o analisante ao bem e ao útil universal.

Lacan (1959/1960-2008) avança neste sentido a partir da noção de *Das Ding* freudiano, de onde prossegue para a formulação do “objeto a”. Este, por sua vez, é responsável pelo irreduzível de um desejo, o impossível de ser situado, que denota a topologia própria do desejo. “A questão ética, uma vez que a posição onde Freud nos faz progredir nesse domínio, articula-se por meio de uma orientação do referenciamento do homem em relação real” (p. 23). Portanto, ao pensar a dimensão ética, Lacan distancia-se das proposições filosóficas, direcionando-se pela relação do sujeito com seu desejo.

Bueno (2015) destaca que a ética apresentada por Lacan não se dirige a imperativos de orientação de conduta, mas à relação do sujeito com o desejo.

A ética da psicanálise se guia pelo desejo, não para interdita-lo superegoicamente com imperativos de orientação de conduta. Não é uma ética de imperativos, mas de questionamento, este não se confunde com o questionário – bateria de perguntas à qual o usuário de equipamentos de saúde mental é submetido em anamneses e avaliações psi. *O que é questionado é o sujeito em sua posição desejante* (p. 82. grifo nosso).

Rinaldi (1996) assinala que ao enunciar que a experiência analítica é direcionada por uma ética do desejo, Lacan indica o surgimento da diferença, fazendo emergir o que há de mais singular na relação de cada sujeito com seu desejo. Lacan nos Seminário 17 (1969/1970-1992) e Seminário 20 (1972/1973-1985) articula a ética como uma “ética de bem dizer”, assinalando o engodo da felicidade, situando-a como uma felicidade veiculada aos modos de gozo, ou seja, no gozo do sujeito estaria associada uma dose de felicidade, que estaria presente no sintoma.

Quinet (2009, p. 13) ressalta a implicação do sujeito.

A estrutura de linguagem do inconsciente é o que faz a psicanálise como práxis operar por meio da fala – o que leva Lacan a definir sua ética como ética do bem dizer. Eis a ética correlata ao sujeito. Ela não dita condutas, modos de agir segundo algum universal válido para todos, como um *orthos logos* aristotélico ou um imperativo categórico kantiano com sua máxima válida para todos. *Trata-se de uma ética relativa à implicação do sujeito, pelo dizer, no gozo que seu sintoma denuncia – ética de bem dizer o sintoma* (QUINET, 2009, p. 13, grifo nosso).

Elia e Santos (2005) pontuam que ao propor o bem-dizer Lacan nos convoca a pensar no sintoma, contemplando os modos de gozo do sujeito. “É Lacan que convida a *bem-dizer* [...]. Na verdade, a expressão lacaniana *bem-dizer* comporta uma condensação, no sentido propriamente freudiano do termo: ela alude a várias cadeias de significantes, situando-se em seu cruzamento” (p. 107, grifos dos autores).

Tomando a primeira pergunta que fizemos – bem dizer o quê? –, vemos que Lacan a aplica ao sintoma: trata-se na análise de bem dizer o sintoma. Isso já significa, por exemplo, que não se trata de eliminá-lo, curá-lo no sentido médico, psicológico ou psicopatológico do termo. A análise faz outra coisa com o sintoma – ela leva o sujeito a bem dizê-lo. Não basta, portanto, dizê-lo, é preciso dizê-lo de tal modo que a posição do sujeito do sintoma em questão mude, a ponto de mudar também a economia de gozo e as condições do desejo implicadas nesse sintoma. [...] *A Ética da psicanálise não é a de um Bem a ser feito ou atingido pela ação humana, mas a de um Bem que deve dar forma ao ato de dizer* (ELIA & SANTOS, p.107-108, grifo nosso).

A ética, para Lacan, está veiculada a manter uma estrutura de falta no inconsciente. Na análise a partir do encontro do sujeito com seu desejo, sustentado pelo desejo de analista,

este pode vencer a barreira do imaginário, saindo do sentido em direção ao sem sentido, remetido ao inconsciente. A partir destas considerações seguiremos para as particularidades da direção de tratamento na psicose, norteadas pela dimensão do desejo.

### **5.3 A direção de tratamento na psicose em articulação com o desejo: como construir PTS que comporte a dimensão do desejo na psicose?**

O cuidado a sujeitos psicóticos esteve historicamente marcado pelas restrições na circulação social, isolamento dos sujeitos e, posteriormente, o tratamento medicamentoso, como vimos no Capítulo I. No documento “As Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), encontramos que a denominação dos transtornos mentais tem sido estendida a grupos de pacientes que apresentam características diferenciadas entre si, abarcando sob uma mesma categoria particularidades que excluem o modo singular como cada sujeito exhibe seu sintoma.

São assim todos nomeados como transtornos mentais graves, tomados de forma universal a partir da associação da gravidade à intensidade do sofrimento, a incapacidade nas relações interpessoais e competências sociais, além do diagnóstico psiquiátrico (BRASIL, 2008). O documento cita a definição da Organização Mundial da Saúde - OMS (2004), que aloca a psicose como sinônimo de gravidade psíquica:

[...] Grande parte deste grupo é composto pelos transtornos psicóticos. Em geral, o conjunto de transtornos psicóticos *representa um drama pessoal em potencial no curso de vida de um indivíduo*. Este grupo não inclui apenas a esquizofrenia e o transtorno esquizoafetivo, mas também as psicoses afetivas e atípicas e acarreta consequências de longo alcance em vários âmbitos da vida destes indivíduos (BRASIL, 2008, p. 19, grifo nosso).

Destacamos que o conceito de *caso grave* endossado nesta pesquisa é aquele que se direciona pelas dificuldades no laço social apresentadas pelos sujeitos, para além de sua estrutura ou mesmo sua compreensão diagnóstica, demarcando que a questão da gravidade, para a psicanálise, estaria centrada no sintoma que o sujeito produz e os impasses que tais arranjos sintomáticos produzem em seus laços sociais. Evidenciam-se, assim, os diferentes posicionamentos no discurso da medicina e na psicanálise; enquanto que o discurso da psicanálise se centra sobre o sujeito e suas *particularidades* no laço social, o discurso da medicina centraliza-se em critérios definidos como *incapacidade* no laço social, grau de

sofrimento e duração do transtorno, sendo que tais posicionamentos discursivos produzem ressonâncias importantes na clínica que se produz.

Apontamos que ao marcar tais diferenciações, do discurso médico e o da psicanálise, não pretendemos firmar uma oposição indissociável entre estes dois campos, mas assinalar que os caminhos adotados, atualmente, para se pensar o sujeito e seu sintoma se diferenciaram bastante, porém, não se constituem em campos antagônicos por natureza. Como Freud (1916/1917-2014) nos assinalou:

A psicanálise está para a psiquiatria assim como a histologia para a anatomia; uma estuda a forma exterior dos órgãos, ao passo que a outra se dedica ao estudo de sua constituição a partir dos tecidos e células. Não se pode conceber uma contradição entre estudos que dão continuidade um ao outro. (p. 341)

Particularizando o momento atual, considerando o direcionamento que a ciência impõe aos discursos, observa-se que a medicina é rapidamente capturada firmando padrões universais norteados pelas exigências de uma medicina baseada nas ditas *evidências científicas*. Nesse sentido, retornamos a Freud (1916/1917-2014) que com seu caráter inovador já situava os entraves que tal direcionamento da medicina poderia produzir, apresentando uma reflexão que se faz necessária em tempos de patologização da vida cotidiana:

“[...] é de prever que numa época não muito distante nos trará a percepção de que uma psiquiatria dotada de profundidade científica é impossível sem um bom conhecimento dos processos mais profundos, inconscientes, que se desenvolvem na vida psíquica” (p. 341).

Deste modo, a leitura de gravidade proposta pela psicanálise, localizando-se pelos impasses no laço social, reposiciona esse conceito para além de estruturas clínicas, não associando gravidade à psicose, como se fosse algo exclusivo dela, mas destacando o modo particular como cada sujeito goza e os efeitos disso em sua vida. Logo, descolamos a noção de gravidade do diagnóstico para pensar as incidências de modos de gozo do sujeito, as formações sintomáticas que incidem na estruturação dos laços sociais, considerando que do sintoma não há como fugir, ele emerge interpelando o sujeito acerca das possibilidades inventivas para um saber fazer com seu sintoma.

Ao estabelecer outros parâmetros para se pensar a gravidade, a psicanálise produz ressonâncias importantes nos modos de tratamento, balizando-se pelas formações sintomáticas.

[...] A operação metodológica da psicanálise se sustenta na experiência de cada caso, produzindo, ao mesmo tempo, uma formalização lógica capaz de explicar e de transmitir a relação que cada sujeito estabelece com seu sintoma. E isso se reflete de

outro modo, associado a uma direção fundamental: a de uma política do sintoma fundamentada na última fase do ensino de Lacan, cuja proposição considera um “saber-fazer” com o sintoma, a partir de uma operação que trata o gozo sintomático como solução inventada por cada sujeito, o que podemos considerar como um modo de eficácia do método analítico. Nessa concepção, o sintoma não é algo a se superar, pois, para o ser falante, não há outro modo de se relacionar com o gozo que não seja pela via do sintoma, melhor dizendo, que não seja sintomatizando. É possível, então, modificar, construir ou inventar um modo de lidar com o real do gozo do sintoma, diante da impossibilidade de aboli-lo ou obliterá-lo (BURSZTYN, 2012, p. 10).

A psicanálise opõe-se à ideia de um postulado universal dos casos graves e propõe pensar tais questões balizadas a partir da política do sintoma, logo, o particular de cada sujeito. Lacan (1958-1998) sinaliza a importância de se ouvir a posição subjetiva do sujeito, a partir do que nomeia como “*uma submissão completa, ainda que advertida, às posições propriamente subjetivas do doente*” (p. 540, grifo nosso), marcando a importância de ouvir o sujeito, aludindo à posição discursiva do sujeito como um modo de localizar a estrutura em questão. Destaca como isso ocorre na psicose: “Mas impressionante ainda, porém, é a relação do sujeito com sua própria fala, onde o importante é mascarado sobretudo pelo fato puramente acústico de que ele não poderia falar sem se ouvir [...]” (p. 539-540).

