



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-graduação em Psicanálise
Mestrado
Pesquisa e clínica em psicanálise**

Ana Beatriz Benevides Pessoa

**A POLÍTICA DA PSICANÁLISE E O CUIDADO NAS REDES DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SUJEITO E LAÇO SOCIAL**

Rio de Janeiro

Outubro 2016

Ana Beatriz Benevides Pessoa

**A POLÍTICA DA PSICANÁLISE E O CUIDADO NAS REDES DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL: SUJEITO E LAÇO SOCIAL**

Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Dra. Ana Cristina da Costa Figueiredo

Rio de Janeiro
Outubro de 2016

Ana Beatriz Benevides Pessoa

**A POLÍTICA DA PSICANÁLISE E O CUIDADO NAS REDES DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL: SUJEITO E LAÇO SOCIAL**

Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Banca examinadora:

Dr^a. Ana Cristina Figueiredo (Orientadora)
Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da UERJ

Dr. Luciano Elia
Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da UERJ

Dr^a. Ana Paola Frare
Universidade Federal Fluminense – UFF

Rio de Janeiro
Outubro de 2016

AGRADECIMENTOS

A todos os professores do Programa, pela transmissão cuidadosa.

Ao Luciano Elia e Ana Paola Frare, por aceitarem fazer parte de minha banca, pelas contribuições inspiradoras para construção desse trabalho.

À CAPES, pela bolsa que me permitiu concluir esse mestrado.

À Ana Cristina Figueiredo, por me abrir portas e pelas orientações cuidadosas.

À minha mãe, por acreditar, sempre, pelo infindável apoio sem o qual nenhum passo desse caminhar seria possível.

Ao meu pai pela dedicação e amor, sempre.

Às minhas queridas irmãs, pela fraternidade, pela presença marcante que contraria qualquer barreira espacial, por me lembrarem diariamente que na diferença se faz partilhamento de vida.

Ao Gustavo, pelo amor, pela paciência, pelo cuidado, por apostar no compartilhamento de vida, pela parceira, pela leveza mesmo na dureza, pela cumplicidade, pela presença, sempre.

Aos amigos queridos, por compartilhamento de vida, de ideias, de forças, de colo, de mesa de bar, sem os quais ninguém segura esse rojão.

Às equipes de todos os serviços de saúde mental que já passei, em especial aos profissionais do Capsi onde encontrei bons companheiros de luta.

RESUMO

PESSOA, A.B.B. *A política da psicanálise e o cuidado nas redes de atenção psicossocial: sujeito e laço social*. Dissertação (Mestrado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise) – Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

A presente dissertação apresenta a psicanálise como uma política de tratamento que possibilita determinada orientação do cuidado na RAPS, a partir do momento que coloca no centro de sua lógica operativa o sujeito. É discutido o percurso histórico brasileiro de construção política, jurídica e normativa da política pública nacional de saúde mental. Partindo dessa contextualização histórica a RAPS é problematizada a partir de três pontos articuladores que se enodam: cuidado e territorialidade; inclusão social e cidadania; e projeto terapêutico singular. A especificidade da psicose é percebida como o diferencial que convoca a rede para construção de um trabalho singular no campo da saúde mental, exigindo que se vá além do escopo sanitário. Analisa-se a psicanálise aplicada via a perspectiva do ‘profissional preocupado’ e a extensão da psicanálise, como presentificação desta no mundo, a partir da política da psicanálise. O ‘profissional preocupado’ comprometido com a política da psicanálise é aquele quem pode operar uma direção de trabalho na rede de atenção psicossocial que lide com o sujeito em sua relação com o Outro, implicando possibilidades de inscrições no laço social. Realiza-se uma análise teórica acerca das noções de sujeito e laço social na psicanálise, além de algumas considerações sobre o sujeito na psicose e no autismo, para elucidar o enodamento de três categorias primordiais: sujeito, laço social e rede. O sujeito na loucura tem um modo específico de percurso no território e um modo singular de inscrição no laço social, exigindo uma maneira particular de constituição de rede de cuidado no campo da saúde mental. Através da construção parcial de um caso clínico elucidam-se os pontos de tessitura de uma rede singular de cuidados em saúde mental.

Palavras-chaves: Política da psicanálise, rede de atenção psicossocial, sujeito, laço social.

SUMÁRIO

Introdução	6
A RAPS e seu mandato político	9
1.1 – Inclusão social e cidadania	18
1.2 – Projeto Terapêutico singular	21
1.3 – O cuidado na RAPS e a territorialidade	23
A política da psicanálise	26
2.1 - A psicanálise aplicada ou o ‘profissional preocupado’ orientado pela psicanálise.....	27
2.2 - A política da psicanálise	34
Sujeito, laço social e rede	39
3.1 – De que se trata o sujeito na psicanálise?	39
3.2 – O sujeito não é o indivíduo, nem o sujeito do enunciado	43
3.3 – O sujeito e o campo da linguagem	49
3.4 – O sujeito e o campo do gozo	55
3.5 – Breves indicações sobre o sujeito na psicose e no autismo	58
3.6 – Sujeito e laço social: política e clínica.....	61
3.7 – A construção coletiva do caso clínico: articulação de laço social, rede e sujeito	63
3.8 – A caífa de Jacob	65
Considerações finais	76
Referências bibliográficas	78

INTRODUÇÃO

Ao ingressar no curso de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do IPUB – Instituto de Psiquiatria da UFRJ – pude entrar em contato com a Professora Ana Cristina Figueiredo e conhecer sua proposta de construção coletiva do caso clínico aplicada à equipe de saúde mental. Mesmo antes de iniciar meu percurso nesta Residência já me interessava pela interseção entre psicanálise e saúde mental. Uma vez inserida no campo, me chamava atenção as diversas formas com que os profissionais desta área se referiam à psicanálise: como aquele conhecimento que pouco tem a contribuir para o trabalho no coletivo, visto que é um conhecimento tradicional que só funciona nos consultórios privados, no máximo em ambulatórios; a psicanálise vista como um saber unicamente clínico, sem ter muito o que dizer de uma dimensão política e social.

Além disso, pude perceber que nesse campo, bastante heterogêneo, versavam diferentes discursos sobre o “sujeito”, além de se constituir um dado saber sobre este. Sujeito identificado a indivíduo, a paciente, a cidadão. Poucas vezes, quando se falava de sujeito se referia ao sujeito do inconsciente, noção tão cara e tão essencial para a psicanálise. Por outro lado, o saber que circulava “sobre” o sujeito parecia ser um saber estabelecido *a priori*. Sujeito com um dado diagnóstico, que necessita de inserção social e sobre o qual se discute incessantemente para solucionar seus problemas. A esta discussão, muitas vezes, se denominava caso clínico. E sempre retornava algumas questões: Afinal, onde está o sujeito da psicanálise? Onde mesmo podemos localizá-lo nas referidas discussões de caso? Onde está esse tal sujeito no cuidado e no trabalho na saúde mental?

Sem encontrar alguma resposta “satisfatória” para esses questionamentos, ingresso no Mestrado Acadêmico em Pesquisa e Clínica em Psicanálise com um projeto intitulado “A construção coletiva do caso clínico como dispositivo de transmissão do saber-fazer da psicanálise na prática coletiva em saúde mental”. Era de meu interesse estudar a construção coletiva do caso clínico sob a ótica da

formação das equipes para o trabalho em saúde mental. Porém, não encontrei eco para esse projeto por falta de espaços de trabalho que permitisse a aplicação da pesquisa. Tive que mudar de tema. De qualquer forma, a questão acerca do sujeito da psicanálise e da aplicação desta no campo da saúde mental insistiam em ecoar para mim.

A partir da mudança de trabalho e da minha inserção como psicóloga em um CAPS infanto-juvenil me deparei com a questão da política da psicanálise com maior intensidade. E foi assim, diante do acompanhamento de crianças e adolescentes autistas e psicóticos e da necessidade de me colocar 'politicamente' diante das equipes da RAPS para que houvesse, minimamente, algum lugar onde 'o sujeito pudesse falar', que nasceu essa dissertação com atual formato apresentado.

Esta dissertação foi produzida estando inserida na Pesquisa "A construção coletiva do caso como dispositivo clínico e formador para o trabalho na saúde mental" da orientadora Dr^a Ana Cristina Figueiredo. O caso clínico apresentado no capítulo 3, foi discutido, analisado e construído nas reuniões desta pesquisa.

No primeiro capítulo, "A RAPS e seu mandato político", a rede de atenção psicossocial é apresentada em seu mandato político a partir de três pontos articuladores, a saber: O cuidado e territorialidade; a inclusão social e cidadania; e o projeto terapêutico singular. É exibido e problematizado o percurso histórico de construção normativa da política pública de saúde mental brasileira.

O capítulo segundo apresentado com o título "A política da psicanálise" discorre sobre a questão da psicanálise aplicada via a perspectiva do 'profissional concernido' e da extensão da psicanálise, como presentificação desta no mundo, a partir da política da psicanálise.

Quanto ao último capítulo "Sujeito, laço social e rede", este foi desenvolvido em três itens que se enodam através da construção do caso clínico: sujeito, laço social e rede singular. Realiza-se uma abordagem dos conceitos de sujeito e laço social para a psicanálise, além de ser discutido algumas questões relevantes quanto a especificidade do sujeito na psicose e no autismo. São analisadas algumas direções da metodologia da construção do caso clínico. Além de apresentado a construção parcial de um caso clínico que acompanhei como 'profissional concernido' durante meu trajeto no território da saúde mental.

Longe de tentar responder as questões levantadas no início, esta pesquisa, na realidade, se insere em uma perspectiva de oferecer uma pequena contribuição para a *práxis*, além de ser uma tentativa de dar alguma saída (ou não) frente ao mal-estar que se depreende do fato de ser trabalhadora de saúde mental em tempos de globalização, que de uma forma ou de outra colabora para a promoção da inclusão social via consumo, dos processos de segregação cada vez mais invisíveis e da precarização do nosso trabalho de todo dia.

A RAPS e seu mandato político

Pode-se dizer que atualmente o cuidado no campo da saúde mental no Brasil se dá a partir da lógica de construção de redes de cuidado. O que isso significa? Sem adentrar agora nesse ponto, em um nível mais básico essa afirmação indica a necessidade da articulação em rede dos diversos serviços de atenção e assistência em saúde, incluindo serviços de outros setores das políticas públicas.

Porém esse cuidado nem sempre se deu dessa forma. Para alcançar essa proposição foram necessários muitos anos de discussões, lutas e propostas políticas e clínicas no que tange dois aspectos: o modelo da assistência fornecida às pessoas com transtornos mentais graves e o agenciamento¹ social da loucura, ou seja, o modo de tratar² e olhar a loucura no âmbito social. E para que houvesse uma mudança efetiva nesse modo de cuidar, tratar e agenciar a loucura fez-se necessária a construção de uma política pública de saúde mental.

Diversos autores sustentam que o atual sistema de política pública de saúde mental nasce do movimento da reforma psiquiátrica (AMARANTE, 1998; COUTO, 2007; TENÓRIO, 2001, 2007) e esta é tributária da reforma sanitária. A reforma psiquiátrica emerge como um movimento eminentemente político, na década de 80, realizando uma profunda crítica ao modelo manicomial e hospitalocêntrico e ao agenciamento social da loucura baseado na segregação. É esse movimento quem vai pautar os novos paradigmas e ideais do tratamento social da loucura no Brasil.

Fortemente influenciada pela reforma psiquiátrica italiana de Franco Basaglia, a reforma psiquiátrica brasileira irá, nessa primeira década, formatar os fundamentos, valores e princípios que permitiriam uma mudança no modo de lidar com a loucura (AMARANTE, 1998; TENÓRIO, 2001, 2007). Nessa época realizaram-se severas críticas ao Estado que era considerado autoritário e ineficaz no que tange o tratamento

¹ Toma-se aqui o termo agenciamento como o ato ou efeito de tratar ou cuidar de algo; de lutar por algo. (AURÉLIO, p.59, 1980)

² Esse termo, nesse aspecto pode ser tomado em duas acepções. Tanto no sentido de manter relações, lidar com a loucura, como também no sentido do tratamento terapêutico da loucura.

que fornecia às pessoas com transtornos mentais. A partir desse momento incipiente começa a se esboçar o que conhecemos hoje como o campo da saúde mental.

Na década 90, por sua vez, surge a criação e a expansão dos primeiros serviços de saúde mental extra-hospitalares (CAPS E NAPS). Além disso, têm-se tentativas de formatação de um arcabouço normativo, que possibilitasse a instauração de um sistema de atenção e assistência em saúde mental baseado em serviços extra-hospitalares e de base territorial, o que necessitava uma modificação no modelo de financiamento do Estado.

Por fim, a partir da década de 2000 acontece uma real institucionalidade desse arcabouço normativo com uma mudança no nível das políticas públicas de saúde mental e uma implantação efetiva de um novo sistema (TENÓRIO, 2007). Em outras palavras, a promulgação das Leis de nº 10.216 (2001) e 10.708 (2003) e da Portaria nº 336 (2002) determinam uma profunda modificação no modelo de assistência em saúde mental e segundo Couto “sintetizam a transformação de uma ação setorial em política de estado e seus desdobramentos imprimem definitivamente o marco da saúde pública na saúde mental” (COUTO, 2007, p. 7).

A Lei nº 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental e rege as diretrizes para a formatação de uma Política Nacional de Saúde Mental. Esta lei assume a responsabilidade do Estado no desenvolvimento desta política, na assistência e na promoção de ações de saúde aos portadores de transtorno mental, com a devida participação da sociedade e da família.