Sublinha tais efeitos resgatando, para isso, a cena de apresentação de um paciente na qual a escuta orientou-se para além dos fenômenos, direcionando-se para a trama em questão “[...] pois trata-se de saber por que as coisas se passam assim” (LACAN, 1955/1956-1998, p. 242).

Não temos razão alguma para não aceitar como tal o que ele nos diz, sob pretexto de sei lá o quê, o que seria inefável, incomunicável, afetivo – vocês sabem, tudo o que se arquiteta sobre os pretensos fenômenos primitivos. O sujeito dá testemunho efetivamente de uma certa virada na relação com a linguagem, que se pode nomear erotização, ou apassivação. Sua maneira de sofrer em seu conjunto o fenômeno do discurso revela-nos seguramente uma dimensão constitutiva, uma vez que não procuremos o menor denominador comum dos psiquismos. Essa dimensão, é a distância entre o vivido psíquico, e a situação semiexterna em que, em relação a todo fenômeno da linguagem, se acha não somente o alienado, mas qualquer sujeito humano (LACAN, 1955/1956-1998, p. 244).

De Battista (2017a) aponta a subversão na concepção de sintoma que tem como bojo a escuta da posição subjetiva do sujeito, conforme Lacan acentuou:

El aporte del psicoanálisis a la semiología psiquiátrica consiste en la subversión de la concepción del síntoma, que es puesta en práctica en las presentaciones: no se trata de ubicar el fenómeno a cualquier precio para saber si la alucinación es verbal, sensorial o no sensorial, sino de “escuchar simplemente al sujeto”, prestar atención a su discurso, hacer decantar el síntoma. [...] No se trata entonces de orientarse por la localización de signos fenomenológicos de un supuesto proceso mórbido, sino por la

escucha de las posiciones subjetivas del ser que no pueden reducirse simplemente a una enfermedad o a una anormalidad (p. 84).

Ainda segundo a autora, Lacan marca que a questão não é estabelecer as categorias diagnósticas, mas sim escutar a posição do sujeito, destacando a singularidade em questão.

En su diálogo con los psicóticos Lacan pone en primer plano al sujeto: su participación, su división, su síntoma, su relación con el lenguaje. El diagnóstico es creado para cernir mejor esta posición, y en cierta forma, para nombrarla y transmitirla. Esta sumisión, este rechazo a reducir estas posiciones al proceso mórbido, signa su posición con respecto a la escucha del psicótico y constituye una enorme contribución a la elucidación de la transferencia en las psicosis (DE BATTISTA, 2017a, p. 89).

Deste modo, Lacan marcou em seu ensino os efeitos de se escutar o psicótico, principalmente nas apresentações de pacientes, ao se inverter a posição tradicional da psiquiatria em que o saber e a palavra estão do lado do médico, e se coloca o sujeito em outro lugar, atribuindo-lhe um lugar de fala.

Apresentei-lhes na sexta feira uma psicose alucinatória crônica. Vocês não ficaram surpreendidos, aqueles que lá estavam, em ver como o que se obtém é *mais vivo se, ao invés de tentar determinar a todo custo se a alucinação era verbal ou sensorial ou não sensorial, escutamos simplesmente o sujeito?* (LACAN, 1955/1956-1998, p. 242, grifo nosso).

De Battista (2017a) sublinha o que faz com que os analistas não avancem no tratamento das psicoses:

[...] lo que no permite avanzar al psicoanálisis en el tratamiento de la psicosis es que los analistas recaen en la posición psiquiátrica, aquella de defenderse de la angustia que el encuentro con el loco les produce erigiendo barreras protectoras como los muros, el miedo o la teoría. Defenderse con la teoría implica tomar al psicótico como objeto de estudio y no como sujeto (p. 76).

Nessa perspectiva, a psicose se converteria em um campo de estudo, caminhando para uma posição que se identifica com a psiquiatria e não se sustenta como analítica, pois essa seria de estabelecer um significante de uma falta no Outro, que é fundamental para a transferência.

Segundo, então, na construção de uma direção de tratamento para as psicoses, temos inicialmente a proposição do analista como secretário do alienado, acompanhando o sujeito e testemunhando a sua existência.

Por que então, condenar de antemão a caducidade o que se externa de um sujeito que se presume estar na ordem do insensato, mas cujo testemunho é mais singular, e mesmo inteiramente original? Por mais perturbadas que possam estar suas relações com o mundo exterior, mesmo assim não guarda o seu testemunho o seu valor? (LACAN, 1955/1956-1998, p. 243).

Lacan (1955/1956-1998), em seu seminário sobre as psicoses, marca que o analista deveria ouvir o que o sujeito diz, literalmente, como se fosse um texto:

Vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado. Empregam habitualmente essa expressão para censurar a impotência dos seus alienistas. Pois bem, não só passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta – o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada (p. 242).

Enfatiza que, no delírio, temos notícias da relação particular do sujeito com a linguagem, indicando a centralidade da fala na escuta analítica.

[...] se soubermos escutar, o delírio das psicoses alucinatórias crônicas manifesta uma relação muito específica do sujeito em relação ao conjunto do sistema de linguagem em suas diferentes ordens. Só o doente pode testemunhar isso, e ele o testemunha com maior energia (LACAN, 1955/1956-1998, p. 243).

Ao secretariar o alienado, o psicanalista sustenta um lugar de endereçamento do texto psicótico, submetendo-se ao real que se apresenta no encontro com estes sujeitos, renunciando ocupar o lugar de Outro gozador, possibilitando construções singulares que almejam ancorar enlaçamentos possíveis.

Outro direcionamento que toma a cena é a questão da limitação do gozo, uma posição para além de testemunha da existência. De Battista (2017a) pontua essa dimensão, de um mais além do secretário do alienado, sendo necessária uma intervenção que limitasse o gozo e não apenas se deter a posição de testemunha.

A fines de los '90 comenzó cierta pretendida “renovación” de la clínica analítica de las psicosis cuyo punto de partida fue cuestionar la posición de secretario en favor de posiciones que apuntaran a sostener la creación y a acompañar una invención particular que suponga un “destinatario atento” (p. 95).

Zenoni (2002) nos aponta essa questão ao pensar o tratamento da psicose:

“Dizer não” ao gozo do Outro não implica nem em suprimir toda regra ou todo interdito, nem, ao contrário, em encarnar a lei ou a função paterna. Implica, sobretudo, em presentificar um Outro que seja ele mesmo regulado, em enunciar ou lembrar uma regra que regulamente o Outro ele mesmo (p. 27).

Como o sujeito psicótico pode se servir da análise? Questão que reiteradamente é retomada pelos psicanalistas e que De Battista (2017a) relançou em seu trabalho, sustentando essa importante interrogação apontando para uma implicação calculada do analista, posicionando-se como semblante de objeto. A autora recupera o trabalho de Silvestre (1983) no qual ele sugere que o analista se oponha a essa posição de Outro gozador ao introduzir a regulação/limitação do gozo, situando o analista como semblante de objeto. Destaca isso como uma questão política:

Para este autor, la presencia de los psicóticos en el análisis conllevaba no obstante cierta especificidad de la demanda: que el analista produzca un significante del goce, que establezca una regulación [...]. La maniobra consiste entonces en desalojar al sujeto del lugar de objeto y oponerse a ocupar el lugar de Otro gozador, al producir un vaciado de goce donde el psicótico pueda alojarse. Este movimiento de rectificación de las posiciones iniciales era esencial para asegurar al analista el lugar de semblante de objeto que le conviene y restituir al psicótico su condición de sujeto dividido. Aunque pueda parecer una cuestión de táctica o estrategia, para Silvestre se trataba de política (p. 98).

Soler (1990) aponta três modalidades de intervenção e seus efeitos. A primeira seria o analista na posição de testemunha, partindo do silêncio de abstenção, que consentiria um trabalho visando a elaboração delirante ao invés de uma transferência erótoma. Na segunda, o analista se posiciona como guardião dos limites do gozo, atuando na tentativa de fazer uma ortopedia à proibição que falta, a partir dessa posição de guardião dos limites do gozo do Outro.

A terceira modalidade de intervenção consiste em sustentar essa função de limite do gozo, já que a regulação do gozo, (que opera pelas incidências do complexo de Édipo em Freud e da Metáfora paterna em Lacan), na psicose não ocorre. Assim, a falta que poderia produzir efeitos de regulação não se inscreve. Porém, tal função de limite do gozo se delinaria considerando significantes ideais que surgem do discurso do psicótico, apontando para a posição subjetiva do sujeito e possibilitando a construção de uma suplência.

De Battista (2017a) destaca os entraves dessa posição de limitar o gozo, pois tal direcionamento pode engendrar uma dependência do paciente em relação ao analista. “[...] La consecuencia es que el tratamiento puede convertirse en una cura *per vitam*. Este es uno de los prejuicios que se ha arraigado con más fuerza entre los analistas: cuando uno toma a un psicótico en análisis, lo hace por el resto de su vida” (p.101).

A autora segue apresentando tensionamentos importantes em relação a esta direção de tratamento, interrogando se essa posição, guardião dos limites do gozo, poderia então situar o sujeito psicótico em uma relação de sujeição com o analista de modo que precise da presença

do analista para sustentar essa regulação de gozo. Essa regulação do gozo poderia tornar possível a construção de uma suplência.

De Battista (2017a) questiona ainda: “Pero entonces, apuntar a una limitación del goce ¿no implicaría escudarse en la idea de la existencia de un padre garante de la regulación?” (p. 101).