A Política Nacional de Saúde Mental se propõe prevê a progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos, vedando internações em instituições com caráter asilar e restringindo a internação hospitalar como último recurso terapêutico.

Já a Lei 10.708 institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes egressos de internações psiquiátricas. Por sua vez, a Portaria nº 336 cria instrumentos de financiamento, implantação e manutenção para os CAPS – Centro de atenção psicossocial.

Dessa forma, pode-se dizer que essa tríade de leis e portaria instaura uma estrutura política, jurídica e normativa, redirecionando os recursos financeiros do Estado para serviços extra-hospitalares de base territorial e implementando uma

política pública de saúde mental. Esse arcabouço político possibilita uma mudança efetiva na forma de cuidar e tratar a loucura, abrindo portas para um novo agenciamento social desta.

Segundo Couto

O rumo tomado pelo dinheiro público esclarece muito sobre as reais concepções que vigem nas proposições políticas de um dado país, apesar de não certificar a qualidade do trabalho oferecido. Por isso, é preciso festejar a reversão de uma tendência histórica que contradizia *recurso* e *discurso* (o discurso era territorial, mas o recurso hospitalar), é também absolutamente necessário ampliar as consequências reais da mudança de rumo apontada pela assistência brasileira em saúde mental. (COUTO, 2007, p. 7)

Observa-se que o processo da reforma psiquiátrica é contemporâneo e foi inscrito sob muitos preceitos e princípios da reforma sanitária, presentes na consolidação da saúde pública brasileira. Dessa maneira, vê-se emergir uma certa aproximação entre os campos da saúde mental e da saúde pública. Porém, sempre houveram tensões entre esses dois movimentos e não podemos deixar de assinalar que, apesar dessa aproximação, a reforma psiquiátrica e o campo da saúde mental têm história e especificidade própria.

A saúde mental pública brasileira guarda em si particularidades, estando sujeita a constantes reformulações e verificações. Diante da constituição dessa estrutura normativa questiona-se quais os meios para garantir a qualidade no trabalho e no cuidado em saúde mental? Um trabalho de cuidado que, mesmo dentro da dimensão de uma política pública, promova uma concepção ética, política, clínica e humana que não admita universalismo?

Fazendo eco às palavras de Couto (2007) pode-se dizer que é através da afirmação da diferença e da singularidade que a saúde mental pode basear suas ações de cuidado, respondendo pelas especificidades do campo frente ao conjunto das políticas públicas e ao SUS.

Quais são as especificidades desse campo que o diferencia de outros setores das políticas públicas e do próprio campo da saúde de uma forma geral? Dentre outras questões, nesta dissertação levanta-se a especificidade da psicose, aliás, da loucura, como um dos diferenciais mais importantes para ser levado em conta à questão do cuidado em saúde mental, exigindo que se vá além do escopo sanitário.

Como indica Lacan em seu “Pequeno discurso aos psiquiatras” de 1967, o objeto da psiquiatria é o louco. Para o autor além do louco há vários outros doentes que chegam para serem cuidados pela psiquiatria também “por questão de polícia... e não é esse, propriamente falando, o objeto do psiquiatra” (LACAN, 1967, p. 3).

Essa proposição carrega em si duas questões importantes. A primeira diz respeito ao fato de ser necessário diferenciar a psicose desses outros ‘doentes’. A segunda alcança a discussão acerca da segregação quando se refere a essa ‘questão de polícia’. Esse segundo ponto irá ser desenvolvido no item sobre “Inclusão social e Cidadania”. Por ora é importante dizer que essas duas problemáticas se articulam na necessidade de orientar um modo de cuidar, tratar e agenciar a loucura de uma maneira singular.

Em relação à primeira questão, pode-se dizer que a especificidade da psicose indica um modo particular de realização do sujeito³ e de seu percurso no laço social (TENÓRIO, 2001). Esse ponto será retomado no terceiro capítulo. Porém, vale ressaltar que diante dessa especificidade faz-se necessária a inscrição de uma operação de cuidado peculiar nesse campo.

Do campo da atenção psicossocial centralizada nos CAPS deriva hoje uma outra abordagem que se refere à Rede de Atenção Psicossocial – RAPS – que surge como uma tentativa política de se conformar o cuidado, orientar o trabalho e o agenciamento social na saúde mental para além da centralidade dos CAPS. Da mesma maneira que as leis citadas acima, é lançada uma série de instrumentos normativos, legais e jurídicos para a implantação e implementação das RAPS.

De que se trata a RAPS? Sabe-se que o Sistema Único de Saúde, instituído pela Lei nº 8.080/90 é uma política pública pautada sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade com vistas a atender as diversas necessidades de saúde da população. O SUS se organiza a partir das diretrizes de descentralização, regionalização e controle social. Ou seja, propõe-se que os serviços de saúde estejam próximos do território em que vivem as pessoas, respeitando as diversas especificidades locais.

³ No decorrer desta pesquisa o termo sujeito irá ser utilizado quando referir-se ao sujeito do inconsciente da literatura psicanalítica. Os termos indivíduo, usuário ou paciente serão utilizados quando não estiver sendo feita alusão direta ao sujeito do inconsciente. Nos próximos capítulos será discutida a diferença entre esses termos.

A partir da promulgação pelo Ministério da Saúde da Portaria nº 4.279 de 2010 e do Decreto presidencial nº 7.508 de 2011, o SUS passou a ser orientado a partir da estruturação de Redes de Atenção em Saúde, as conhecidas RAS. Estas consistem em arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diversas densidades tecnológicas, com vista a garantir a integralidade do cuidado.

Segundo estes documentos, o planejamento e a organização das RAS devem se orientar pelos princípios do SUS e pela lógica da regionalização, e todas as Regiões de Saúde devem desenvolver ações de saúde mental. Dessa maneira, a RAPS nasce na esteira das implementações das diversas RAS, integrando o SUS e compartilhando dos seus princípios e diretrizes.

Mais uma vez, vemos surgir uma tentativa de aproximação, se não de incorporação da saúde mental pela saúde pública. Talvez, podemos falar de uma certa tentativa de superação das diferenças e das tensões existentes entre o campo da saúde mental e da saúde pública. Diante disso retoma-se a questão: é possível garantir a especificidade do trabalho com a loucura apesar dessa tentativa de superação das diferenças, dessa incorporação? É possível cuidar da loucura com o mesmo modelo que se cuida dos outros problemas de saúde? A constituição de um trabalho em rede (já previsto pela Portaria nº 336) em saúde mental é a mesma coisa que se propõe na RAPS? E para discutir acerca dessa conjuntura, faz-se necessário retomar alguns marcos históricos na consolidação da Política Nacional de Saúde mental e da RAPS.

Entre os dias 27 junho a 01 de julho de 2010 foi realizada, em Brasília, a IV Conferência Nacional de Saúde mental (última Conferência até os dias atuais) com um caráter intersetorial. Cerca de nove anos haviam se passado desde a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) e da promulgação da Lei nº 10.216.

Anteriormente, na III Conferência Nacional de Saúde mental (2001) o debate girou em torno da reafirmação dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, da comemoração da Lei nº 10.216 e da necessidade de aprofundamento na reestruturação do modelo assistencial em saúde mental com potencialização dos serviços de base comunitária.

Por sua vez, no ano de 2010, o cenário das discussões da IV Conferência tomou outro rumo. Segundo o relatório final, se por um lado houve um reconhecimento dos avanços na implementação e ampliação da rede de serviços de base comunitária, por outro lado, foram identificados desafios e lacunas na constituição dessa rede.

O caráter multidimensional, intersetorial e inter-profissional intrínseco ao campo da saúde mental aparece neste relatório como um fator que aumenta o nível de complexidade do trabalho em rede. Com a consequente necessidade de consolidação dos avanços, o relatório afirma ser necessário enfrentar essas complexidades e os desafios advindos desse processo de mudança. Desafios estes que dizem respeito, dentre outras questões, à ampliação do campo da saúde mental em um contexto social e político específico daquele momento.

Esse contexto apontava para alguns fatores: a diversificação dos serviços de base territorial, com incremento de um crescente número de trabalhadores em situação de terceirização e precarização do emprego, diversificação do movimento antimanicomial, presença de atores intersetoriais, maior contingente de usuários e familiares, novas características do trabalho e das tecnologias em saúde mental, questão da formação profissional para o trabalho em saúde mental, a repercussão política e social da questão AD (álcool e outras drogas).

Considerando este relatório final da IV Conferência e as todas as leis e portarias citadas anteriormente, em 23 de dezembro de 2011 foi publicada a Portaria nº3.008⁴ que institui a Rede de Atenção Psicossocial. Essa portaria tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de assistência à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

Para esse documento a RAPS é formada pelos seguintes pontos de atenção: Atenção básica (Unidades básicas de saúde, Consultório na rua, Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centro de convivência), Atenção psicossocial especializada (CAPS em todas as suas modalidades), Atenção de urgência e emergência (SAMU, sala de estabilização, UPA 24hs, portas hospitalares de atenção à urgência/prontos socorros, Unidades básicas de saúde, entre outros), Atenção residencial de caráter

⁴ Republicada, pela última vez, em 21 de maio de 2013

provisório (Unidade de recolhimento, serviço de atenção em regime residencial), Atenção hospitalar (enfermaria especializada em hospital geral, serviço hospitalar de referência para pessoas com transtornos mentais e com necessidades pelo uso de drogas), Estratégias de desinstitucionalização (SRT's), Reabilitação psicossocial.

A portaria propõe que as RAPS sejam constituídas e articuladas com base em princípios e diretrizes do SUS que dizem respeito a direitos humanos, com promoção de autonomia, cidadania e equidade; reconhecimento dos determinantes sociais de saúde; garantia de acesso e cuidado integral; atenção humanizada; assistência multidisciplinar, com lógica de trabalho interdisciplinar, possibilitando diversificação das estratégias de cuidado; ênfase nos serviços de base territorial, com organização de redes regionalizadas de atenção à saúde e estabelecimento de ações intersetoriais; educação permanente; lógica de cuidado a partir da construção de projeto terapêutico singular; participação e controle social dos usuários e familiares.

Esta dissertação, na discussão que segue nos próximos pontos deste capítulo, irá deter-se em três princípios ou diretrizes da RAPS, a saber: o cuidado e a territorialidade; inclusão social e promoção de cidadania; e projeto terapêutico singular.

Dentro dessa lógica de constituição da RAPS, os CAPS seriam aqueles serviços que são formados por equipe multidisciplinar, atuando sob uma ótica interdisciplinar. Tendo como objetivo realizar atendimento a pessoas com transtornos severos e persistentes e pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, em sua área territorial, em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

As atividades nos CAPS são previstas para serem realizadas prioritariamente em espaços coletivos, de forma articulada com os outros pontos de atenção da RAPS e de outras redes. O cuidado é desenvolvido por intermédio do projeto terapêutico individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS ou da atenção básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

Pode-se observar que a institucionalidade política – por meio de instrumentos legais, jurídicos e normativos - da RAPS representa uma tentativa de avançar na consolidação da Política Nacional de Saúde Mental e da reforma psiquiátrica

brasileira. Ao mesmo tempo, a partir do momento que a RAPS é pensada com a mesma lógica das outras RAS, observa-se o risco da instituição da RAPS desdobrar-se em uma tecnização do trabalho, com um cuidado pautado por uma oferta diversificada de atividades e procedimentos, ou seja, um cuidado orientado a partir do serviço para o usuário e não o contrário.

Diante desse paradoxo implicado nesse mandato político da RAPS levanta-se a questão de como garantir um trabalho de cuidado centrado no usuário que leve em consideração a especificidade da loucura?

Sabemos que o trabalho em rede já era pensado desde os primórdios da reforma psiquiátrica e já estava previsto pela Portaria nº 336. De que se trata? Como indica Figueiredo (2012) o trabalho em rede não está desde sempre posto, eis uma hipótese a ser testada e implantada. A rede não existe em si e *per si*. É de fato uma aposta política e clínica. A constituição dessa rede convoca o tempo todo, os diversos profissionais a dar respostas às diversas demandas que são feitas: não só do paciente, mas também da família, da escola, das instituições, etc.

O trabalho em rede convida os serviços a pensarem em uma série de ações levando em consideração a especificidade da psicose, tendo diversos polos no território como aporte/suporte para o trabalho clínico com o sujeito. Essa lógica de constituição de rede de cuidado se mostra uma tarefa complexa e bastante heterogênea.

Desse modo percebe-se que a normatização da RAPS não obrigatoriamente assegura a constituição do trabalho (clínico) em rede. O mandato político da RAPS certifica a instituição da designação de que os diversos serviços de saúde que formam a rede devem trabalhar com a saúde mental. Mas não garante por si só ações clínicas que pautam a especificidade da psicose, exigindo a constituição de rede.

Apesar da instituição política da RAPS, a Carta produzida após o I Encontro Nacional da RAPS, que ocorreu entre os dias 4 a 6 de dezembro de 2013, em Curitiba, aponta preocupações com a conjuntura política e social daquele momento, indicando um retrocesso na consolidação da RAPS e na Reforma psiquiátrica brasileira.

Esse retrocesso está representado, segundo a Carta, por uma política de governo que financia comunidades terapêuticas com verbas públicas, com um grande número de internações compulsórias e medidas higienistas, no que tange à atenção

as pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas que, de alguma maneira, reeditam a lógica manicomial.

Além disso, a Carta indica uma perspectiva das RAPS serem montadas de forma territorializada e descentralizada, colocando em questão a direção dada na Portaria nº 3.088, de que os CAPS seriam os ordenadores da rede. Perspectiva essa que aponta para uma dimensão em que o cuidado possa ser ordenado em qualquer ponto da rede de atenção psicossocial, de forma a potencializar o acesso e todos os serviços desta rede. Indica também a precariedade da atenção à crise nas diversas RAPS brasileiras, conformando uma dificuldade do fechamento dos inúmeros leitos em hospitais psiquiátricos ainda existentes, assinalando a urgência em investimento por parte do poder público na implementação de CAPS III.

Outro ponto importante apontado é o descompasso entre a formação universitária e a requerida para o trabalho em saúde mental, necessitando certa radicalização no ensino e na transmissão (no texto da carta não fica claro de que transmissão se trata) nas RAPS, podendo-se entender que, em outras palavras, trata-se da necessidade de formação para o trabalho em saúde mental.

Diante dessas questões, pode-se dizer que a consolidação política desse sistema público de saúde mental como constituição de rede de atenção psicossocial pode contribuir com o avanço da saúde pública de uma forma geral a partir do momento que se aproxima dos princípios e diretrizes do SUS de universalidade, acessibilidade e equidade. Ao mesmo tempo que indica a necessidade de constituição de uma lógica de trabalho que não admita universalismo e tecnização do cuidado e que aprimore trabalho clínico com a singularidade da psicose. Esse trabalho clínico deve estar na primazia da constituição de qualquer rede de atenção psicossocial.

De qualquer maneira, verifica-se um mandato político de constituição de uma RAPS no âmbito da saúde mental pública. Porém, como já foi analisado anteriormente, apesar do seu mandato político, não há garantias acerca da qualidade do trabalho oferecido. Nesse contexto pode-se perguntar como de fato se dá na prática cotidiana dos serviços a orientação do cuidado nas redes de atenção psicossocial.

Diante disso, esta pesquisa toma a psicanálise como uma política de tratamento. Isto quer dizer que entendemos que a política da psicanálise pode orientar

o cuidado na rede de atenção psicossocial, a partir do momento que opera junto ao sujeito de modo a possibilitar novas inscrições no laço social. A psicanálise entendida como uma política de tratamento, permite que se possa articular aos pontos estratégicos da RAPS (inclusão social e cidadania; PTS; cuidado e territorialidade) as noções de sujeito e laço social.

A partir dessa discussão, consideramos a ideia de que a rede de atenção psicossocial pode ser entendida como uma rede singular do sujeito no seu percurso pelo território. Dito de outra forma, uma rede singular que pode se constituir a partir da orientação da psicanálise, através da ferramenta da construção coletiva do caso clínico, envolvendo essa rede singular que se tece a partir do sujeito. Uma rede que se dá através dos serviços, equipamentos e atores que tomam o caso para si.

1.1 Inclusão social e cidadania

Pode-se dizer que os diversos movimentos políticos e sociais do séc. XX provocaram mudanças na estruturação política e jurídica no que tange às questões dos direitos humanos. Para Pereira (2006) essas mudanças têm suas raízes históricas na Revolução industrial inglesa e na Revolução Francesa, com seus ideais de liberdade, igualdade e fraternidade. Para ele, essa conjuntura possibilitou a construção de uma base de compreensão dos direitos humanos a partir da noção de dignidade da pessoa humana. Segundo o autor, a democracia na contemporaneidade não pode ser dissociada dos direitos humanos e conseqüentemente tampouco da noção de cidadania.

A noção de cidadania se refere, segundo Pereira (2006), à não-exclusão, ou seja, a inclusão das diferenças como um imperativo da democracia, se constituindo, dessa forma a ideia do sujeito de direito.

Sabe-se que aquela 'questão de polícia' apontada por Lacan (1967) subsiste até os dias de hoje no campo da saúde mental como forma de segregação não só do louco, como também dos outros 'doentes' já aludidos. Então, nessa dissertação, faz-se uma releitura dessa passagem tomando emprestada a perspectiva de Miller (1999)

acerca da saúde mental definida a partir da ordem pública. No campo da saúde mental, por diversos momentos, os pacientes chegam aos serviços por causa de uma perturbação da ordem pública, perturbação essa que chega a atingir a ordem privada da família.

A segregação de quem está perturbando a ordem não se exerce atualmente somente no antigo formato pineliano, que se resume na máxima 'excluir para tratar'. Nesse modelo, a exclusão se dá a partir de uma reclusão geográfica, através da prática indiscriminada de internações, com uma conseqüente desadaptação moral ou social.

Para Guerra & Generoso

O pareamento estabelecido entre a psiquiatria e o direito para manutenção da ordem social na modernidade se fortaleceu e a loucura se consolidou nos sistemas classificatórios como patologia, digerida em sinais e sintomas que justificavam seu isolamento. Finalmente, na contemporaneidade, não encontramos mais um ideal unificador que articule o tecido social, mas antes a dispersão (identitária) como marca de suas nesgas. Nesse tecido polimorfo, no qual cabem igualmente as diferenças e os preconceitos, a loucura, silenciada enquanto obra, torna-se matriz do desencontro com o Outro, da desinserção. (GUERRA & GENEROSO, 2010, p. 1)

Lacan (1971) em uma Conferência no Hospital de Saint Anne anuncia para um público formado por residentes de psiquiatria que “o psiquiatra tem, com efeito, um serviço social. Ele é a criação de uma certa virada histórica. A que atravessamos não está nem perto de aliviar esse fardo ou de reduzir seu lugar” (p. 15).

Frare (2012) indica que nessa afirmação Lacan localiza dois pontos importantes. O primeiro dialoga com que foi considerado anteriormente nesse texto e diz respeito ao fato de que a demanda para a psiquiatria parte geralmente do tecido social. Ou seja, a partir de uma perturbação da ordem pública. A família, a sociedade e o Estado demandam uma intervenção na loucura. A autora analisa que a psiquiatria ao responder essas demandas, interessando-se por aqueles que estão perturbando a ordem social, acaba fazendo um serviço para o social.

Por outro lado, Frare (2012) avalia que nessa proposição, a psiquiatria pode ser lida como um serviço que atende ao social quando coloca os sintomas psicopatológicos em um enquadramento universal, traduzidos em síndromes e patologias psiquiátricas. Para a autora, “a universalidade impressa nos diagnósticos e síndromes dá uma resposta para o sofrimento ‘de cada um’ traduzindo sinais e

sintomas específicos, em uma generalização em que é possível reconhecer-se” (p. 20).

Dessa maneira, se a psiquiatria tem com efeito um serviço social, podemos dizer com Frare (2012) que isso a localiza intrinsecamente submetida a estrutura social na qual se funda. Diante disso, levamos em consideração a afirmação de Lacan, na “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola” onde ele indica que “Nosso futuro de mercados comuns encontrará seu equilíbrio numa ampliação cada vez mais dura dos processos de segregação” (p. 258). Ele toma essa proposição a partir da correlação do domínio do saber da ciência com o capitalismo, incidindo no laço social. Ou seja, o remanejamento dos grupos sociais pela universalização que a ciência propicia.

A partir da proposta de Jaques-Allain Miller da desinserção como um dos nomes do real de nossa época, ou seja, do sintoma como real no vínculo social, Guerra & Generoso (2010) indicam que a desinserção diz também sobre um modo do sujeito se apresentar no mundo, a partir do momento em que habita o desencontro original entre a linguagem e o corpo. Dessa maneira, se por um lado há a desinserção como prerrogativa do psicótico, há também a desinserção no nascimento do sujeito, consequência desse desencontro original.

Partindo dessa afirmação de Lacan acerca dos processos de segregação e da leitura da desinserção pelo discurso psicanalítico, nessa dissertação pensamos que o formato de segregação na contemporaneidade incide diretamente na loucura. Por sua vez, a psicanálise pode atuar a partir de uma reintrodução da dimensão subjetiva, da inscrição no laço social, levando em consideração essa proposição de que no nascimento do sujeito a desinserção é original. A psicanálise lê e opera de forma diferente com a clássica noção de exclusão social, recuperando a singularidade do sujeito. Para ela não há desadaptação, mas sim formas diferentes de estar diante do mal-estar na cultura.

Dessa maneira, a exclusão é tomada como lógica, como uma necessidade para que do vazio aí instaurado, possa surgir uma possível amarração do sujeito ao campo do Outro. A diferença e o fora da norma não ocupam o lugar da exclusão no sentido da desadaptação, ao contrário, são lidos como possibilidade de invenção subjetiva. Nesse sentido, a psicanálise leva em consideração essa exclusão, para tomar uma

posição contra qualquer tipo de prática segregativa, sustentando uma *práxis* a partir do singular e não do comum ou do universal.

Seguindo essa abordagem, a inclusão social e a cidadania são articuladas com a perspectiva da possibilidade do cuidado se estabelecer na saúde mental de forma a introduzir a noção de sujeito, em toda sua dimensão de singularidade, a partir do agenciamento da diferença da loucura no laço social. Nesse sentido a psicanálise não é contrária à inclusão social e à promoção de cidadania, porém entende que se faz necessário que o sujeito possa encontrar uma solução para sua posição no laço social, a partir dessa desinserção original.

1.2 Projeto terapêutico singular

Para a saúde mental o cuidado é ordenado a partir da construção do que se conhece pelos termos Projeto terapêutico singular (PTS) ou individual. Este é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas para um indivíduo ou para um coletivo. É uma das ferramentas utilizadas nesse campo para articular o cuidado oferecido por uma equipe de forma mais integral, valorizando aspectos do tratamento, além do diagnóstico e da terapêutica medicamentosa. Normalmente, essa ferramenta pode ser construída baseada nas diversas discussões de “caso clínico” durante as reuniões de uma equipe.

O PTS se dispõe não só a relatar as mais diversas questões de um paciente, mas também a retirar como produto ações e direções clínicas para os profissionais de um serviço. Esse termo ‘singular’ pode sugerir, por sua vez, que os projetos terapêuticos sejam montados a partir da diferença do sujeito. Nesse sentido, nesse item articulamos a possibilidade dos projetos terapêuticos comportarem a ‘construção coletiva do caso clínico’, de modo que se possa tecer uma lógica centrada no sujeito.

Como demonstra Figueiredo (2012), a construção coletiva do caso clínico aqui é tomada como um dispositivo da psicanálise. É entendida como um caso sendo o produto que se extrai das diversas intervenções da equipe ao conduzir o tratamento, ou seja, o que pode se decantar dos relatos. Diz respeito à extração dos elementos

mínimos, comuns, dos pontos-chaves do sujeito. Vale ressaltar que não se trata de uma formalização teórica sobre a vida do paciente, visando uma resolutividade. Nesse sentido a construção coletiva do caso clínico não se opõe ao projeto terapêutico singular.

Nesta pesquisa situamos essas ferramentas disponíveis para utilização não somente de uma equipe de um dado serviço, mas podendo ampliar-se para a equipe da rede singular do sujeito, ou seja, dos diversos profissionais que acompanham um caso, nos mais diversos pontos da RAPS. Dessa forma pode-se dizer “as” redes, pois aqui entendemos que essas redes são múltiplas e singulares, se tratando das “redes” que cada sujeito tece no seu percurso pelo território.

Entende-se que para se constituir esse trabalho em rede, impõe-se a necessidade permanente de formação das equipes, e isso não se dá de forma automática, sendo preciso construir esse trabalho. Além disso, o trabalho clínico demandado às equipes necessita de constante fundamentação, assim como de criação de ferramentas clínicas que fomentem o cuidado e a inclusão social nas práticas de saúde mental.

Nesse contexto, tomamos como referência a proposta de Figueiredo (2012), quando a autora indica que a construção coletiva do caso clínico em equipe se delinea como um instrumento/método de pesquisa clínica ao mesmo tempo abrangente, pois pode ser usado em qualquer caso, e particularizado, pois o que está em jogo é a singularidade, em meio às ações coletivas das equipes multidisciplinares. Para maior alcance do método, as equipes podem incorporá-lo na sua formação permanente.

Para tanto não podemos perder de vista, que essa proposta se vale de um método de pesquisa e avaliação clínica da psicanálise e que por isso mesmo, tem como norteador seus princípios teóricos e clínicos. Dessa maneira, pode-se levantar como questão se a construção coletiva do caso clínico, como orientação da psicanálise pode contribuir para que a rede que o sujeito tece em seu percurso pelo território se produza como laço social. Lembrando que a construção coletiva do caso clínico é sempre parcial e incompleta, porque é passível de retificações a partir do itinerário subjetivo. O caso não é o sujeito, mas é uma escrita que se extrai de suas produções, seus atos e falas.

1.3 O cuidado na RAPS e a territorialidade

Como já visto dentro do escopo do campo da saúde mental o cuidado se dá a partir da constituição de uma rede de cuidados, oferecido por ações dos diversos serviços de saúde. Porém, eventualmente corre-se o risco de se reduzir a clínica à via exclusiva do cuidado nas práticas da atenção psicossocial. Na lógica da RAPS cada ponto de atenção, com suas especificidades são lugares de cuidado, mas não obrigatoriamente lugares clínicos. Para Tenório (2001)

...a clínica é uma ação social, e as ações que visam a dar ao louco um outro lugar na pólis não podem prescindir de uma prática de cuidados junto aos sujeitos assistidos... porém há uma diferença, e mesmo uma tensão, entre a clínica psicanalítica do sujeito e a atenção psicossocial (TENÓRIO, p. 96).