Surge una primera objeción, la posición del analista ¿puede confundirse con operar desde el lugar del ideal? ¿O tiene que abstenerse de esto para operar analíticamente? Una práctica orientada ala limitación del goce ¿no ubica al analista mismo como ortopedia de la cual el psicótico dependería a partir de entonces para sostener su estabilización? ¿No se encontraría más próxima de una perspectiva terapéutica que analítica? Estos efectos de “dependencia de una presencia real y constante” ¿obedecen a la lógica de la estructuración subjetiva psicótica o son consecuencia de la orientación que ha tomado la dirección de la cura? (p. 109-110).

Consideramos que a direção de tratamento construída pela via do desejo libera o sujeito da sujeição original, favorecendo a invenção, sem deixar o sujeito à deriva. Essa é uma posição ética que atua no sentido de liberar o sujeito pela via do desejo a partir da falta. “Las relaciones de deseo se convierten em el campo donde la experiencia analítica se articula y esto implica desembocar em una ética del deseo propia del analista” (BATTISTA, 2017a, p.172-173).

Lacan propõe a dimensão do *sinthoma*, destacando-o como uma invenção própria do sujeito que lhe permite criar possibilidades para lidar com seu modo de gozo, um saber fazer com seus sintomas. Em seu seminário, Lacan (1975/1976-2007) apresenta o *sinthoma* propondo novas articulações sobre o sujeito e o que viria a ser o final de uma análise. “*Sinthoma* é uma maneira antiga de escrever o que posteriormente foi escrito sintoma” (p. 11).

Articulou-o como o quarto nó que enodaria os três registros (real, simbólico e imaginário), permitindo que o sujeito nomeasse a sua letra e gozo no final de análise, condicionado pela lalíngua<sup>24</sup>. Assim, o *sinthoma* é pensado como cifra do real, letra de gozo – enodando os registros. “[...] o *sinthoma* é uma cifra de gozo que escreve o irreduzível da estrutura” (SADALA & MARTINHO, 2011, p. 254).

O *sinthoma* se relaciona à herança paterna, com o que sujeito faz com a transmissão do pai a partir da proposição de tomá-lo como um sintoma, “[...] em suma, o pai é um sintoma, ou *sinthoma*, se quiserem. Estabelecer o laço enigmático do imaginário, do simbólico e do real, implica ou supõe a ex-sistência do sintoma” (LACAN, 1975/1976-2007, p. 21). Nomeia o

<sup>24</sup> Lacan define lalíngua como a língua do inconsciente de cada um, uma língua própria de cada ser falante, constituindo-se na primeira marca do ser falante. (LACAN, 1975/1998).

complexo de Édipo como um sintoma: “O complexo de Édipo é, como tal, um sintoma. É na medida em que o Nome-do-Pai também é o Pai do Nome, que tudo se sustenta, o que não torna o sintoma menos necessário” (p. 23).

[...] essas duas dimensões, do gozo e do dizer, são conjuntas para Lacan na noção de *sinthoma*, introduzida logo após o RSI com relação a Joyce, e desde as primeiras frases do seminário *O sinthoma*. Depois de tatear um pouco, Lacan define aí o *sinthoma* como o dizer que permite enodar as três consistências do simbólico, do imaginário e do real, e o pai é *sinthoma* na medida em que, por seu dizer, ele nomeia, especialmente a sua descendência. Lacan diz: cuidado paterno. Se o pai não é apenas um tipo de sintoma de gozo, mas também um dizer sintoma, ele opera ao mesmo tempo em outros níveis, diferentes do sexo, principalmente o de uma certa transmissão (SOLLER, 2018, p. 36-37).

Lacan (1975/1976-2007) destaca então “[...] Por isso a psicanálise, ao ser bem-sucedida, prova que podemos prescindir do Nome-do-Pai. Podemos sobretudo prescindir com a condição de nos servirmos dele” (LACAN, 1975/1976-2007, p. 132). Ao percorrer as construções de Joyce, Lacan (1975/1976-2007) destaca o que foi possível a ele construir, um tipo de suplência à carência da função paterna, “o que proponho aqui é considerar o caso do Joyce como respondendo a um modo de suprir um desenodamento do nó” (p. 85), procurando em sua escrita a função que tal arranjo sustenta na economia psíquica deste.

“Com Joyce temos o nome como paradigma de uma particular invenção. Joyce descreve um sujeito que, em resposta às emendas mal feitas em seu ego, um ego mal costurado, produziu um texto, uma escrita particular, no lugar em que o inconsciente fracassa” (SADALA & MARTINHO, 2011, p. 255).

[...] É isso que se constata que faz de Joyce o sintoma, o sintoma puro do que concerne a relação à relação com a linguagem, na medida em que ela é reduzida ao sintoma – a saber, ao que ela tem como efeito, quando não analisamos tal efeito, eu direi mais: quando nos proibimos de jogar com quaisquer equívocos que abalariam o inconsciente de qualquer um (LACAN, 1955/1956-2007, p. 162).

E Lacan segue ao dizer que “[...] o sintoma é puramente o que a língua condiciona, mas de certa maneira Joyce o eleva a potência da linguagem, sem torná-lo com isso analisável” (p. 163). Assim, chegamos à dimensão do saber-fazer: “Só se é responsável na medida de seu *savoir-faire*” (p. 59). Lacan (1975/1976-2007) associa o que o sujeito produz com seu saber-fazer com o artifício: “O que é *savoir-faire*? É a arte o artifício, o que dá à arte da qual se é capaz um valor notável, porque não há Outro do Outro para operar o Juízo Final. Pelo menos sou eu quem enuncio assim” (p. 59). O autor prossegue ainda quando diz que “[...] Joyce não sabia o que ele fazia o *sinthoma*, quero dizer, que o simulava. Isso era inconsciente para ele.

Por isso, ele é um puro artificio, um homem de *savoir-faire*, o que é igualmente chamado de um artista” (p. 114).

De Battista (2017a) aponta os efeitos deste percurso de Lacan:

Esto se inscribe en un esfuerzo de Lacan por llevar al psicoanálisis más allá de la referencia paterna y de la realidad psíquica edípica que es, en definitiva, una realidad religiosa. La pluralización del Nombre-del-Padre lo condujo a su conceptualización del *sinthome*, una función de anudamiento de imaginario, simbólico y real que puede tener por referencia al padre o “pasarse” de él, dando lugar a anudamientos borromeos y no borromeos. Lacan mostró cómo en su construcción del “caso Joyce” el deseo de ser un artista que mantendría ocupado a los universitarios durante siglos constituyó un ego de suplencia que permitió anudar los registros en el punto mismo en que se había producido el lapsus del anudamiento. Este cuarto elemento, el *sinthome*, anuda sin recurrir al Nombre-del-Padre, rechazado de hecho en Joyce (p. 104).

A autora assinala que nessa proposição Lacan dá um giro em seu ensino “Este gesto herético de Lacan, el de proponer un más allá del Padre, cuestionó uno de los ejes teóricos ineludibles del psicoanálisis freudiano: la prevalencia clínica y epistémica del padre, especie de ‘hipoteca del deseo de Freud’” (p. 104).

Lacan coloca que o *sinthoma* confere uma chave de leitura que poderia enlaçar os três registros (real, simbólico e imaginário), apontando para a diferença em questão, não a adjetivando como uma estrutura deficitária, no caso da psicose, destacando, assim, a posição subjetiva do sujeito como norte para a direção de tratamento. “Trata-se de situar que o *sinthoma* tem a ver com o real, o real do inconsciente [...]” (LACAN, 1975/1976-2007, p. 98).

“Pois então é a psicose que ensina, que ensina sobre a estrutura e que ensina quanto à solução, a variedade de soluções que é possível inventar para o problema da inconsistência próprio a essa estrutura” (ZENONI, 2002, p. 23-24). A questão se desdobra nas invenções possíveis para a criação de um saber-fazer do sujeito com seu modo de gozo, interrogando quais as ancoragens que podem fazer suplência ao desejo do psicótico, que não é simbolizado pelo significante Nome-do-Pai. E sabemos que há muitas possibilidades, a depender das amarrações próprias, a partir da criação de cada sujeito. Assim o analista seria esse que interroga quais as suplências que ancorariam o desejo, situando-se como este que se posiciona ao lado do sujeito, sustentando ou mesmo apontando as construções possíveis, a fim de sustentar seu desejo .

Destacamos que as construções que Lacan propõe em seu ensino sobre o *sinthoma* apresentam uma consistência teórica e conceitual, sinalizando para um direcionamento, de modo mais enfático, para a dimensão do real. Entretanto, dada a densidade de tais postulações, não nos dispomos nesta pesquisa a explorar minuciosamente tais articulações propostas por Lacan, no sentido de abarcar toda a complexidade envolvida neste momento do seu ensino, mas

apontar as relações que ele estabelece desta questão com as invenções e suplências que o psicótico pode fazer com relação ao seu desejo, inventando um saber- fazer com seu desejo.

#### **5.4 Desdobramentos possíveis: um lugar desejanste para Daniel**

Iniciamos os desdobramentos resgatando a questão formulada anteriormente e colocada em suspenso: a sustentação da posição desejanste dele [Daniel] produziria efeitos importantes na direção de tratamento? Apostamos que sim, e essa aposta era sustentada por cenas em que outras possibilidades de laço com os outros inscreviam-se, as quais percorreremos agora.

Ordenada por diversas interrogações acerca da relação que Daniel exibia com a comida e guiada por uma hipótese de que sua questão com a cozinha não era relativa à suposta compulsão alimentar, interroguei-me se não se tratava do olhar, o olhar que lhe era dirigido nestas situações. Proponho, então, outra abordagem: ao invés de interditar sua entrada na cozinha, a porta fica aberta, ele entra e eu lhe pergunto o que ele desejava. A cena que se seguiu foi Daniel abrindo a geladeira, os armários, e apenas olhando o que estava dentro, olhava minuciosamente, e não avançava em nenhum alimento. Interessou-se por um macarrão instantâneo, pegou-o segurando na mão e quando digo que não era nosso, portanto, não podíamos comer, ele aceitou devolver saindo para o portão onde gostava de ficar.