Aqui se inscreve uma diferença essencial. O cuidado no campo da saúde mental se pretende bem mais do que uma clínica. Trata-se na realidade de ajudar o indivíduo em sua vida no cotidiano, nas mais diversas situações que o dia-a-dia imprime. E para isso, deve se articular um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas sim um cuidado que possibilita tecer uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores.

Nessa pesquisa partimos da ideia de que a ampliação do escopo e da intensidade do cuidado pode representar na constituição de redes singulares de cuidado, uma admissão concreta da especificidade da psicose e de seu pertencimento incomum no laço social.

Leva-se em consideração uma amplitude do cuidado que se pretende realizar como um sustentáculo cotidiano na vida diária do paciente e ao mesmo tempo, admitir uma clínica que inclua a singularidade de cada sujeito. Ponderamos que o amplo escopo de ações de cuidado na saúde mental pode possibilitar uma existência psicótica no laço social e promover um novo agenciamento da loucura que não se dá pela via da segregação.

Para que se possa pensar essa ampliação do cuidado na constituição de rede que leve em consideração um trabalho clínico com a singularidade da loucura, se faz

também necessário discutir acerca da questão da territorialidade. A RAPS prevê que o cuidado seja fornecido no território das pessoas. Porém, de que se trata o território?

Nessa dissertação tomamos emprestado a noção de territorialidade empregada por Frare (2012) ao discutir questões implicadas no processo de desinstitucionalização. Pondera-se, a princípio, a perspectiva de considerar o território subjetivo do usuário. Isso quer dizer que, não se mostra suficiente ser observado o município, o bairro, a casa, o local onde vive uma determinada pessoa. É importante que também se leve em conta de onde essa pessoa diz que é.

Para Frare (2012), além dessa perspectiva do território subjetivo é de extrema relevância a questão da territorialidade, ou seja, um lugar onde o usuário considere mais fácil de formar vínculos, lugar onde cada um reconhece como 'seu'.

A autora indica que ao tomarmos o território como geográfico, se estabelece uma determinada configuração onde o sujeito se localiza em termos espaciais. Para ela, a dimensão da territorialidade é mais ampla que o território, mas não pode escapar da demarcação espacial inscrita na realidade concreta, ou seja, na geografia.

Por um lado, existe um território concreto, geográfico, um lugar objetivo, demarcado, em torno do qual se organizam as diversas ações de um serviço de saúde. E por outro lado, existe um lugar subjetivo, demarcado pela vivência singular de casa sujeito em seu percurso no território. Essa demarcação singular anuncia um modo particular de cada sujeito se inscrever no laço social.

Frare (2012) demonstra que nesse conceito de territorialidade, de uma forma mais topológica, pode-se expandir a demarcação espacial geográfica e pensar que aí também está implicada a questão do tempo. Levando em consideração a figura da Banda de Moebius, a autora indica que "O fator tempo opera nessa equação demarcando o espaço e incidindo sobre a percepção do mesmo" (p. 69). E analisa que, nessa intersecção espaço e tempo, para o sujeito o "território então fica acessível não pela geografia, mas pela linguagem" (p. 70). Dessa maneira Frare (2012) propõe a inclusão de uma nova dimensão a territorialidade: "pensando a partir da localização do sujeito no Outro possam se abrir possibilidades do sujeito produzir novos significantes para trilhar seus próprios laços" (p. 71). Essa proposição se mostra para nos valiosa, pois é a psicanálise que pode operar uma orientação de um trabalho de

cuidado que permita essa localização específica do sujeito psicótico no Outro em seu percurso pelo território.

A política da psicanálise

Nos dias atuais, pode-se afirmar que, cada vez mais, existe a presença de psicanalistas ou de profissionais com orientação lacaniana nas mais diversas instituições de saúde? Isso é uma realidade no Brasil?

Se trata-se de uma realidade brasileira cabe a pergunta do porquê dessa presença. Sem adentrar nessa discussão, lançamos mão de uma constatação de Mattos (2003) em “O uso da psicanálise em uma instituição invisível” para introduzir a discussão sobre a política da psicanálise. Este autor indica que essa presença se dá como uma resposta a uma nova demanda que se faz àqueles profissionais que seguem uma orientação lacaniana, ou seja, a demanda de que o saber-fazer da psicanálise possa ser posto a serviço de um número maior de pessoas. Em outras

palavras, que o psicanalista se desloque de seu setting analítico tradicional e passe a atuar também no campo público. Isso não significa, por sua vez, que o psicanalista irá deslocar o setting clínico tradicional do consultório para a Instituição pública. Mas indica que algo da atuação do profissional orientado pela psicanálise lacaniana faz diferença nesses espaços.

Rinaldi (2006) também aponta para essa presença de psicanalista no campo da saúde mental. Para ela, esse fato tem como consequência não só a ampliação do âmbito da incidência da prática psicanalítica, como também o deslocamento do psicanalista do *locus* tradicional de trabalho, o consultório, para um local de trabalho onde ele se encontra entre muitos, inserido, por vezes, em equipes multidisciplinares.

Mattos (2003) anuncia que essa demanda requer que os psicanalistas se arrisquem em condições que, para o autor, não são as mais favoráveis para a sua prática. O que isso quer dizer? Por que não se trata de condições mais favoráveis? Parece que essa questão indica o fato de que, no campo público, na instituição pública o psicanalista irá precisar pronunciar/transmitir algo da sua prática, ou seja, seu saber-fazer para profissionais não psicanalistas e por vezes para equipes multidisciplinares. Em outras palavras, transmitir algo de sua prática fora do âmbito das instituições psicanalíticas, fora de suas escolas, diante do campo social, o que exige um dado posicionamento político.

Diante desse desafio, pode-se afirmar que se faz necessário que a psicanálise possa produzir espaços de discussão acerca desses “novos usos da psicanálise” (MATTOS, 2003:38). Nesta pesquisa, leva-se em consideração que isso requer que esses espaços promovam uma profunda reflexão no que tange o modo que a psicanálise se comporta nos campos públicos e políticos. Por sua vez, essa pesquisa se insere exatamente nessa perspectiva de promoção de um espaço onde se possa pensar esses “novos usos da psicanálise”.

Dessa maneira, esta pesquisa lança mão de uma discussão onde a perspectiva é de que a psicanálise necessita assumir uma dada posição política para se lançar nesse campo e oferecer uma contribuição para o cuidado na RAPS. Dessa forma é dada uma ênfase ao contexto político.

Por outro lado, e sem fazer um contraponto à posição de Mattos (2003), pode-se analisar que essa demanda aponta, na realidade, para uma ideia de que quando

fala-se de psicanálise também fala-se de política. Porém trata-se de uma política específica, ou seja, de uma política da psicanálise para ser mais assertivo. Isso quer dizer que a psicanálise é um discurso que incide no campo social, a partir do momento que promove uma modalidade específica de laço social.

Essa questão do laço social será discutida mais profundamente no próximo capítulo. Por ora se faz necessário localizar que essa discussão acerca da inserção da psicanálise no campo público e político (o que comporta a discussão acerca da instituição) requer destaque para alguns pontos:

1. Trata-se da psicanálise aplicada;
2. Ao mesmo tempo, também toca-se na dimensão da psicanálise em extensão.

2.1 A psicanálise aplicada ou o ‘profissional preocupado’ orientado pela psicanálise

Ao tocar na interseção entre Psicanálise e o campo público da saúde mental, não se pode perder de vista a discussão acerca da psicanálise aplicada, inaugurada por Freud, desde cedo. Já no artigo de 1918 “Linhas de progresso da terapia analítica” (FREUD, 2006), Freud inicia seu pronunciamento indicando uma posição, que sempre manteve diante da teoria psicanalítica, que é a de revisão constante. Nesse trabalho em específico, ele discute a necessidade de se rever os procedimentos terapêuticos da psicanálise e de se assumir novos direcionamentos.

Ao referenciar o que Ferenczi chamou de ‘atividade’ por parte do analista, Freud convoca seus interlocutores para que se defina essa ‘atividade’ e recorda o que já fora dito: a tarefa terapêutica do analista é “tornar consciente o material reprimido e descobrir as resistências” (FREUD, 2006, p.175). Porém, vai além disso e anuncia que diferentes ‘atividades’ mostram-se necessárias, ao passo que a experiência psicanalítica demonstra uma enorme variedade de doenças e de realidades subjetivas, dessa forma não se pode trata-las mediante uma mesma técnica.

Com essa contextualização, Freud pôde tocar no que chama de “situação que pertence ao futuro” (FREUD, 2006, p. 180), ou seja, a possibilidade de que através de algum tipo de organização (que não especifica) a quantidade de pessoas com acesso à psicanálise aumente. Ele lembra que, desde aquela época, as “neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose...” (FREUD, 2006, p.180). E acredita que no momento em que a sociedade despertasse para essa realidade, poderiam existir clínicas ou instituições com médicos analiticamente preparados para prestar assistência gratuita à população.

Logo depois ressalta que a partir disso há de existir um empenho da psicanálise para adaptar a sua técnica a essa nova situação social. Porém adverte, “qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componham, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, àqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa” (FREUD, 2006, p. 181).

Mais tarde, em 1933, na Conferência “Explicações, aplicações e orientações” (FREUD, 2006), ele fala claramente sobre as aplicações da psicanálise. Demonstra que, o primeiro objetivo básico de todo analista, é de compreender os distúrbios da mente humana. Porém com a progressão da psicanálise, a própria experiência desta foi mostrando que os mecanismos patológicos muito coincidem com os mecanismos ditos ‘normais’, tornando a psicanálise um conhecimento ‘profundo’ do ser humano. Daí Freud justifica as numerosas aplicações espontâneas da psicanálise aos diversos setores do conhecimento (especialmente às ‘ciências mentais’), na medida em que nada do que o ser humano realiza, pode ser desvinculado da psicologia (ou seja, da compreensão do que podemos chamar de psíquico).

Ele comenta que essas incursões encontraram uma série de obstáculos, tanto da parte de especialista que aplicaram a psicanálise a sua área de conhecimento, tanto de analistas que aplicaram a psicanálise a outras áreas, sendo muitas vezes criticados pelos especialistas da área da aplicação. Contudo Freud faz a ressalva que essa cena com suas barreiras já vinha se modificando e que desde aquela época, já havia um crescente número de pessoas que estudavam a psicanálise de forma mais coerente a fim de aplica-la a setores específicos do conhecimento. Para ele, desse número crescente de aplicações poderiam surgir novos descobrimentos e

desdobramentos para a própria psicanálise, mas ressalta que essas aplicações da psicanálise não podem deixar de indicar que ao mesmo tempo “são, também, sempre confirmações dela” (FREUD, 2006, p.144).

Esta retomada de dois períodos distintos da obra freudiana faz-se necessária para demonstrar que a questão da aplicação da psicanálise (inclusive na Saúde Pública) atravessa o percurso psicanalítico desde muito cedo, sendo uma preocupação para Freud a maneira com que se daria essa aplicação. Esses questionamentos não se mostram muito diferentes para os psicanalistas nos dias atuais, assim como não o foi de todo indiferente para Lacan.

Levando em consideração as proposições freudianas Lacan (1964) em seu “Ato de fundação” propõe

...o organismo em que deve realizar-se um trabalho que - no campo aberto por Freud, restaure a sega cortante de sua verdade; que reconduza a práxis original que ele instituiu sob o nome de psicanálise ao dever que lhe compete em nosso mundo. (LACAN, 1964, p. 229)

Nesse texto o autor pode esboçar uma forma de Psicanálise Aplicada. Ao fundar a Escola e retomar a questão da Instituição Psicanalítica, ele inaugura duas seções de psicanálise, diferenciando Psicanálise ‘pura’ de ‘aplicada’ na própria definição da Escola de Psicanálise, situando estas duas modalidades dentro de sua proposta de formação do analista.

Anuncia que ambas não coincidem, porém também não se opõem uma à outra. E ressalta que a psicanálise aplicada, apesar de se inserir basicamente no campo da terapêutica, tem seus pressupostos intrinsecamente dependentes dos princípios teóricos e práticos da clínica psicanalítica. A prática aplicada convoca a psicanálise pura, inscrevendo-se nela. Nesse sentido, não há psicanálise aplicada sem a psicanálise pura que interroga questões sobre a transmissão, formação e garantia da *práxis*.

Trata-se de duas seções diferentes, porém as duas objetivam um trabalho que não está desvinculado da formação do analista, ou seja, da necessidade de enfatizar o desenvolvimento de uma crítica que denuncie possíveis desvios ou um mau uso da psicanálise.

Na segunda seção Lacan se preocupa com a psicanálise aplicada podendo ser desenvolvida por médicos não psicanalistas (nos dias de hoje esse ponto se expande para outras categorias profissionais que lidam diretamente com o sujeito e com o psíquico) e insere a *casuística*, ou seja, o trabalho via caso, como um dos itens dessa seção. Porém adverte que esta aplicação da psicanálise deve ser feita por uma via que contribua para a psicanálise através da experimentação dos termos e das estruturas que foram introduzidas como sustentáculo da *práxis* freudiana.

Nessa perspectiva da psicanálise aplicada, elaboramos a ideia de que o profissional orientado pela psicanálise que irá trabalhar a partir da casuística, é também o 'profissional preocupado' ampliando o termo 'psiquiatra preocupado' utilizado por Lacan (1967) no seu "Pequeno discurso aos psiquiatras".

Essa Conferência proferida no Hospital Saint-Anne, se insere no contexto da "Proposição de 09 de outubro de 1967". Nessa época, Lacan anunciaria o tema de seu próximo seminário "O ato psicanalítico". E não parece estar desvinculado desse contexto o fato de que nesse momento Lacan assume o fracasso de seu ensino enquanto somente endereçado a psicanalistas. Ele profere esta Conferência sob o título "A psicanálise e a formação do psiquiatra". Nesse cenário Lacan estava às voltas com questões institucionais e relacionadas à formação. E o ponto, logo de saída, nesse texto é acerca do papel da psicanálise na formação do psiquiatra.

Ao tocar no ponto da questão da formação do psiquiatra Lacan, sugere que irá abordar esse tema numa perspectiva que ele diz ser, à primeira vista, 'desiludida'. Para ele o papel da psicanálise na formação do psiquiatra, faz referência a uma conjunção onde a psicanálise, no nível do coletivo, nível dos efeitos de massa (que são apenas a soma de certo número de efeitos particulares que se produzem) tem como resultado que o psiquiatra se ocupe cada vez menos do doente.

Ocupam-se cada vez menos dos doentes porque estão totalmente ocupados com sua formação em psicanálise, ocupados com uma 'chave' que só a psicanálise poderia fornecer. Enquanto isso, não valeria a pena realizar uma abordagem irrefletida. Para ele, o resultado é que o psiquiatra, dessa maneira, durante sua formação, não se preocupa de fato com sua posição. Na realidade se considera um psicanalista em formação.

No que tange o desejo ‘mais nobre’, o de conhecer seus doentes, o autor chama de ‘erro de princípio’. Porém para Lacan, há algo que não funciona do lado da compreensão no que se refere ao cerne da questão do psiquiatra, ou seja, o louco, o psicótico

esse louco, é verdade que não o compreendem, e vêm encontrar o psicanalista, declarando-lhe que... é a esperança, enfim, a ... a certeza, pois trata-se de um boato que se difundiu, que a psicanálise ajuda a compreender, e é assim que entramos rapidamente nesse caminho da psicanálise; daí a compreender o louco, entretanto, é claro que podemos esperar, já que é inteiramente um erro acreditar que seja nesse registro da compreensão que a análise deve operar... que faria com que o outro se tornasse transparente para nós, à maneira ingênua pela qual nos cremos transparentes a nós mesmos, nem que fosse pelo fato de que a psicanálise, justamente, consiste em descobrir que não somos transparentes a nós mesmos! Então, por que é que os outros se tornariam assim para nós? (LACAN, 1967, p. 3)

É nesse cenário que retoma o relato de um jovem residente de psiquiatria, que falava de sua angustia (angustia que era irredutível e ao mesmo tempo coextensiva da experiência com a loucura) quando no encontro com aquilo que é o objeto da psiquiatria, o louco, e da passividade como resultado de uma relação da ‘sala de plantão’ (que nada mais é do que uma massa coletiva) com a psicanálise, Lacan propõe o significativo ‘psiquiatra preocupado’. Preocupar, palavra que etimologicamente faz menção ao ato de “ter relações com”, “referir-se a” é retomada por Lacan para designar aquele que põe sua presença na posição do psiquiatra para conceber, levar em conta do que se trata no louco.

Para Lacan, o psiquiatra está irredutivelmente preocupado, quer ele queira ou não. Se ele não está, ou não se sente preocupado, é por conta de procedimentos que se colocam para que esses profissionais se protejam desse preocupação. Dito de outra forma, trata-se de certas barreiras protetoras que se colocam entre o profissional e louco, quer ele seja psicanalista ou não. Qualquer coisa que separe o profissional do louco (outras pessoas, técnicas, classificações etc). E acrescenta que, ao se estar preocupado, essa relação não deve ser levada pelo lado do afeto, ou da compreensão benevolente.

Pode-se dizer com isso que, para Lacan, faz-se necessário tecer um fio, nessa relação de preocupação com o louco, para se levar ao que de fato se trata na loucura. E para ele, esse fio pode ser traduzido pelo seguinte princípio: o inconsciente

é estruturado como uma linguagem. Ele retoma essa máxima para falar exatamente do que diz respeito ao sujeito, enquanto S barrado efeito do significante, em relação com o objeto *a*. Trata disso para chegar na equação de que, na loucura, não há demanda do pequeno *a*, o pequeno *a* o louco detém (vozes, por exemplo). Nesse sentido, o louco é um homem livre, ou seja, ele não se liga ao Outro pelo *a*, “ele tem sua causa no bolso” (LACAN, 1967, p. 15).

Desse apontamento pode-se ampliar e tomar o “profissional preocupado” como demonstra Marga Auré (2007), como aquele que oferece uma escuta especial, levando em conta a relação do sujeito psicótico com o objeto *a* e com o Grande Outro, a partir da possibilidade de oferecer uma especial atenção aos efeitos de verdade que a transferência pode gerar a partir desse encontro com a loucura.

É a partir desses efeitos que o ‘profissional preocupado’ pode operar um tratamento do gozo que não tenha como objetivo fazer o sintoma calar. Ou seja, o trabalho orientado pela psicanálise se dá por uma via que consiste em fazer do louco, do psicótico a centralidade do trabalho da equipe. Isso tem a dimensão de fazer o paciente falar, de forma que o sujeito possa, a partir da transferência, encontrar uma solução singular que lhe permita alguma pacificação das suas modalidades de gozo.

Dessa forma abordamos o fato de que o que define uma prática orientada pela psicanálise é esse ato de pôr, como mola propulsora do tratamento, a transferência em todas as suas modalidades. Os efeitos terapêuticos, nesse sentido veem em acréscimo. Para Guéguen (2007) no encontro do profissional com o paciente há duas categorias de elementos. Os elementos que sempre estão presentes: a pulsão na modalidade do necessário e a repetição sob a forma do impossível. E os elementos em potencial: elementos possíveis e contingenciais, ou seja, a transferência e o inconsciente. Esses últimos são aqueles que devem ser atualizados no encontro com o paciente. Segundo o autor, é no manejo dessas duas categorias elementais que se decide se a prática foi orientada ou não pela psicanálise.

Dessa maneira, no contexto da psicanálise aplicada deverá efetuar essa operação cujo efeito pode incidir sobre o gozo, mesmo em instituições geridas pelo discurso do mestre (S1), com seus efeitos segregativos ou universalizantes. O ato do profissional objetiva manter dentro dessas instituições uma distância entre o Imaginário e o objeto *a*. Ou seja, ocupar um lugar singular que faça referência a uma

desconsistência aos ideais do mestre. Como consequência, esse ato o predispõe a intervir sobre o que, na sociedade e no político, concerne ao tratamento do gozo. Este é o diferencial do ‘profissional preocupado’ orientado pela psicanálise.

Nessa perspectiva, pode-se fazer uma leitura de que o cuidado na rede, a partir do momento que é orientado a operar com o sujeito e o Outro, se insere numa linha de tentativa de tratamento do gozo, via o agenciamento social da loucura. Dessa forma, o ‘profissional preocupado’ deve ser convocado a intervir. Sabe-se que a psicanálise deve se pronunciar acerca do mal-estar da civilização na contemporaneidade, com seus tratamentos de gozo, na época de declínio da função simbólica do Outro. E que isso tem a ver com política. Porém a política da psicanálise visa também outra coisa: o inconsciente e o gozo do sujeito.

2.2 A política da psicanálise

Sabe-se que na constituição do campo da saúde mental, a princípio, clínica e política não se separam. Aqui no Brasil, a saúde mental adquire esta dupla referência, tanto política como clínica. Porém, Rinaldi (2006) aponta para o fato de que, logo de saída a dimensão política ganhou destaque no movimento da Reforma e de constituição do campo, deixando de lado, por algum tempo a dimensão clínica. A multiplicidade deste campo acentua a diversidade na forma de lidar e conceber tanto a dimensão clínica, como a política. E é nessa conjuntura que o profissional preocupado se insere, dando uma visibilidade para a clínica e para a “escuta” do louco, fato que pode provocar uma avaliação negativista e equivocada da psicanálise, como se esta não tivesse uma posição política diante da realidade, ou do contexto social de nossa época.

Na “Proposição de 09 de outubro de 1967”, Lacan inscreve a psicanálise em extensão como uma função da Escola de presentificar a psicanálise no mundo. Desde esse momento, pode-se verificar a preocupação do autor no diz respeito ao futuro da psicanálise e de sua inserção na cultura de um modo geral. Dessa forma, nesse

aspecto será realizada uma leitura, a partir da proposição de que o psicanalista deve alcançar o horizonte da subjetividade de sua época, como uma posição política.

A partir disso, pode-se perceber que essa ou aquela avaliação do analista desinteressado em relação ao social, à cultura e à política não é de toda alheia ao próprio círculo da psicanálise. Brousse (2003) constata que de fato, não são muitos analistas que tomam uma posição política publicamente.

Como demonstra Laurent (1999), a partir da entrada da democracia no cenário político mundial e da luta pelos direitos humanos e sociais, com a conseqüente modernização dos aparatos sociais que eram permeáveis ao reconhecimento das mais diversas lutas sociais e políticas (como por exemplo, as Conferências Mundiais, os sindicatos, os movimentos sociais, etc) os psicanalistas

...ficam um pouco perdidos, não sabem exatamente se têm que gritar mais para se fazerem escutar ou se devem serenar os ânimos... Quanto ao analista, pensava em se manter exclusivamente em sua função, sem fazer propostas, porque já havia uma luta que se queria fazer ouvir pela opinião pública, tanto no referente às formas de vida por parte das lésbicas e dos homossexuais, como com respeito aos psicóticos, os normais etc... À primeira vista, os analistas não tinham ideias realmente interessantes sobre esses temas. Os outros já pediam, sabiam que era preciso pedir e reclamar. Foi assim que os analistas se mantiveram, digamos, na posição do intelectual crítico. (LAURENT, 1999, p.13)

Segundo Laurent (1999), em algum momento dos movimentos de esquerda na história da democracia moderna havia essa posição do intelectual crítico que se mantinha em seu lugar tranquilo, se dedicando somente a criar, criticando algumas orientações decididas pelos outros e se mantendo nessa posição. Dessa maneira, para Laurent (1999) o psicanalista, em um dado momento, de alguma maneira ocupou esse lugar de analista crítico, ou seja, aquele analista que não tem ideal, que por suposição, já está além de toda crença, chegando a se apagar.

Desse modo, essa ideia do analista crítico ganha peso. O autor evoca a perspectiva de Serge Leclair, de que a psicanálise consistiria em uma prática da desidentificação, com a manutenção de uma “concepção extra pura da análise”. Em outras palavras, a psicanálise seria exatamente esse indeterminado de desidentificação e o analista, por sua vez, levaria esse processo de desidentificação também para o campo social. Dessa maneira, para Laurent (1999) se produz certa

marginalização social da psicanálise, motivado por esse ideal do analista marginalizado, furado, inútil.

Seguindo a advertência de Lacan (1967) quando diz que aquele que não puder estar atento à subjetividade de sua época deve desistir de ser analista e apontando para o compromisso político do psicanalista para com seu tempo e seu mundo, pode-se pensar e discutir a proposição do analista cidadão. Como denuncia Laurent (1999), se os analistas acreditam que podem ficar nesse lugar de analistas críticos, o seu papel histórico termina. Assim localiza-se o interesse da psicanálise de estar inserida no campo da saúde mental.

Tomando como ponto de partida a proposição Lacaniana “Não digo ‘a política é o inconsciente’, mas simplesmente ‘o inconsciente é a política’”, Miller (2011a) nas suas “Intuições Milanesas” discorre sobre a relação do inconsciente com a política e conseqüentemente sobre a ligação intrínseca entre psicanálise e política. Para ele a proposição ‘a política é o inconsciente’ é uma redução, além de ser uma fórmula arriscada, pois não é da competência do psicanalista definir política. Já a segunda proposição, diz diretamente a uma função da psicanálise, de definição do inconsciente, se tratando na verdade de uma ampliação desse conceito. Isso propõe uma definição do inconsciente como aquilo que o analista sempre tem que lidar. Desse modo, ‘o inconsciente é a política’ se daria como um desenvolvimento da proposição de Lacan ‘o inconsciente é o discurso do Outro’. Em outras palavras, essa relação do inconsciente com o Outro desloca o inconsciente para cidade, o colocando no campo do laço social. O inconsciente tem a ver com o laço social justamente porque não há completude na relação sexual.

Essa relação do sujeito do inconsciente com o Outro (Outro barrado, que não forma Um), pode qualificar o inconsciente como transindividual. E dessa fórmula, segundo Miller (2011), pode haver a passagem da qualidade de transindividual para o político. Proposição essa que, logo de saída, já transporta a função do psicanalista para a cidade, para o campo social e político. Dizer de um inconsciente transindividual e político, é dizer que o lugar do analista também se insere no laço social. Dessa forma, mais uma vez ratifica-se a necessidade da inserção da psicanálise no campo das políticas públicas de uma forma geral e, mais especificamente, no que concerne a esta dissertação, no campo político e clínico da saúde mental. Porém, não podemos

perder de vista que, uma vez inserido nesse campo, o psicanalista tem funções específicas.