Após esta cena, me perguntava: o que tinha ocorrido ali? O que vislumbramos nessa cena? Por que tal cena é tão diferente de tantas outras que tinha presenciado em que ele avançava sobre os alimentos aonde quer que estivesse, colocando tudo na boca? O caos pulsional, o incontrolável cedeu lugar ao sujeito que escolhe e deseja?

Ofertar outro lugar subjetivo para ele foi um diferencial nesta cena? A presença acompanhando-o em sua descoberta garantindo-lhe um olhar e uma hiância possibilitou que outro laço se fizesse com os alimentos, com a cozinha? Destaco essa cena, pois este foi um dos primeiros momentos em que Daniel me interrogou sobre o lugar discursivo em que era tomado –“*Feche a cozinha! Daniel está chegando!*” – e a minha posição na direção de seu tratamento.

É interessante ressaltar que tais cenas, em que outros laços pareciam possíveis, não apresentavam uma continuidade linear, sendo desenhadas em meio a intensas rupturas e momentos em que a interdição precisava se fazer presente. Era um trabalho intenso, minucioso, que exigia disponibilidade para acompanhar Daniel em suas cenas cotidianas, sustentando outras possibilidades discursivas e exigindo uma construção que se relançava a todo instante.

A cena relatada acima constitui-se em um disparador importante que possibilitou repensar a direção de trabalho delineada até então. Ofertar novas possibilidades discursivas para Daniel parecia um bom caminho, pois a partir disso observávamos as possíveis implicações do amansamento da pulsão incidindo em seu direcionamento aos alimentos. Abriu-se espaço para que um sujeito emergisse, marcado por suas particularidades, mas tomado como um sujeito que porta um desejo.

O que se observou a seguir foi um deslizamento, a boca antes ocupada, tomada pela comida vorazmente, agora podia encontrar outras possibilidades, como falar, cantarolar, dar risadas e convocar os outros. Ressalto que Daniel continuou comendo bastante, e continuou comendo o cocô, mas essa não era a sua única atividade. Assim, a vinheta clínica relança as questões discutidas nesta pesquisa, acerca dos operadores clínicos presentes na construção dos PTS e a direção de tratamento orientada pelo desejo, a partir do sujeito, remontando as questões assinaladas no Capítulo I de quem tratamos e para que tratamos nos CAPSi.

Voltamos ao entorno do CAPSi, diversas vezes retornamos aos lugares visitados anteriormente e a cena se reproduzia: Daniel rapidamente avançava sobre os alimentos e comia tudo. Passamos, então, a implicá-lo em tais situações. Iniciamos por interrogar o que estaria em questão em tais cenas, formulando perguntas onde figurava apenas a cena traumática, indicando uma possibilidade de leitura que situasse tais acontecimentos com a subjetividade de Daniel.

O que estava sendo dito em tais situações? Posicionado, então, como sujeito, entendemos que era inevitável convocá-lo, de modo mais direto, no que se desenrolava, através de atos, intervindo na cena que se desenhava, barrando sua passagem ao ato, inserindo-o em uma relação possível com a interdição, uma interdição que atravessa a todos, uma Lei que tange a todos. Assim as interdições passaram da ação concreta – como entrar na frente impedindo o acesso aos alimentos –, para a via discursiva – quando localizávamos a Lei como balizadora dos laços sociais, expressando-a na necessidade de pagar pelo alimento desejado e a impossibilidade de comprar todas as vezes. Em alguns momentos era possível comprar, sendo possível escolher o que desejava, não precisava comer tudo e nem era possível pegar tudo.

Resgato outra cena. Novamente estávamos em um passeio pelos arredores do serviço. Antes de sair, sinalizamos que naquele dia não seria possível comprar salgadinhos. Após entrar no mercado e na loja de games, onde apenas observou a infinidade de objetos e alimentos que havia nestes lugares, saiu sem comprar nada e contemplou um grupo de homens conversando em frente a uma oficina. Aproximou-se, a seu modo (se colocando próximo ao corpo dos outros) cumprimentou-os e ali ficou um tempo. O grupo de senhores se dirige a ele e continua a conversa. Ele pôde estar ali no grupo.

Os lugares antes invadidos por Daniel, na ânsia de devorar o mais rápido possível os pacotes de salgadinhos, passam a ser visitados por ele, que agora parece encontrar algum modo possível de se conectar com as pessoas que estão nestes lugares. Após este período delicado apresentado no início do texto, observaram-se outras possibilidades de laços sociais se construírem para Daniel, para além dos muros do CAPSi, incluindo as relações dentro de casa, bem como nas proximidades de sua residência.

Destaco agora as cenas construídas no espaço de atendimento domiciliar, ressaltando o delicado trabalho realizado por dois profissionais do CAPSi, Paulo Dias (auxiliar de farmácia) e Evelin Ribeiro (técnica de enfermagem), que na composição do PTS dele ficaram responsáveis por tais atendimentos. Saliento que houve uma implicação de vários profissionais da equipe no cuidado de Daniel, cada qual a seu modo, a partir de sua singularidade. Porém, sublinho as particularidades destes dois profissionais pelas reverberações produzidas neste espaço clínico e que se articulam com as questões apresentadas nesta pesquisa.

As cenas apresentadas me foram relatadas pelos profissionais, bem como discutidas em diversos momentos em reuniões gerais com a equipe. Adotamos com uma das balizas de seu PTS a discussão constante deste caso, assim, a partir da instalação de Daniel em um lugar discursivo, sustentávamos seu lugar como sujeito.

Em tais atendimentos domiciliares, configurou-se o que nomeio como *invenções culinárias*, momento em que foi possível pensar em desdobrar *o comer*. Nestas invenções, Daniel, Evelin, Paulo e, em alguns momentos, alguns familiares de Daniel, experimentaram a invenção de um novo laço de Daniel com a cozinha e o comer, era possível inventar. Na organização da atividade, escolhiam uma receita, iam ao mercado, compravam e pagavam pelos ingredientes. Daniel circulava livremente pelo comércio e, ao invés de avançar e comer tudo o que via pela frente, podia escolher e pagar pelo que desejava, quando era possível comprar.

A cena que se desenhava era outra, Daniel não precisava mais comer tudo de uma vez, podia preparar o bolo, a torta e esperar para comer, comer junto. Os ecos das *invenções culinárias* emergiram no CAPSi e um dos espaços em que isso era visível eram as festas de aniversário.

Retomo uma cena marcante em que Daniel pôde partilhar uma festa de aniversário. Cena comum no CAPSi, mas para Daniel aquele espaço era novo, antes ele se impunha, avançava sobre o bolo pegando um pedaço a qualquer custo, independente do que estivesse ocorrendo a sua volta. Neste dia outra cena se desenhou. Daniel entrou, observou a música e a mesa de doces, aproximou-se do bolo. Cantou-se parabéns e Daniel se colocou do lado do bolo, olhando para a profissional que estava cortando o bolo. Após algum tempo, colocamos palavras

em seu olhar: “Ah! Você quer um pedaço?” – ele assente com a cabeça e come seu pedaço. Posteriormente, repete a cena para comer mais um pedaço de bolo.

As diferentes cenas que Daniel protagonizou nos possibilitam pensar: a partir do movimento de posicioná-lo como sujeito de desejo haveriam ressonâncias em sua posição subjetiva? Apostamos que sim, como assinalamos acima, e a partir dos efeitos dos trabalhos clínicos realizados pela equipe, marcamos que ao tomar Daniel como sujeito desejante vislumbramos ressonâncias nele e na equipe, instaurando novas possibilidades existenciais.

Assim, as cenas delineadas apontam para os efeitos da inclusão do sujeito desejante como este que pode fazer escolhas. Interessante destacar que Daniel seguia com suas particularidades no encontro com o outro, de acordo com sua posição subjetiva e os efeitos dessa sob os laços possíveis, mas com invenções em relação aos seus modos de gozo. Ao experimentar uma invenção-criação com o comer, vislumbramos os deslizamentos que se construíram e as reverberações produzidas na posição de Daniel em relação aos outros, deslocando-se do *avançar* para o *desejar*. Sim, havia espaço para um sujeito desejante ali, implicado em suas escolhas e marcado por sua subjetividade que se apresentava no modo como construía laços com os outros.

Daniel seguia produzindo impactos no encontro com o outro. Não vimos se fazer um outro sujeito destacado do Ihe era particular, nem era essa a intenção. Daniel seguia comendo seu cocô e inquietando o outro na exibição diária do encontro com o real, mas outras possibilidades se inscreviam. Havia espaço então para o sujeito e seu desejo, desejo esse expresso em seu traço particular.

Tive notícias que Daniel segue em acompanhamento e recentemente comemorou seu aniversário no CAPSi, agora a festa era sua.

## **5.5 Psicanálise e saúde pública**

Desse modo, encontramos recursos para balizar as práticas em Saúde Mental no sentido de propiciar deslocamentos discursivos que possibilitem que o sujeito do desejo tome a cena, promovendo a instauração de uma pergunta onde antes figurava-se uma repetição incessante, possibilitando que o sujeito formule questões sobre si e se responsabilize por seu sintoma, considerando aquilo que Lacan (1965/1966-1998) nos indica: “[...] Por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis” (p. 873).

O trabalho subjetivo tem incidências na responsabilização do paciente pelo tratamento e dos profissionais pelo trabalho proposto, uma vez que possibilita que eles mesmos encontrem seus próprios recursos para lidar com a situação na qual estão inseridos, o que gera menos angústia e maior capacidade de elaboração (FERNANDES, 2013, p. 74).

Assim, retomamos a dimensão do tratamento que tenha como norte o sujeito e o desejo. Ainda que os sujeitos postulados pelo SUS (sujeito de direitos) e o sujeito da psicanálise (sujeito do inconsciente) sejam diferentes, podemos pensar em convergências entre as direções de tratamento aqui pensadas pelo SUS e a psicanálise.

Ainda que a psicanálise demonstre que as escolhas entre o bem e o mal, certo e errado, feitas pelo sujeito, não passam apenas pela consciência, produto de um livre arbítrio, mas sim são escolhas sobre determinadas pelo inconsciente, entendido como aparelho de linguagem, regido pela lógica significante; ainda assim a possibilidade de fazer escolhas está aberta para o sujeito que se coloca no laço social, podendo ele sofrer passivamente suas consequências ou nelas incidir ativamente (FERNANDES, 2013, p. 75).

Nesse sentido, propomos articulações da ética da psicanálise e a experiência clínica no SUS, considerando que a psicanálise confere balizas consistentes para sustentar a prática clínica na saúde pública, rompendo com o movimento de apagamento das diferenças e achatamento da subjetividade.

Mas há uma condição para que o trabalho na orientação da psicanálise opere seus efeitos de sujeito e permita que a construção do caso seja de fato um saber em construção: deve haver ao menos um psicanalista sustentando entre tantos outros essa experiência a partir do sujeito, a cada caso. Que seja um entre os demais profissionais, ou que exerça a função de supervisão ou matriciamento, que é um modo de transmissão desse “saber fazer” no ato, em um fazer – junto. Senão, nos enredaremos em terapias e pedagogias infundáveis na busca de normatizar, regular e controlar o que nos escapa incessantemente (FIGUEIREDO, 2010, p. 7).

Viganó (1999) marca como uma via possível no trabalho realizado nos CAPS a assunção de uma posição de aprendizes da clínica por parte da equipe destes serviços, a partir de uma falta, recusando um saber a priori, possibilitando dar lugar ao saber que o sujeito formula e não apenas o do profissional. Dessa forma, encontramos possibilidades discursivas diferentes para estes sujeitos, contemplando a dimensão do desejo, opondo-se às intervenções que alocam o sujeito como objeto de cuidado submetendo-os a um lugar de sujeição ao outro

que, sabemos, não é uma direção de trabalho indicada e que já tivemos diversas notícias dos efeitos devastadores dessas propostas<sup>25</sup>.

O encontro com a psicose pode produzir diversos efeitos e, seguindo as proposições de Lacan no convite que ele nos faz para que não recuemos diante destes sujeitos, sustentar premissas de tratamento que preconizem o desejo nos parece um caminho inevitável na direção da defesa da radical singularidade dos sujeitos. Posição esta que é imprescindível, ainda mais neste momento, constituindo-se em uma convocação para a dimensão política da psicanálise de se conectar com os acontecimentos do seu tempo e resguardar a singularidade de modo radical, sem retroceder aos movimentos de aniquilamento das diferenças. Nesse sentido, nada mais genuíno que o desejo.

---

<sup>25</sup> Sobre o tema, sugerimos o livro de Daniela Arbex “Holocausto Brasileiro”, de 2013, que se configura como um documento histórico que narra os horrores praticados em uma “instituição de tratamento” para sujeitos nomeados como pessoas com transtornos mentais.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa nos propusemos a discutir a questão do desejo na psicose articulado com a composição do Projeto Terapêutico Singular - PTS na Saúde Mental Pública, enfatizando os CAPSi neste processo. Discorreremos sobre a história da loucura, a construção do SUS e o reordenamento orquestrado na saúde mental a partir das propostas formuladas pela Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária no Brasil. Depois, percorremos a construção da infância e as políticas públicas para tal população. Apresentamos as diferenciações entre o sujeito de direitos e o sujeito do inconsciente, procurando, a partir das diferenças, articulá-los.

Ao longo deste processo, dialogamos com os postulados lacanianos sobre o sujeito do inconsciente, o desejo, a psicose, a ética e a direção de tratamento da psicose. Seguimos também as construções sobre as estruturas clínicas e a incidência da linguagem em cada uma delas. Nossa intenção era situar a psicose em outro campo, tomado pelo posicionamento ético e não pela primazia da neurose. Nesse sentido, não podíamos incorrer no engodo de guiá-la a partir das construções próprias à neurose. Assim, a escolha pelo fio condutor da linguagem foi essencial.

Guiamo-nos pelas operações primordiais *Bejahung-Ausstossung* que engendram os desdobramentos da estrutura. Nas amarrações que construímos, partindo do texto de Freud “A Negativa” (1925-2011), destacamos os efeitos da *Bejahung-Ausstossung* para a constituição subjetiva. Sabemos que esta dupla operação se refere ao momento mítico da constituição subjetiva, referidos a construção do interno e externo, veiculando a entrada no registro das representações da linguagem.

Na afirmação primordial – *Bejahung* – ocorre a introjeção das representações formando o interior. Na *Ausstossung*, temos a expulsão que inaugura o externo. Assim, na afirmação ocorre a introjeção das percepções a partir das representações e, posteriormente, o que não pode ser simbolizado é expulso. A partir dessa expulsão se forma o real. Observa-se o duplo movimento, concomitante, afirmação-negação, que viabiliza a representação do objeto para o sujeito.

Hyppolite (1954-1998), comentando as elaborações de Freud, aponta que há uma dupla operação, introjeção e expulsão, “[...] Ora, pouco antes disso, Freud acabara de dizer que se introjeta e se expulsa, ou seja, que há uma operação de expulsão, e [sem a qual] a operação de introjeção [não teria sentido]” (p. 899). Então, considerando os desdobramentos dessa afirmação inicial, a partir da resposta à negação, as estruturas são delineadas.

Na neurose e na perversão a *Bejahung* se inscreve possibilitando a simbolização da castração e na psicose não há a inscrição da afirmação primordial, vemos tal significante ser rechaçado. Ocorre a foraclusão de tal significante, culminando na impossibilidade de inscrever a castração simbolicamente.

Consideremos demonstrado o que foi o cerne de meu seminário sobre as psicoses, ou seja, que esse termo se relaciona com a implicação mais necessária do meu pensamento, quando este se confronta com o fenômeno da psicose: o termo *Verwefung*. Ele se articula nesse registro com a ausência da *Bejahung*, ou juízo de atribuição, que Freud postula como precedente necessário a qualquer aplicação possível da *Verneinung* [...] (LACAN, 1957/1958-1998, p. 564).

Essa articulação pela via da linguagem nos foi importante, pois possibilitou que se descolasse o desejo da função paterna, enquanto essa que originaria o desejo e, desse modo, o sujeito psicótico estaria de fora. Ao resgatarmos a psicose a partir da foraclusão do significante primordial, recusamos as leituras que apontam que para o psicótico a travessia do Édipo seria interrompida. Logo, indicamos que ele percorre outros caminhos em seu processo de estruturação. Lacan (1960-1998) enfatiza “[...] O desejo que se apresenta como autônomo em relação a essa mediação da lei, por ser no desejo que ela se origina” (p. 828). Afirma essa questão caminhando pelo desejo para pensar as amarrações simbólicas.

Afastamo-nos dos equívocos que se fazem presentes na transmissão do ensino de Lacan, tal como essa associação do desejo com a referência paterna. Sabemos que Lacan situa o desejo como fundado na linguagem e que ele é anterior à lei simbólica. A linguagem é causa do desejo e não o pai, que apresenta outra função: unir o desejo à Lei. “[...] a verdadeira função do Pai, que é essencialmente unir (e não opor) um desejo a Lei” (LACAN, 1960-1998, p. 839).

Lacan nos adverte quanto a redução do desejo, destacando que esse não pode ser articulado com uma função normalizadora.

A coisa freudiana é o desejo [...] não podemos de forma alguma considerar que o desejo funcione de maneira reduzida, normalizada, conforme as exigências de uma espécie de pré-formação orgânica que o arrastaria por vias previamente traçadas e para as quais teríamos que reconduzi-lo quando delas se afasta (LACAN, 1958/1959-2016, p. 384).

O desejo é balizado pela operação de linguagem remetendo ao furo, o vazio estrutural. “[...] a situação do desejo está profundamente marcada amarrada, presa a certa função da linguagem, a uma certa relação do sujeito com o significante [...]” (LACAN, 1958/1959-2016, p. 14). Então, o desejo toma a cena e reposiciona a questão para a psicose. Não se trata de indagar sobre a existência ou não do desejo na psicose, mas interrogar quais as ancoragens

possíveis para este desejo, já que se trata de um desejo que não é metaforizado pelo significante Nome-do-Pai, que decanta o desejo materno.

Nesse sentido, De Battista (2017a) marca que a questão para Lacan não era a existência do desejo, mas as amarrações que o sujeito inventa na sustentação de seu desejo.

Evidentemente la intención de Lacan no ha sido la de exiliar el deseo del campo de las psicosis. Lo que está en cuestión es la referencia que el deseo puede encontrar en el significante de la falta, el falo, pero no la existencia del deseo en sí. La pregunta no sería entonces la de la ausencia del deseo en la psicosis sino la de la presencia de un deseo que no está simbolizado por el Nombre-del-Padre, es decir, un deseo que no está anudado a la ley del padre, dimensión que caracteriza la posición del psicótico en tanto rechazo de la impostura paterna (p. 174).

De Battista (2017a) segue marcando que a questão se centra sobre as diferentes amarrações que o sujeito engendrará para sustentar seu desejo, situando a psicose na ordem da diferença e não do déficit: “ El deseo ofrece una clave de lectura de lo que podría anudar real, simbólico e imaginario sin la referencia al Nombre-del-Padre y sin que esto se constituya en una condición deficitaria, sino simplemente diferente”( p. 175).

Tais questões nos guiaram nesta pesquisa e, nesse sentido, a incursão que fizemos pela direção de tratamento na psicose, contemplando as intervenções possíveis, se fez necessária. Ao percorrer tais postulações, observamos que a posição do analista na intervenção é formulada de modo diferenciado, dependendo da direção de tratamento em questão, sendo sustentada pelo desejo de analista, que se posiciona como semblante de “objeto a”. Na posição de secretário do alienado, o analista se situa como testemunha da existência do sujeito, já como guardião dos limites do gozo, aloca-se na posição de interditar o gozo desenfreado do sujeito.