Por sua vez, Brousse (2003) retoma essa proposição do inconsciente transindividual, a partir do axioma o inconsciente é estruturado como uma linguagem. Esse axioma ratifica a ideia lacaniana de que a dialética do desejo não é jamais individual, ou seja, o desejo é sempre o desejo do Outro, já que está diretamente ligado à cadeia significante. Nesse sentido, a língua carrega as marcas fundantes da cultura. Já que a dialética do desejo não é individual, faz-se necessário que a psicanálise se interesse pela dimensão do político e da cidade.

Nessa mesma linha, Elia (2015) analisa que, para a psicanálise, nenhuma unidade totalizante subsiste, já que as categorias de indivíduo e de grupo social são ambas estranhas a ela. Exatamente pelo fato do inconsciente ser transindividual, a dicotomia (psicologizante ou sociologizante) indivíduo X coletivo é inócua. Essa perspectiva, para o autor, traça uma linha de oposição onde não há lugar para o heteróclito, ao qual Lacan (1967) se refere na “Proposição de 09 de outubro de 1967”. Vale ressaltar que, essa marca transindividual, não faz o inconsciente se tornar grupal, pois, como aponta Elia (2015), tanto o sujeito como o grupo implicam, na realidade, a fragmentação, uma coleção de traços e marcas.

Retomando. A partir da asserção ‘o inconsciente é a política’, Miller (2011) indica que precisamos definir a política e traz uma ideia de Marcel Gauchet que diz que a política é o lugar de uma fratura na verdade. Para Miller, trata-se de uma definição da política como estruturada pelo S (**A**), onde o sujeito se dá na experiência de que a verdade não é unívoca, mas sim dividida.

Isso põe em questão uma definição de política que tem uma implicação direta com a democracia do mundo contemporâneo. Em seu texto, o autor discorre sobre a relação do totalitarismo e da democracia com a verdade, elucidando algumas questões.

Primeiramente, o totalitarismo do século XX surgiu dentro de uma propaganda política como a esperança de uma certa unificação da verdade, suprimindo sua divisão e apontando para a crença de que poderia se conformar o reino do Um na política. Dessa maneira, se passa pela ideia da identificação das massas com o líder, já

indicada por Freud (1921) em “Psicologia das massas”. E havia um certo encanto das massas nessa esperança de unificação.

Em seguida, vê-se a emergência da democracia e a conseqüente implicação de uma aceitação da divisão da verdade, tomando uma forma objetiva no surgimento dos diversos partidos políticos, engajados em uma contradição insolúvel, pois a verdade não é mais unívoca, ao mesmo tempo podendo se celebrar o pluralismo.

Nesse ponto, pode-se realizar uma reflexão acerca dessa íntima relação entre a psicanálise e a política. Temos por um lado nos sistemas totalitários, uma verdade que se pretende unívoca e que se dá por meio de identificações imaginárias da massa com o ideal do Um. Por outro lado, temos o contexto político ocidental contemporâneo, onde a democracia se exerce e a verdade comparece dividida. Essa verdade aponta diretamente para a verdade do sujeito do inconsciente, enquanto discurso do Outro.

Se a Cidade na antiguidade era a *Polis*, lugar onde os cidadãos exerciam a democracia e a política, para Miller (2011), na democracia contemporânea, não há mais ‘a cidade’, ela na verdade é uma nostalgia, podendo ser entendida como uma metáfora para dizer a política. Mas na efetividade histórica, atualmente, a política não se desenvolve mais sob a forma da cidade. Segundo o autor, não existindo mais a cidade homogênea, e mais especificamente, com a própria ideia do estado-nação desestabilizado, se faz necessário, na realidade pensar não o psicanalista na cidade, mas sim o psicanalista na globalização, conceito que, para ele, seria mais operatório, na atualidade, que o conceito de cidade. Se apropriando dessa discussão, nesse texto trabalhamos não mais com a noção de cidade, mas de redes no território.

Nesse ponto da discussão, pode-se retomar a ideia da passagem do analista crítico para o analista cidadão. Para Laurent (1999) essa transposição se faz necessária, na medida em que há interesses comuns entre o discurso do analista e a democracia. Segundo o autor, há sim uma face do analista crítico, da desidentificação que deve ser resgatada. Esse resgate diz respeito ao ponto onde esse analista não é um analista apagado, vazio, furado, mas um analista que intervém com seu dizer silencioso, demarcando um dizer silencioso diferente do silêncio. Em outras palavras, um dizer silencioso que toma partido contra qualquer tipo de segregação.

Sujeito, laço social e rede

Seguindo a série da proposição acerca da política da psicanálise toma-se o profissional concernido orientado pela psicanálise como aquele que irá ocupar dada posição política no campo da saúde mental, proporcionando que se coloque no centro operativo da lógica do cuidado o sujeito. Isso significa que ele irá incidir no laço social, a partir do momento que leva em consideração as redes singulares que o sujeito produz no seu percurso pelo território.

Como demonstra Brousse (2013) essa posição permite que o laço social se arranje como uma ordenação, uma organização do gozo humano. Essa questão se radicaliza no encontro com a loucura, no momento em que a orientação da psicanálise, como laço social, pode agenciar uma outra possibilidade de encontro com a psicose, inserindo as categorias do impossível e do contingencial. E isso possibilita que uma prática orientada pela psicanálise opere junto ao sujeito de modo que ele possa mudar sua posição frente ao significante-mestre.

Dessa maneira, precisamos nos perguntar de que se trata o sujeito para a psicanálise? O que existe de especificidade no sujeito psicótico? E o laço social? Então propomos um enodamento de três pontos – sujeito, laço social e rede – para discutirmos a tessitura de redes singulares e de cada sujeito, a partir da construção coletiva de um caso clínico.

3.1. De que se trata o sujeito na psicanálise?

Podemos observar que foi Lacan que introduziu na literatura psicanalista o termo *sujeito*. Essa categoria não se encontra discriminada nos textos freudianos. Porém, foi em Freud que Lacan encontrou as bases estruturais para elucidar esse termo como categoria central do pensamento e da clínica psicanalítica.

Seguindo a trilha do arcabouço teórico de Lacan, podemos observar que ele indica que foi Descartes, com seu *cogito*, que abre as portas para o pensamento freudiano. Mas o que isso quer dizer?

O seu seminário sobre “Os quatros conceitos fundamentais da psicanálise” de 1964 tem uma grande centralidade para o entendimento do que ele designa como o sujeito da psicanálise. É nesse seminário que Lacan afirma que não foi Freud que introduziu o sujeito no mundo, pois na verdade é Descartes quem faz isso. Ali ele se refere ao sujeito, o do inconsciente, no mesmo lugar do sujeito da experiência cartesiana.

Todavia o mais importante é que ele diz que Freud é quem se dirige ao sujeito para dizer algo novo: “Aqui, no campo do sonho, estás em casa” (LACAN, 1964, p. 50). Ou seja, lá onde estava, desde sempre o sonho em Freud, podemos localizar o sujeito, o *Ich*, a rede de significantes.

Para Lacan (1964) é no campo do sonho que Freud encontra a confirmação de sua experiência com a histeria. Ou seja, é nesse campo que ele pôde afirmar que o inconsciente é constituído não pelo o que a consciência evoca, mas sim pelo que lhe é recusado. E a partir dessa constatação Lacan (1964) indica que Freud chama o que é recusado, pelo mesmo nome que Descartes designa o seu ponto de apoio: pensamentos.

Há pensamentos nesse campo do mais-além da consciência, e é impossível representar esses pensamentos de outro modo que não dentro da mesma homologia de determinação em que o sujeito do *eu penso* se acha em relação à articulação do *eu duvido*. (LACAN, 1964, p. 51)

Para Lacan (1964/1965) o sujeito com o qual a psicanálise opera só pode ser o sujeito da ciência. Mas em que consistiria esse fundamento? No texto “A ciência e a verdade” (1965), o autor retoma Descartes afirmando que este filósofo inaugurou, através do *cogito* um modo de pensar necessário à ciência. E mais, para ele há um momento do sujeito que ele considera ser um correlato essencial dela. Um momento historicamente definido, aquele que foi inaugurado pelo *cogito* cartesiano. Então para ele é impensável que a psicanálise e o inconsciente freudiano tivessem lugar antes do nascimento da ciência no século XVII.

O uso enunciar, como uma verdade, que o campo freudiano não seria possível senão certo tempo depois da emergência do sujeito cartesiano, por isso que a ciência moderna só começa depois que Descartes deu seu passo inaugural. É desse passo que depende que se pudesse chamar o sujeito de volta para casa, no inconsciente (LACAN, 1964, p. 53)

Segundo Elia (2010) a ciência já surge como moderna, sendo resultado de um corte discursivo: o rompimento com a *episteme antiga*. Este termo é utilizado pelo autor exatamente para opor ao moderno. Pode-se dizer que o advento da ciência moderna se dá a partir de sua separação da filosofia. Esse corte acarreta na passagem de um “mundo fechado” para o “universo infinito”. Para ele sujeito é uma categoria moderna, pois surge a partir da ciência (século XVII) e dessa separação.

Faz-se importante ressaltar, como indicado anteriormente, que esse sujeito que a ciência faz aparecer é mesmo com o qual a psicanálise opera. Todavia, para Elia (2010), se a ciência coloca em vista o sujeito, no mesmo movimento, ela não consegue operar sobre ele, sendo excluído do campo de operação da ciência. Segundo o autor, a subversão da psicanálise é ter criado condições de operar sobre esse sujeito que foi colocado pela ciência.

Elia (2010) também indica que não é insignificante o fato do sujeito aparecer nesse momento de rompimento, de incertezas e de angústia em relação à forma de compreensão do mundo. Por isso o autor nos diz que podemos pensar que há uma intrínseca relação entre a emergência do sujeito e esse momento de angústia na história do pensamento. Dito de outra forma, a emergência da angústia possibilita a emergência do sujeito. Para ele, é a experiência freudiana que abre portas para o entendimento da relação entre essas duas formas de emergência.

A aparição do sujeito no cenário do pensamento se fez através da angústia e da incerteza em relação ao que se dera até então como um mundo mais ou menos compreensível para o entendimento do homem. Não se trata de dizer que não tenha havido crises no pensamento até esse momento, mas de saber discernir a magnitude dessa crise em particular — o advento da ciência moderna e sua separação da filosofia — e fazer a verificação precisa de seu valor de corte maior (ELIA, 2010, p. 10)

E seguindo essa discussão proposta pelo autor, podemos afirmar que na história do pensamento é a partir de um ponto de angústia advindo desse corte discursivo da ciência que é possível para Descartes inaugurar o modo de pensar moderno fazendo da dúvida hiperbólica seu método, buscando os verdadeiros fundamentos do conhecimento.

Horta (2012) anuncia que este filósofo considera que esses fundamentos só poderiam ser acessíveis através da contemplação, do raciocínio e do questionamento cuidadoso. Diferente dos empiristas, que acreditavam que o conhecimento poderia

ser acessado através dos sentidos. Desse modo o *cogito* cartesiano indica que todo caminho sensoperceptivo é passível de ser posto em dúvida, não podendo constituir o caminho da verdade do conhecimento.

Eliminando esses traços e fazendo da dúvida o seu método, o filósofo duvida de tudo, inclusive do fato de estar duvidando, chegando ao ponto de que sua única certeza é a dúvida, ou seja, o único rastro de verdade é o próprio pensar. O que resta é a própria atividade do pensar, pois não seria possível duvidar que se pensa. Assim, o pensamento atestaria a existência do ser pensante. Estaríamos também a nível de uma racionalidade da consciência.

Segundo Horta (2012) até a consciência de si deixa de ser uma propriedade constitutiva do sujeito, passando a ser tomada como um elemento que pode mascarar o processo do pensar, e em consequência a capacidade de conhecimento da verdade. Em outras palavras, o *cogito* só garantiria o ser do pensar, a *res cogitans* - substância pensante - diferente da *res extensa* - substância material.

Para a autora essa separação entre a consciência de si e o sujeito já anuncia uma aproximação entre o sujeito cartesiano e o sujeito freudiano. Vale ressaltar que, em alguma medida, Freud também rompe com esse dualismo cartesiano.

Em “O ego e o id” Freud (1923) indica que o eu não corresponde ao sujeito do inconsciente, estando sob constante ameaça do mundo externo, do isso e do supereu. Essa diferença que é denunciada na máxima freudiana retomada por Lacan (1965) “Wo Es war, soll Ich werden”.

É a psicanálise excluindo a soberania do eu e demonstrando uma concepção de sujeito tomado de uma divisão conflituosa e constitutiva. Essa divisão não é conhecida pelo eu, pela consciência de si. O status do sujeito, esse que se estabelece a partir de uma estrutura de fenda, de uma *spaltung*, como nos mostra Lacan (1965) situa na Outra cena o inconsciente, apontando para uma divisão do sujeito entre a verdade e o saber.

Dito de outra forma, o eu está constantemente sendo pego de surpresa por um Outro discurso, pelo inconsciente, no encontro com o sujeito, o que se evidencia pelos atos falhos, chistes, sonhos e sintomas. E como nos indica Horta (2012) é por isso que tanto no *cogito* cartesiano como na clínica psicanalítica, o eu, a consciência de si

da psicologia, esse lugar do saber, da consistência não é equivalente ao lugar da verdade. A verdade estaria, por sua vez, mais próxima da dúvida.

Dessa maneira, Elia (2010) aponta para o fato de que Descartes inaugura um modo de filosofar onde, pela primeira vez na filosofia o discurso do saber se volta para o agente do saber, permitindo ser posto como uma questão de saber, na procura pela verdade.

Pela primeira vez não se tratava apenas de situar os seres, de pensá-los através de uma ontologia, de uma metafísica, mas de colocar em questão o próprio pensar sobre o ser, que se torna, assim, também pensável. O sujeito se desdobra, movimento pelo qual se coloca no ato de conhecer, é suposto a este ato, mas não mais como mero correlato do objeto conhecido (ELIA, 2010, p.10).

É desse ato cartesiano, que põe na centralidade do pensamento o próprio agente do saber, que se estabelecem as condições de aparição do sujeito da psicanálise. Se Descartes coloca no centro da sua lógica o sujeito, um pensar que não é o da consciência de si, Freud, por sua vez, dá um passo a mais e localiza nesse pensar o inconsciente.

Mas de que se trata o sujeito do inconsciente? Antes de dizer de que se trata, se é que isso seja possível, vamos iniciar tentar indicar do que não se trata. Ou do que se diferencia.

3.2 O sujeito não é o indivíduo, nem o sujeito do enunciado

Seguindo essa trilha, já podemos delimitar que o sujeito da psicanálise não é um indivíduo, nem esse sujeito consciente, como entende a psicologia do eu. O sujeito não se reduz ao eu como uma instância psíquica e corporal.

Como indica Fink (1998), o eu nada mais é que uma instância de cristalização e sedimentação de imagens ideais. Isso estaria no nível de uma equivalência a um objeto fixo e reificado com o qual a criança aprende a se identificar. E o que isso significa? Retomando o texto de Lacan “O estádio do espelho como formador da função do eu” (1949) essas imagens ideais são constituídas daquelas que a criança, ou o *infans* (aquele que ainda não fala) vê a si mesma no espelho. Elas são ideais na medida em que a imagem no espelho apresenta uma imagem superficial unificada

semelhante àquela imagem dos pais. Esse momento pode ser compreendido como uma identificação, ou seja, a “transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem” (LACAN, 1949, p.97).

Nesse estágio, o *infans* é ainda bastante descoordenado e apenas uma mistura desorganizada de sensações e impulsos. Lacan (1949) afirma que essa forma, que poderia ser designada eu-ideal pode ser introduzida no registro de que ela será a origem das identificações secundárias cujas funções podem ser reconhecidas pela expressão “funções de normalização libidinal”. Essa forma situa a instância do eu, desde antes de sua determinação social.

Porém, podemos dizer que a construção dessa imagem, é desde o início, também uma construção estruturada pela ordem simbólica, pela estrutura de linguagem. Fink (1998) diz que tais imagens são ‘internalizadas’ pelo *infans*, pois seus pais (ou aqueles que ocupam essa função) afirmam que a imagem no espelho é a criança. Além disso, outras imagens ideais são assimiladas pela criança. Imagens essas que são derivadas da imagem dela refletida pelo Outro parental. Seriam imagens cheias de qualidades e atributos: “boa menina”, “bonita menina”, “filho modelo”. Imagens que advêm do modo que o Outro vê a criança.

Percebe-se portanto que essas imagens são desde o princípio estruturadas linguisticamente. Dito de outra maneira, é a ordem simbólica que opera a internalização dessas diversas imagens que fundem em uma espécie de eu unificado, permitindo a construção de uma autoimagem, com o sentido de um eu coerente. A esse eu ou self Freud confere um estatuto de instância (*Instanz*). Porém, segundo Fink (1998), Lacan confere ao eu um lugar de fixação e de ligação narcísica, melhor dizendo, um lugar de imagens falsas. O eu seria um lugar de mal-entendidos.

Ratificando essa perspectiva, retomamos Elia (2013) quando ele diz que o sujeito da psicanálise não poderia ser o indivíduo, pois a categoria de indivíduo pressupõe, em sua estrutura, esse caráter de totalidade, de unidade, de integridade, e de autonomia.

Nessa mesma trilha podemos dizer que o sujeito não é o mesmo que o sujeito do enunciado, pois o eu é aquilo que é representado no sujeito do enunciado. Como demonstra Fink (1998) no fim da década de 50 e começo de 60 Lacan buscava definir o sujeito de uma forma bastante precisa. Se esforçava em manter uma esperança de

que um significante de um sujeito poderia ser encontrado nos enunciados, ou seja, naquilo que é dito. Ele procurava no discurso uma manifestação precisa do sujeito. E fazia isso analisando o trabalho de gramáticos e de linguistas.

Segundo Fink (1998) "...o pronome pessoal 'eu' designa a pessoa que identifica o seu self com uma imagem ideal específica" (p. 59). Essa afirmação podemos constatar em frases como: "Eu acho que...", "Eu sou uma pessoa que...". Essas frases são referências ao eu, ao sujeito da consciência. Para o autor o sujeito gramatical de uma frase designa o remetente de uma mensagem, e pode ser visto como significando, remetendo qualidades desse sujeito-emissor da mensagem, significando o eu, ou seja, o sujeito consciente que acredita ser de tal forma.

Porém, a psicanálise demonstra que há algo que estraga, que irrompe e interrompe nos enunciados precisos do eu. Um lapso, por exemplo, pode nos lembrar que há vários discursos num só enunciado, que podem usar o mesmo porta voz. De que se trata isso?

Retomando o Lacan da década de 1960, que buscava a manifestação do sujeito no discurso, Fink (1998) demonstra que Lacan tentou ligar o aparecimento do sujeito à palavra francesa *ne*, que é considerada uma negação expletiva e que parece introduzir uma certa hesitação, uma ambiguidade ou incerteza na declaração em que aparece. Sugere que o falante está negando a própria coisa que afirma, ou temendo o que afirma desejar, ou desejando o que parece temer. Fink (1998) faz a leitura de que essa expressão causa a impressão de que o falante tanto deseja como não deseja que certo evento ocorra.

Para o autor, na língua inglesa, pode ser encontrada situação parecida com a palavra *but* (mas) usada em uma conotação polivalente, ou ambivalente, assumindo uma conotação de negação que pode gerar confusão.

Se referindo ao uso do *ne* em algumas condições, Lacan (1963) indica que não vê nada mais que o "vestígio significante daquilo que chamo sujeito da enunciação, distinto do sujeito do enunciado" (p. 189). O valor que Lacan, nesse momento atribui ao *ne* expletivo é de que o que ele representa é o sujeito da enunciação, e não simplesmente o seu sentimento.

E essa ambivalência desvela um conflito presente em tais expressões, um conflito entre um discurso do eu e um outro discurso, uma outra instância que parece

se beneficiar dessas possibilidades gramaticais presentes em várias línguas. Que outra instância, outro discurso seria esse? Podemos dizer que se trata de um discurso do inconsciente que interrompe o discurso do eu, quase dizendo “ Não! ”, da mesma maneira que um lapso de língua.

Dessa maneira Lacan propõe que o *ne* possa ser tomado como significando o sujeito falante ou do enunciado. Isso não significa que o *ne* seja o nome do sujeito da enunciação. Na verdade, ele aponta para um tipo de não-dizer, ou um dizer ‘Não’. Em outras palavras, essa expressão, à medida que faz parte do código e aparece na mensagem, parece dizer algo da mensagem. Mais especificamente, em vez de simplesmente designar quem está falando, nos diz algo a respeito do falante, ou seja, que ele não está completamente de acordo com o que está dizendo. Essa expressão marca um tipo de não-dizer que ocorre no ato da fala, isto é, durante a enunciação. E aponta para um falante hesitante, ambíguo, que diz sim e não ao mesmo tempo. Que enquanto diz uma coisa, insinua outra. E é nesse sentido que o *ne*, ou seja, o discurso do não-eu, interrompe o discurso do eu da mesma maneira que um lapso.

O sujeito do enunciado é o sujeito consciente do enunciado, representado pelo pronome pessoal ‘eu’. É um elemento do código que se refere à mensagem. A expressão *ne* anuncia o sujeito da enunciação inconsciente e, dessa forma, mostra que o sujeito aparece dividido - digamos, em dois, a favor e contra, afirmando e negando, consciente e inconsciente. Segundo Fink (1998) Lacan no início dos anos sessenta propõe que é somente no caso de *ne* que encontramos significantes do sujeito constantes ou regulares - eles aparecem regularmente e muitas vezes acompanhando esse ‘outro sujeito’.

Porém, esse ‘outro sujeito’ não é algo ou alguém que tenha algum tipo de existência permanente, só aparece quando algum tipo de ocasião favorável se apresenta. Não é algum tipo de substância ou substrato.

O inconsciente como um desenrolar contínuo de uma cadeia significante excluída da consciência, no qual o saber de um determinado tipo é incorporado, possui uma natureza permanente; em outras palavras, ele subsiste ao longo da vida de um indivíduo. Contudo, seu sujeito não é, de forma alguma, permanente ou constante. O inconsciente como cadeia não é a mesma coisa que o sujeito do inconsciente. (FINK, 1998, p. 62).

No “Seminário sobre a ‘carta roubada’” (1966) Lacan indica que um significante marca o cancelamento do que ele significa. Dessa maneira, o *ne* expletivo aponta a morte do sujeito do inconsciente. Esse sujeito permaneceria apenas o tempo evanescente para protestar, para dizer não. Uma vez que o sujeito tenha feito uma declaração, o que ele disse usurpa seu lugar, o significante o substitui fazendo-o desaparecer.

E é nesse sentido que podemos dizer que essa expressão expletiva é significante do sujeito. O sujeito $\$$, enquanto barrado pela linguagem e alienado no Outro, acaba por desaparecer detrás, ou debaixo, do significante *ne* (que podemos designar por S1, um primeiro significante).

Esse significante ocupa o lugar do sujeito que agora desaparece em meio a sua barra. Dito de outra forma, o sujeito não tem outra existência além de um furo no discurso. Segundo Fink (1998) isso quer dizer que, o sujeito do inconsciente manifesta-se na fala rotineira, na fala do eu, no cotidiano, como uma irrupção transitória de algo estranho ou extrínseco, apresentando-se apenas como uma pulsação, uma interrupção ocasional que imediatamente se desvanece ou se apaga, expressando-se, desta maneira, por meio do significante.

Como vimos, iniciamos esse capítulo pensando o que o sujeito da psicanálise não é, ou de que ele se distingue. Mas ao mesmo tempo já podemos começar a delimitar a categoria de sujeito da psicanálise com mais precisão. Para darmos continuidade iremos abordar o sujeito em relação ao campo da linguagem e ao campo do gozo, para depois adentrarmos no caso clínico que foi trabalhado no processo de construção dessa dissertação.

Emprega-se aqui a noção de ‘campo’ utilizada por Quinet (2010). Para ele, podemos designar esse termo em três acepções diferentes, mas que não são excludentes entre si. A primeira seria a acepção de campo operatório, ou seja, uma área delimitada fora da qual a operação seria inócua. A segunda, o campo da matemática, que teria relação com o valor das variáveis de um sistema. E a terceira, o campo na linguística, que seria o campo conceitual e matêmico (estruturado em noções, conceitos e palavras). Para o autor, o campo que nos interessa em psicanálise poderia ser traduzido “como um campo operatório cuja área é constituída

por constantes e variáveis, sendo estruturado por conceitos e matemas que lhe são próprios” (2010, p.24).

Quinet (2010) afirma que podemos dividir o ensino de Lacan em dois grandes tempos. Se trata de uma bipartição que distingue o campo da linguagem e o campo do gozo, lembrando que eles não se excluem. Ao contrário, a clínica que deriva do campo do gozo inclui o campo da linguagem com suas leis e a referência ao Nome-do-Pai.

Segundo o autor, o campo da linguagem é desenvolvido por Lacan nos anos 50, partindo dos conceitos freudianos de inconsciente e da linguagem. Já o campo do gozo, é desenvolvido nos anos 70, a partir dos conceitos de repetição e pulsão de morte. Para ele os anos 60, foi o período em que Lacan desenvolveu o conceito de objeto *a*, tendo como ponto de partida *Das ding* de Freud e trabalhou com a angústia e a pulsão.

Partindo dessa ideia de campo que contém as categorias de operação, conceito, matema, variáveis e constantes, podemos dizer que nesse primeiro tempo do ensino lacaniano encontramos a premissa de que o sujeito se constitui no campo da linguagem. Poderíamos dizer que essa é uma constante? Quais seriam as variáveis, os conceitos e as operações determinados por esse campo no que tange a questão do sujeito da psicanálise?

Já temos como indicação que o sujeito da psicanálise é o mesmo da ciência, porém um sujeito que só a psicanálise opera com ele, enquanto a ciência não. E que o sujeito é diferente do eu, diferente da categoria de indivíduo, podendo ser encontrado nos lapsos e nas ambiguidades gramaticais - o *ne* expletivo.

Logo de saída para pensarmos o sujeito e o campo da linguagem abordamos como referência que a psicanálise nasce de um ato de fala. Dito de outro modo, é através da fala das históricas, da associação livre que Freud inaugura a experiência da psicanálise como uma espécie de “cura pela fala”. Como mostra Quinet (2010), ela está na dependência direta da função da fala, uma vez que se encontra no campo da linguagem.

Para Elia (2010) é exatamente essa experiência languageira da associação livre inaugurada por Freud que produz as condições de emergência do sujeito do inconsciente. Através da repetição e da transferência, cria-se possibilidades de

produção das chamadas formações do inconsciente - os já citados lapsos de língua, chistes, ato falho, sonhos e sintomas. Segundo este autor, dessa maneira, a categoria de sujeito é uma experiência que exige um trabalho teórico por parte do psicanalista. Ou seja, se a instalação desse dispositivo de fala acarreta em produções do inconsciente, podemos supor que há um sujeito que se encontra em operação nessas formações do inconsciente.