Caminhando nos desdobramentos da direção de tratamento, ressaltamos importantes considerações tecidas por De Battista (2017a) acerca das implicações éticas de tais posicionamentos, como a possível sujeição do psicótico à figura do analista, gerando tratamentos sem fim. Essa questão já nos tomava no início da pesquisa, expressa na discussão sobre a composição de PTS que tivessem como norte o desejo. Na direção de interrogar outros posicionamentos possíveis, avançamos no ensino de Lacan afim de nos encontrar com a proposição do *sinthoma* e, conseqüentemente, o saber-fazer.

Ancorados na proposta veiculada por Lacan (1975/1976-2007) do *sinthoma* como cifra do real, letra de gozo – enodando os registros ( real, simbólico e imaginário) – novamente nos encontramos com um postulado que coloca a psicanálise para além do Pai do Édipo, centralizador, mas posiciona-o como um dizer que nomeia, marcando os efeitos imprescindíveis

que tal função engendra. “[...] Por isso a psicanálise, ao ser bem-sucedida, prova que podemos prescindir do Nome-do-Pai. Podemos sobretudo prescindir com a condição de nos servirmos dele” (LACAN, 1975/1976-2007, p. 132).

No *sinthoma*, como o quarto nó que permite o enodamento dos três registros como uma cifra do gozo, vislumbramos as invenções, criações que o sujeito irá empreender com seu gozo. Articulamos tal formulação com a dimensão do desejo e do saber-fazer na direção do sujeito construir, criar ancoragens inéditas para seus desejos. Não procuramos evidenciar o *sinthoma* como o ponto a ser atingido, o ideal do tratamento psicanalítico, o que por si só já seria uma falácia, pois a psicanálise não se guia por ideais, mas atentar-nos às construções singulares possíveis frente ao real que nos atravessa.

Sabemos que as invenções clínicas são sempre singulares e que não são todos os sujeitos que caminharão pela construção de suplências, como Joyce empreendeu pela via da escrita, caminho que Lacan (1975/1976-2007) destrinchou. Freud (1912-2010) já nos advertia que não devemos propor ou mesmo esperar que todos os pacientes construam sublimação a seus sintomas, “[...] Acho, portanto, que o esforço de regularmente usar o tratamento analítico para a sublimação dos instintos<sup>26</sup> é sempre louvável, mas de modo algum aconselhável em todos os casos” (p. 161).

Ao formular o *savoir-faire*, Lacan (1975/1976-2007) nos aponta uma produção do sujeito, um artifício que este inventa com seu modo de gozo, um saber-fazer com seu sintoma, marcando sua implicação nesse processo “Só se é responsável na medida do *savoir-faire*” (p. 59). Assim, o que procuramos delinear ao percorrer as diferentes intervenções analíticas na clínica das psicoses foi uma articulação que sustentasse o viés político da psicanálise no sentido de defender a premissa da singularidade. Tal defesa se faz necessária devido a movimentos que ecoam e se alastram exatamente na direção de apagamento das diferenças, uma massificação dos sujeitos. Sabemos que tal direcionamento carrega em seu lastro o totalitarismo que tem como princípio o extermínio da diferença<sup>27</sup>.

Para tanto, ao apontar o *sinthoma*, nos indagávamos se os deslizamentos que Daniel construiu nas *invenções culinárias* poderiam se tratar de amarração própria dele, a partir da oferta dos profissionais, para a construção de outros laços possíveis com os outros, com o

<sup>26</sup> Onde se diz instintos leia-se pulsões.

<sup>27</sup> Sugerimos a comunicação de Marilena Chauí no “Seminário Internacional de Ameaças à Democracia e à Ordem Multipolar”, realizado em 14/09/2018. Em sua fala, Chauí marca as dissonâncias entre a democracia e os regimes totalitários, situando entre outras coisas como a diferença é tratada nesses dois regimes de governo. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/denuncias/marilena-chaui-e-a-democracia-em-perigo-o-neoliberalismo-de-bolsonaro-e-a-nova-forma-de-totalitarismo-veja-o-video.html>

comer. Sabemos que outras possibilidades para seu desejo se inscreviam em tais momentos. Outra questão que nos tomou nesse processo de escrita foi o receio que, ao analisar os desdobramentos do processo de cuidado de Daniel, se imprimisse uma perspectiva romantizada do caso, como se Daniel se transformasse em outro sujeito, sem as particularidades que o compunham.

A apresentação da construção do caso clínico e seus desdobramentos foi balizada a partir da proposição da direção de tratamento na qual o sujeito constrói os caminhos por onde seu tratamento seguirá e o analista se posiciona a partir deste lugar. Daniel seguia com suas peculiaridades, seguia comendo cocô, entretanto, abriu-se um leque de possibilidades. Apostamos que ao se ofertar um lugar desejante ele pôde ampliar seu repertório, era possível, cantar, falar e escolher o que desejava, não era mais preciso avançar sobre a comida e os outros, seu lugar estava inscrito como sujeito marcado pelo desejo.

Consideramos relevante marcar esse ponto porque se conecta com a questão fundante desta pesquisa, “*por que Daniel não pode comer cocô?*”. Assim, nossa intenção nessas proposições foi de nos desocuparmos dessa questão, nos encaminhando para as invenções possíveis, guiando-nos pela escuta dos significantes primordiais em questão para ele. Escutávamos que a comida, o comer, tinha um relevo especial.

Então, pinçando esse significante, a oferta se presentificou por esse caminho, trazendo em seu bojo a brecha que possibilitava um espaçamento que o permitia se situar em relação a essa oferta, escolhendo envolver-se ou não. Sendo interditado quando necessário, mas já na proposição de sujeito, o que conseqüentemente se desdobrava na diminuição de sua ocupação em comer o cocô. Assim, a questão de comer o cocô não era central na direção de tratamento, mas o seu posicionamento como desejante produzia reverberações nesse sentido.

A assunção de uma posição desejante no sujeito psicótico não se figura como uma possível solução para o tratamento da psicose, e nem era essa a intenção da pesquisa. Entretanto, articulamos que sustentar o psicótico como desejante pode se instaurar como uma baliza fecunda, com importantes desdobramentos frente ao impossível que muitas vezes vemos ser enunciado no tratamento de sujeitos psicóticos. O que se procurou assinalar, fundamentalmente, é a possibilidade ao alocar o sujeito psicótico como desejante, sustentando-lhe um lugar ético-político, de viabilizar uma possível barreira à tomada desses sujeitos como objeto do gozo do Outro.

A suplência é uma construção possível e nos interessa pela possibilidade que apresenta de inscrever as invenções e produções do sujeito psicótico em um lugar ético

preenchido por sua subjetividade, remontando às proposições de Lacan acerca da ética da psicanálise na defesa radical do singular expresso em cada desejo.

[...] Com efeito, o desejo do Outro, que é para nós o desejo do sujeito, não devemos guiá-lo para nosso desejo, mas para um outro. Amadurecemos o desejo do sujeito para outro, não para nós. Estamos na posição paradoxal de sermos os casamenteiros do desejo, seus parceiros, aqueles que presidem a seu advento (LACAN, 1958/1959-2016).

E, nos tempos atuais, somos convocados cotidianamente a ocupar as trincheiras na defesa radical do sujeito e suas construções singulares. Talvez por isso cause tanto estarrecimento e consternação quando assistimos, não sem lutar, os retrocessos expressos pela mudança na política de saúde mental, orquestrada em dezembro de 2017, sob os brados de Paulo Amarante que nomeava o esfacelamento ultrajante que se anunciava.

Em consonância com tais eventos a divulgação da Nota Técnica Nº 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas” apresentou as modificações impetradas na política de Saúde Mental, formalizando a ruptura com o direcionamento seguido até então, pautados pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Na referida nota, vemos lado a lado os CAPS e o Hospital Psiquiátrico, figurados como dispositivos de cuidado à Saúde Mental. A falácia que se apresenta é uma afronta aos inúmeros movimentos e marcos históricos na luta pelo cuidado em liberdade e choca-se com os já noticiados horrores praticados nos Hospitais Psiquiátricos, ancorados em uma suposta forma de “tratamento”. Não, não podemos nomear como tratamento, é preciso descortinar o que se produziu, o encarceramento e o direcionamento brutal, afim de extinguir as diferenças que se apresentam sob o signo da subjetividade. Podemos exemplificar tais apontamentos com uma questão que se destacava logo de início: ao chegar nesses recintos, os pacientes recebiam uniformes, (quando lhes era permitido usar roupas), com números e, a partir de então, eram chamados através destes números. Ali perdiam seus nomes e eram mais um, número, naquele cenário dantesco.

Assim, situo esse trabalho como ético-político, sustentando tal afirmação na proposição de Lacan acerca da indissociabilidade da clínica e da política. Destaco como político pelo movimento, próprio ao campo da psicanálise, de resistir a toda e qualquer tentativa de massificação do subjetivo, expressa pela política da psicanálise, a política do sintoma.

Recorrer ao desejo como balizador da direção de tratamento é resistir a objetificação dos sujeitos psicóticos, é acompanhá-los em seus movimentos ou mesmo nas suas estagnações,

na direção de invenções possíveis para os laços sociais. Freud já assinalava que o projeto de civilização não incluía a felicidade, “[...] podemos dizer que a intenção de que o homem seja ‘feliz’ não se acha no plano da ‘Criação’” (FREUD, 1930/1936-2010, p. 30).

Quinet (2009) discorre sobre essa questão apontando os desdobramentos das construções de Freud: “[...] O mal-estar na civilização é o mal-estar dos laços sociais [...]” (p. 17). Somos interpelados pelas renúncias pulsionais exigidas para a vida em sociedade, “[...] todo laço social é, portanto, um enquadramento da pulsão, resultando em uma perda real de gozo” (p. 17).

Lacan (1958/1959-2008) destaca que a cultura pede demais ao sujeito, referindo-se as renúncias pulsionais que a civilização impõe e, nesse sentido, aponta para a impossibilidade de se guiar pelos ideais de felicidade e bem universal, dada a singularidade que se apresenta no modo como cada sujeito constrói seus laços sociais.

Sabemos que os acontecimentos sociais produzem efeitos nos laços sociais, não engendram novos sujeitos, pensando na questão estrutural, mas produzem incidências nestes. A psicanálise se interessa por tais laços e o que cada sujeito constrói nessa direção, atentando-se às produções singulares que apontam para o sujeito em questão.

A presente pesquisa não esgota a questão do desejo na psicose e nem intenta responder as diversas indagações que se ascendem em relação ao tema, tais como as particularidades e as invenções do sujeito psicótico com seu desejo. Apresenta caminhos para uma discussão acerca do desejo na direção de tratamento do psicótico, mas deixa fendas, lacunas a serem tecidas, sem, portanto, a intenção de encerrá-las, já que tal ensejo não é possível.

Finalizo, então, com as lacunas, as brechas necessárias para a sustentação do desejo, sustentação essa que tive como parceira nesta escrita, uma escrita de desejo.

## REFERÊNCIAS

ABRAMOVITH, S. **Considerações acerca do autismo infantil precoce**. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: 2004.

\_\_\_\_\_. Pesquisa: Um Hospital-Dia com crianças. **Revista Marraio - Formações Clínicas do Campo Lacaniano**, Rio de Janeiro, n. 0, 2000.

ABRAMOVITH, S.; CASTRO, S. Autismo desejo paradoxal. **Revista Hereditariedade - Internacional dos Foros-Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano**, 2013.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, volume 23, nº6, p. 2067-2074, jun., 2018.

ARIÉS, P. **História Social da criança e da família**. 2 ed. Tradução Dora Flaskman. Rio de Janeiro, 1981.

ASKOFORÉ, Sidi. A Arqueologia do Cuidado: da Prática ao Discurso. **Psicologia USP**, São Paulo, volume.17, n. 2, p. 157-166.mar, 2006.

ARROUCA, A. S. Saúde na constituinte: a defesa da emenda popular. **Saúde Debate**, n. 20, p.39-46, abr. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Brasília, DF, 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento

apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**. Doutrina e Princípios. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm#art266](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266)>. Acesso em: 16 dez. 2018.

BICHAFF, R. **O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial**: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. 2006. 217 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

BUENO, P. Sujeito do inconsciente e sujeito de direito: ponto de junção ou de disjunção na interlocução da psicanálise com a saúde mental? **Stylus Revista de psicanálise** [online], Rio de Janeiro, n. 33, p. 217-225, nov, 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1676-157X2016000200017&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1676-157X2016000200017&lng=pt&nrm=iso). Acessado em 2 abril de 2017.

\_\_\_\_\_. A Ética da clínica ampliada: a primazia da palavra de Agambem a Lacan. **A Peste** - Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia [online], São Paulo, v. 7, n. 2, p. 81-92, julh/dez. 2015. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/apeste/article/view/30484/21091>. Acessado em: 10 de janeiro 2017.

BURSZTYN, D. **Política do sintoma e a construção do caso clínico**: modos de transmissão da psicanálise na prática coletiva em saúde mental. 2012. 205f. Tese (Doutorado em Psicanálise). Programa de Pós-graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012.

CAMPOS, G. W. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. & AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, volume 12, n.4, p.849-859, fev, 2007.

CEVASCO, R. Acto y saber em la lógica coletiva de Lacan. *In*: GALLANO, C. (Coord.). **Política de lo real**: nuevos movimientos sociales y subjetividad. Barcelona: S & P/Ed. Centro de Investigación Psicoanálisis y Sociedad, 2014. p. 115-144.

CIRINO, O. **Psicanálise e Psiquiatria com crianças**: desenvolvimento ou estrutura. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

COSTA, A. Uma experiência de clínica institucional. *In*: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). **Psicanálise e Saúde Mental**: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 155-165.

COSTA ROSA, A. instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade. **Estudos de Psicologia**, Campinas, volume 29, n.1, p 115-126, ago, 2012.

COSTA ROSA, A; LUZIO, C; YASSUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental e coletiva. *In* AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003, p. 13-44.

COUTO, M.C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psic. Clin** [online], Rio de Janeiro, vol. 27, n. 1, p. 17 – 40, mai, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v27n1/0103-5665-pc-27-01-00017.pdf> acessado em 02 de fevereiro de 2017.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. [s/n]. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências médicas, 2004.

D´AGORD, M. R. As estruturas do discurso: o uso do esquema L em psicopatologia. **Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath.** [Online], v. 6, n. 1, p. 87-100, maio de 2009. Disponível em: <http://132.248.9.34/hevila/Latinamericanjournaloffundamentalpsychopathology/2009/vol6/no1/6.pdf>. Acessado em 15 de set 2018.

DE BATTISTA , J. **El deseo en las psicosis**. 2ºed. Buenos Aires: Letra Viva, 2017a.

\_\_\_\_\_. Consideraciones para un retorno al concepto de deseo em la clínica analítica de las psicosis. **Psicologia USP**, São Paulo, volume 28, n.1, p.125-134, mar, 2017b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-656420150166>

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trab. educ. saúde** [online], Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, mai, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462019000200200&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200200&lng=pt&nrm=iso). Acessado em 11 maio 2019.

DEVERA, D. & COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, 6 (1), 60-79, 2007.

ELIA, L. Centro de atenção psicossocial como dispositivo de atenção à crise: em defesa de uma certa (in)felicidade inventiva. II Colóquio Internacional NUPSI/USP e XI Colóquio de Psicopatologia e Saúde Pública, 2013, São Paulo, Invenções democráticas: construções da felicidade. **Anais...** São Paulo, NUPSI-USP, 2013.

\_\_\_\_\_. **O conceito de sujeito**. 3.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2010.

ELIA, L.; PINTO, R. F.; COSTA, V. R. Sobre a inserção da psicanálise nas instituições de saúde mental. *In: MELLO, M. & ALTOÉ, S. (Orgs.). Psicanálise, Clínica e Instituição.* Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p. 235-241.

ELIA, L. & SANTOS, K. Bem-dizer uma experiência. *In: MELLO, M. & ALTOÉ, S. (Orgs.). Psicanálise, Clínica e Instituição.* Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p.107-128.

ELIA, L. *et al.* Impactos da política de Saúde Mental infanto-juvenil na clínica do autismo praticada em rede territorial de cuidado no Rio de Janeiro. Diretrizes das políticas públicas e estrutura do dispositivo clínico. *In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS.* 2. Edição. São Paulo: Hucitec, 2016.

ENDO, T.C. **Sofrimento Psíquico à margem do SUS:** vastidão e confinamento na clínica. 1 ed. São Paulo: Zagodoni editora, 2017.

FARIA, M. R. **Constituição do sujeito e estrutura familiar:** o complexo de Édipo, de Freud a Lacan. 2. ed. Taubaté: Cabral Editora e livraria Universitária, 2010.

FERNANDES, V. A. Contribuições da ética da psicanálise para a política pública de saúde. **A Peste:** Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia, São Paulo, v. 5, n. 1/2, p. 141-153, 2013.

FIGUEIREDO, A. C. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. *In: GUERRA, A.M.C. & MOREIRA, J.O. (Orgs.). A Psicanálise nas Instituições Públicas: saúde mental, assistência e defesa social. Curitiba: Editora CRV, 2010.*

\_\_\_\_\_. Uma proposta da psicanálise para o trabalho da atenção psicossocial. **Mental**, ano III, n. 5, Barbacena, nov. 3005, p. 44-55, 2005.

FINGERMANN, Dominique. Entrevista com Colette Soler. **Stylus (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 28, p. 133-137, jun. 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-157X2014000100014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2014000100014&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 20 jun. 2019.

FORMIGONI, M.C. **O que é uma criança para a psicanálise.** Considerações sobre a estrutura e o infantil. 2013. 119f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2013.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREUD, S. Psicanálise e Psiquiatria. Conferências introdutórias de Psicanálise [1917]. *In: Obras Completas.* Volume 13, (1916-1917). São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

\_\_\_\_\_. A dissolução do complexo de Édipo [1924]. *In: Obras Completas.* Volume 16 (1923-1925). São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

\_\_\_\_\_. Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos [1925]. *In: Obras Completas.* Volume 18(1923-1925). São Paulo: Companhia das letras, 2011.

\_\_\_\_\_. A organização sexual infantil [1923]. *In: Obras Completas*. Volume 16, (1923-1925). São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

\_\_\_\_\_. A perda da realidade na neurose e na psicose [1924]. *In: Obras Completas*. Volume 16 (1923-1925). São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

\_\_\_\_\_. Caminhos da terapia psicanalítica [1919]. *In: Obras Completas*. Volume 16 (1923-1925). São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

\_\_\_\_\_. Além do Princípio do Prazer [1920]. *In: Obras Completas*. Volume 14 (1917-1920). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

\_\_\_\_\_. A negação (1925). *In: Obras Completas*. Volume 10 (1911-1913). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

\_\_\_\_\_. Introdução ao Narcisismo [1914]. *In: Obras Completas*. Volume 12 (1914-1915). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

\_\_\_\_\_. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia [*Dementia Paranoídes*] relatada em autobiografia [“o Caso Schereber”] [1911]. *In: Obras Completas*. Volume 10 (1911-1913), São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

\_\_\_\_\_. O mal-estar na civilização [1930]. *In: Obras Completas*. Volume 18 (1930-1936). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

\_\_\_\_\_. Os instintos e seus destinos [1915]. *In: Obras Completas*. Volume 12 (1914-1916). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

\_\_\_\_\_. Recomendações ao médico que pratica a psicanálise [1912]. *In: Obras Completas*. Volume 10 (1911-1913). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

\_\_\_\_\_. **A Interpretação de Sonhos**. [1900]. Rio de Janeiro: Imago, 2001.

\_\_\_\_\_. Carta 71. [1897]. *In: Edição Standart brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*, vol. 1, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. Três ensaios da teoria da sexualidade [1905]. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** [online], 14 (1): 297-305, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232009000100036&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232009000100036&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em 27 de dezembro de 2018.

HYPOLITE, Jean. Comentário falado sobre a *Verneinung* de Freud. *In: Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

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

\_\_\_\_\_. **O seminário 7.** A ética da psicanálise [1959-1960]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

\_\_\_\_\_. **O seminário 11.** Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise [1964]. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

\_\_\_\_\_. **O seminário 23.** O sintoma [1975-1976]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

\_\_\_\_\_. A locução sobre as psicoses na infância [1969]. *In: Outros escritos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

\_\_\_\_\_. Nota sobre a criança [1969]. *In: Outros escritos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

\_\_\_\_\_. **O seminário 9:** A identificação [1961-1962]. Recife: Centro de Estudos Freudianos, 2003.

\_\_\_\_\_. **O seminário 5:** As formações do inconsciente [1957-1958]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

\_\_\_\_\_. A direção do tratamento e os princípios de seu poder [1958]. *In: Escritos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p.591-652.

\_\_\_\_\_. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud [1957]. *In: Escritos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. Ciência e Verdade [1965]. *In: Escritos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose [1957-1958]. *In: Escritos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p.591-652. 1998.

\_\_\_\_\_. Função e campo da fala e da linguagem [1953]. *In: Escritos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p.591-652.

\_\_\_\_\_. Formulações sobre a causalidade psíquica [1946]. *In: Escritos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. Introdução ao comentário de Jean Hyppolite sobre a “*Verneinung*” de Freud. [1954]. *In: Escritos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. Observações sobre o relatório de Daniel Lagache: “Psicanálise e estrutura da personalidade” [1960]. *In: Escritos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica [1949]. *In: Escritos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. **O Seminário 3** - As psicoses [1955-1956]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. Posição do inconsciente no congresso de Bonneval [1964]. *In: Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a “*Verneinung*” de Freud [1954]. *In: Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano [1960]. *In: Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. Variantes do tratamento padrão [1955-1960]. *In: Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. **Seminário 17**. O avesso da psicanálise [1969-1970]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

\_\_\_\_\_. **Conferência de Genebra sobre o sintoma** [1975]. *In: Intervenciones e textos*. Buenos Aires: Manantial, 1988.

\_\_\_\_\_. **O seminário, livro 20**: mais, ainda... [1972-1973]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

\_\_\_\_\_. Abertura da sessão clínica. **Ornicar**, n. 9, 1977, p. 7-14. [Reproduzido e traduzido em TRAÇO, setembro-outubro 1992, ano um, nº zero].

\_\_\_\_\_. **O simbólico, o imaginário e o real** - Conferência pronunciada em 8 jul. 1953, durante a abertura das atividades da Sociedade Francesa de Psicanálise em 1953. Disponível em: <http://psicoanalisis.org/lacan/rsi-53.htm>. Acessado em 10 maio de 2019.

LIMA, F. M. S. Prática Lacaniana numa instituição de saúde mental. **Clínica & Cultura**, v. II, n. II, jul-dez 2013, 68-79.

MEYER, G, R. A psicanálise na instituição de saúde mental. **Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana**. Rio de Janeiro, 11 (22), 108-121, mai.-out. 2016. Disponível em: [http://www.isepol.com/asephallus/numero\\_22/pdf/10](http://www.isepol.com/asephallus/numero_22/pdf/10). Acesso em maio de 2019.

\_\_\_\_\_. A clínica da psicose no campo da saúde mental: transferência e desejo do analista. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** [online], São Paulo, v. 10, n. 2, p. 319-331, June 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142007000200319&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142007000200319&lng=en&nrm=iso). Acessado em maio de 2019.

\_\_\_\_\_. Sujeito e Psicose. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte[online], v. 10, n. 15, p. 114-123, jun. 2004. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/201/212>. Acesso em janeiro de 2019.

MEYER, G.R; BERLINK, M. T. Um olhar singular: a clínica na Instituição de saúde mental. **Estilos da Clínica** [online], 16, (1), p. 152-169, 2011.

MOREIRA, Juliano. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil [1905]. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.** [online], São Paulo, volume 14, n.4, São Paulo, dez, 2011.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142011000400012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000400012) acessado em 27 de dez 2018.

MOURA, Arthur Hyppolito de. **A psicoterapia institucional e o clube dos saberes**. Editora Hucitec. São Paulo, 2003.

ODA, A., M. R.; DALGALARRONDO, P. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. **Rev. latinoam. psicopatol. Fundam.** [online], São Paulo, v. 7, n. 1, p. 128-141, Mar. 2004. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482009000400013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000400013&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 28 jan. 2019.

OLIVEIRA, G.N. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. [s/n]. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, 2007.

OLIVEIRA, I, M. A; VERONESE, L. G; PALMA, C. M. S. A servidão mais que voluntária: dispositivos burocráticos em instituição de saúde mental. **Rev. Mal-Estar Subj.** Fortaleza, v. 9, n. 4, p. 1343-1354, dez. 2009. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482009000400013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000400013&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 15 maio 2019.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIO CRUZ, 2008.

PACHECO, R. P. Sistema único de saúde (sus): princípios do poder. **A peste Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia** [online], São Paulo, v. 5, no 1, p. 79-89, jan./jun. 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/apeste/article/view/27912> acessado em 28 de dezembro de 2018.

PACHECO FILHO, R. Humanização no sistema único de saúde: o que a psicanálise tem a dizer sobre isso. **A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade** [online], São Paulo, v. 5, n. 1/2, p. 13-17, jan/junh, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/apeste/article/view/30466> acessado em 15 de janeiro de 2018.

\_\_\_\_\_. A psicanálise na saúde pública: há alianças possíveis? **A peste Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia** [online], São Paulo, São Paulo, v. 5, no 2, p. 11-15, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/apeste/article/view/27929>. Acessado em 15 de janeiro de 2018.

PITTÁ, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** [online], 16(12): p. 4579-4589, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=en&nrm=iso). Access on 10 de jan 2019.

PRATES PACHECO, A.L. **Da fantasia de infantil na fantasia: a direção do tratamento na psicanálise com crianças**. 2006. [s/n.] Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

QUINET, A. **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

\_\_\_\_\_. **Teoria e clínica da psicose** [1951]. 3.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitaria, 2006. (Campo Lacaniano).

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

\_\_\_\_\_. **A ética da diferença: um debate entre psicanálise e antropologia**. Rio de Janeiro, Ed. Jorge Zahar, 1996.

\_\_\_\_\_. **Ética e Desejo: da psicanálise em intensão à psicanálise em extensão** Doris Rinaldi. Atas da Reunião Lacanoamericana de Psicanálise da Bahia, Salvador: ELBA, 1999.

RINALDI, D. L.; LIMA, M. C. N. de. Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental. **Mental**, Barbacena, v. 4, n. 6, p. 53-68, jun.2006. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-). Acessado em 11 de abril de 2019.

RUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

SAAD, A. C. S. J.; ABUDD, C. J.; TOLEDO, M. A. Transformação social singular? O psicanalista e seus (des)caminhos na saúde pública. **A peste Revista de Psicanálise e Sociedade** [online], São Paulo, v. 7, nº 2, p. 17-35, julh/dez 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/apeste/article/view/30479>. Acesso em jan 2019.

SADALA, G.; MARTINHO, M. H. A estrutura em psicanálise: uma enunciação desde Freud. **Ágora** [online]Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 243-258, Dec. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151614982011000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151614982011000200006&lng=en&nrm=iso). Acesso em setembro de 2018.

SAURET. M, J. **O infantil e a estrutura**. Tradução: Claire Kalifeh. São Paulo. Escola Brasileira de Psicanálise, 1998.

SILVA, N.E.K.; SANCHO, L. G.; FIQUEIREDO, W.S. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha de cuidados em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciência e Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 843-852, Mar. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000300843&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300843&lng=en&nrm=iso). Acesso jan 2018.

SOLLER, C. Lacan leitor de Joyce/Collete Soler; traduzido por Cícero Oliveira.- São Paulo: Aller Editora, 2018.

\_\_\_\_\_. **As lições das psicoses**. [tradução Maria Claudia Formigoni]. 1.ed. São Paulo: Aller Editora, 2016a.

\_\_\_\_\_. **O que faz laço.** [tradução Elisabeth Saporiti; revisão de tradução Cícero Alberto de Andrade Oliveira]. São Paulo: Editora Escuta. 2016b.

\_\_\_\_\_. C. A oferta, a demanda e... a resposta. **Stylus (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 26, p. 15-28, jun. 2013. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-157X2013000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2013000100002&lng=pt&nrm=iso). Acesso 05 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **O inconsciente a céu aberto da psicose.** [tradução, Vera Ribeiro; consultoria, Marco Antônio Coutinho Jorge] Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

\_\_\_\_\_. **Le sujet psychotique dans l'analyse.** En Psychose et création: l'actualité de l'École anglaise. Paris: GRAAP, pp. 23-29. 1990

TENÓRIO F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos: 2001.

VIGANÓ, C. A construção do caso clínico em Saúde Mental. **Curinga**, Belo Horizonte, vol.13, pp. 39-48, 1999. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982014000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982014000100007). Acesso em 02/04/2017.

YASSUI, S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Vol 1, no 1, jan-abr. 2009.

ZENONI, A. A Prática institucional e orientação analítica. **Revista La psychose appliquée á la psychanalyse** - Les feuillets du Courtil, Publication du Champ freudien, Belgique, n. 20, jul 2002, p. 17-30. [Tradução Carina Arantes Faria].