Segundo Elia (2010) podemos encontrar duas modalidades de produção, de emergência do sujeito do inconsciente. Através da repetição e da transferência e das chamadas formações do inconsciente (atos falhos, chistes, sintomas, etc) de caráter metafórico e pontual.

3.3 O sujeito e o campo da linguagem

As leis que aqui estão implicadas dizem respeito ao reconhecimento do Outro como o campo da linguagem e estão intrinsecamente vinculadas à metáfora e a metonímia. Esse reconhecimento e essa autenticação do Outro como linguagem pode ser retomada via a constituição do sujeito, implicando os processos de alienação e separação. Primeiramente faz-se necessário analisar de que se trata esse Outro.

Em seu seminário de 1964, no que tange a questão do advento do sujeito, Lacan desenvolve a ideia de que o Outro é o lugar onde situa-se a cadeia significante. É o lugar que comanda o que vai presentificar-se do sujeito. Ou seja, é o campo no ser vivo onde o sujeito deve aparecer.

Partindo de uma discussão relacionada à dialética da pulsão, sua relação com a libido e com as questões biológicas implicadas na dinâmica sexual, Lacan (1964) anuncia que a sexualidade se instaura no campo do sujeito pela via da falta. Para ele há duas faltas que se recobrem.

Uma falta é aquela que diz respeito ao advento do sujeito, ao seu próprio ser em relação ao Outro. Em outras palavras, Lacan (1964) aborda o fato do sujeito depender primordialmente do significante. E mais, segundo ele o significante está

primeiro no campo do Outro. Encontramos aqui uma importante conceituação do Outro.

Segundo Lacan (1964), esta falta retoma outra falta que é real e anterior, situada no advento do ser vivo. Para ele esta falta real é o que o ser vivo perde, de sua parte de vivo, ao se reproduzir pela via da reprodução sexuada, há um objeto que é perdido nessa operação.

Sem adentrar nos pormenores dessa discussão, o que faz-se necessário aqui demarcar é que Lacan (1964) situa o fato de que o sujeito apenas sabe do objeto, porque a sua falta é sobredeterminada pela fala, já que é a linguagem que permite evocar ou designar o objeto como "perdido". Dito de outro modo, a dimensão dessa falta real é sempre correlativa da criação do sujeito pelo significante, na medida em que o sujeito começa no lugar do Outro. Retomaremos essa discussão a posteriori.

A partir dessa concepção acerca do campo do Outro, Elia (2010) assinala que o Outro na teoria lacaniana designa a ordem que o adulto encarna para o bebê humano. Essa ordem diz respeito a uma ordem social, histórica, humana, porém, acima de tudo é da ordem simbólica de que se trata. Ordem essa que é introduzida no ato de cuidar desse bebê por aquele que ocupa uma função materna.

Podemos pensar que a ordem simbólica contém a ordem social, cultural. Mas há uma diferença entre a categoria do Outro e a ordem social e cultural. Segundo Elia (2010) a ordem social é também imaginária, recheada de valores e significações. Para o autor

O Outro é o esqueleto material e simbólico dessa ordem, sua estrutura significante, a ordem do Outro que a mãe encarna para o bebê é uma ordem significante e não significativa. O que a mãe transmite é uma estrutura significante e inconsciente para ela própria e não simplesmente os valores culturais. Ordem significante que é por consequência *furada*, pois subtraída da dimensão que lhe daria completude e consistência. Portanto o que chega ao bebê através do Outro materno não é um conjunto de significações, valores e ideais culturais e sociais. O que chega a ele é o conjunto de marcas materiais e simbólicas - significantes - introduzido pelo Outro materno, que suscita no corpo do bebê um ato de resposta que se chama sujeito. O sujeito é, portanto, um ato de resposta (ELIA, 2010, p.35).

Diante disso pode-se afirmar que o bebê humano se constitui no campo da linguagem, ou melhor, se constitui como ser de linguagem. E mais especificamente: ele se constitui no domínio do verbal. Como indica Elia (2010) verbal é tudo aquilo que

está na dependência do verbo significante, não equivalendo exclusivamente às expressões que se dão por via oral. Desse modo, o verbal não é um domínio cognitivo, mas sim uma condição inerente ao ser falante. Tendo ele adquirido a aquisição da linguagem ou não. Ou seja, trata-se de um campo que contém e subsume o sujeito.

Temos a indicação de que toda criança nasce num mundo pré-estabelecido que a convoca a se posicionar diante do Outro, a dar uma resposta, o ato de resposta anunciado por Elia (2010). Mas como isso ocorre?

Esse ato está envolvido na alienação e na separação. Logo de saída, tem-se a referência de Lacan (1964) de que essas duas operações dizem respeito ao sujeito em sua mais intrínseca dependência significante ao lugar do Outro. Para ele tudo surge da estrutura do significante.

Lacan (1964) nos diz que a relação do sujeito ao Outro, nessas operações, se engendra num processo de hiância. Esses processos devem ser articulados como circulares entre o sujeito e o Outro, "...do sujeito chamado ao Outro, ao sujeito pelo que ele viu a si mesmo aparecer no campo do Outro, do Outro que lá retorna" (LACAN, 1964, p. 203). Processo circular, mas que não contém reciprocidade. Segundo Lacan (1964), por ser circular, é por natureza dissimétrico.

Fink (1998) avalia que nesse processo de constituição do sujeito temos duas partes envolvidas: a criança e o Outro. Para ele, essas duas partes têm pesos desiguais e a criança quase sempre acaba 'perdendo'. Isso quer dizer que, de alguma maneira, o bebê humano que vem ao mundo em um universo de linguagem pré-estabelecido é chamado a assujeitar-se a esse Outro.

Ao assujeitar-se é permitida à criança a entrada na linguagem, ou seja, ela se torna um sujeito de linguagem. Assujeitando-se ao Outro a criança pode ser substituída pelo significante. Estamos aqui diante da operação da alienação. Essa criança advindo como sujeito dividido desaparece por debaixo do significante.

Segundo Lacan (1964) a alienação envolve um *vel*, um *ou/ou*, em que se funda o sujeito. Para ele há algumas maneiras de empregar o *vel*. Há o *vel* exaustivo, onde 'tenho que escolher', 'ou um, ou outro'. Há uma outra forma de emprego do *vel*, que indica um 'tanto faz', posso escolher qualquer uma das opções. E há um terceiro *vel*, que está implicado na alienação.

Lacan (1964) indica que esse terceiro *vel* tem relação com a operação lógica da reunião (refere-se a lógica dos conjuntos matemáticos). Diferente da operação adição, onde reduplica-se o número de elementos dos conjuntos, a reunião não consiste na reduplicação. Segundo o autor, o *vel* da alienação se define pelas mesmas propriedades da reunião: qualquer escolha que se opere, há como consequência um 'nem um, nem outro'.

E mais, nesse seminário, Lacan (1964) defende a ideia de que esse *vel* da alienação envolve uma escolha exclusiva entre apenas uma das partes ou então a possibilidade de nenhuma das partes sobreviver. Ele retoma a situação do ladrão: 'A bolsa ou a vida!'. Se escolho a bolsa, perco as duas. Se escolho a vida, tenho uma vida sem bolsa. Invariavelmente trata-se de uma vida com algo faltando, a bolsa. Para Lacan (1964), antes de mais nada trata-se de uma escolha forçada.

O autor nos diz que no *vel* alienante há um confronto com o Outro, e desse modo o sujeito imediatamente sai de cena. Enquanto a alienação é o primeiro passo para ascender à subjetividade, esse passo envolve escolher o próprio desaparecimento, sua *afânise*. Escolhendo o ser, o sujeito desaparece.

Será que isso quereria dizer...que o sujeito está condenado a só se ver surgir *in initio*, no campo do Outro? Isto podia ser assim... A alienação consiste nesse *vel* que – se a palavra condenado não suscita objeções da parte de vocês, eu a retomo – condena o sujeito a só aparecer nessa divisão que venho, me parece, de articular suficientemente ao dizer que se ele aparece de um lado como sentido, produzido pelo significante, do outro ele aparece como *afânise*. (LACAN, 1964, p. 206)

Na alienação a criança escolhendo, lembrando que trata-se de uma escolha forçada, a sujeição à linguagem acaba por passar a expressar suas necessidades através do significante, podendo ser representada por palavras. Dessa maneira, podemos dizer que essa operação da alienação representa a instituição da ordem simbólica, e, por conseguinte, a atribuição de um lugar para o sujeito nessa ordem. Um lugar que ele não detém ainda, mas um lugar designado singularmente para ele. Essa é uma operação que deverá ser realizada novamente por cada sujeito

No que tange a segunda operação, a separação, Lacan (1964) indica que esta termina o movimento de circularidade da relação do sujeito ao Outro, inaugurando um outro tempo da constituição do sujeito. E distingue: enquanto a alienação está fundada

na lógica da reunião, a separação fundamenta-se na interseção ou produto. A interseção é constituída somente pelos elementos que pertencem à dois conjuntos.

O autor desenvolve a ideia de que diante de todas as mais diversas acepções que podem existir no termo separação, a palavra engendrar tem íntima relação com sua proposição dessa operação. Trata-se da pergunta: como o sujeito terá que se procurar? Para Lacan (1964), aí estaria a origem da palavra que designa em latim o ato de engendrar.

E mais, Lacan (1964) abordar a interseção envolvida na separação surgindo do recobrimento de duas faltas. É nesse momento de seu ensino que ele indica que, uma dessas faltas é encontrada pelo sujeito no Outro. Ou seja, é na intimação que o Outro faz por seu discurso. Dito de outra maneira, na experiência da criança surge, a partir dos intervalos do discurso do Outro, algo que pode ser formulado da seguinte forma: ele me diz isso. Mas o que é que ele quer?

Seria nesse intervalo que desliza o desejo. Para Lacan (1964) o desejo do Outro é capturado pelo sujeito nas faltas do discurso do Outro. Desse modo, ele analisa que todos os 'por quês?' das crianças dizem respeito na verdade, não a uma curiosidade inata, mas sim ao enigma do desejo do adulto.

Partindo desse momento do ensino lacaniano, Fink (1998) analisa que a separação envolve o confronto do sujeito alienado com o Outro. Mas desta vez não com o Outro como linguagem, mas como desejo. Este autor explica isso anunciando que a causa da presença física do sujeito no mundo foi um desejo de algo por parte dos pais de qualquer criança que vem ao mundo. Nesse ponto, podemos dizer de uma alienação a esse desejo pela via da demanda. Desejo que não obrigatoriamente desejo de ter um filho.

Então, quaisquer que sejam os desejos dos pais, eles são como a causa da presença física de um bebê e continuam agindo sobre a criança, mesmo após seu nascimento. Segundo Fink (1998), pode-se dizer que esses desejos são responsáveis, em grande parte, pelo advento do sujeito dentro da linguagem, na via da alienação aos significantes do Outro. Em outras palavras, o sujeito é causa do desejo do Outro, estando aí como objeto causa de desejo. Desse modo a alienação pode também ser compreendida em termos de desejo. Lembrando que desejo e

linguagem, na verdade, estão entrelaçados, fazendo parte da tessitura da mesma estrutura, do mesmo tecido.

Então, se na alienação temos o sujeito como causa do desejo do Outro, na separação encontra-se uma tentativa do sujeito alienado de lidar com esse desejo do Outro. Fink (1998) aponta para o fato de que a criança tenta sondar o desejo do Outro materno. Porém, esse desejo pode estar em constante mudança, e pode ser lido como um desejo por algo mais, um desejo para além da criança. Nesse ponto, segundo o autor, em algum momento essa criança esbarra com esse desejo materno por algo mais, sendo dessa maneira convocada a aceitar que pode não ser o único objeto desejo da mãe.

Em alguma medida, segundo Fink (1998), a criança fracassa em tentar complementar com perfeição o desejo da mãe. E isso opera uma expulsão do sujeito da posição de desejar ser o único objeto do desejo do Outro. Porém, para o autor faz-se necessário que o Outro materno desvele algum sinal de incompletude, de falibilidade ou deficiência para a separação se concretizar, e conseqüentemente para o sujeito advir como sujeito barrado.

Em outras palavras poderíamos dizer que esse Outro materno precisa demonstrar-se sujeito barrado, ou seja, sujeito desejante. Isto estaria implicado no mais alto grau com a falta e a alienação. Ou seja, o Outro materno necessita aparecer como faltante e alienado, como um sujeito que também se assujeitou aos significantes do Outro, a ação da divisão da linguagem.

Porém, na literatura lacaniana, podemos verificar que há algo que barra essa tentativa de completude, digamos, mãe-bebê. Ou seja, algo que barra o acesso gozoso da criança à mãe. Então, Fink (1998) assinala que aqui estamos diante da função paterna ou melhor, do significante do desejo do Outro.

O autor promove uma releitura de Lacan e afirma que a função paterna leva a assimilação de um nome, que neutraliza o desejo do Outro. Segundo Fink (1998) isso indica que, de algum modo, a linguagem protege a criança, através de uma substituição do desejo da mãe por um nome. Em outras palavras,

Em uma leitura literal, esse tipo de formulação sugere que o desejo da mãe é pelo pai (ou qualquer coisa que possa preencher o lugar dele na família), e que é então o nome dele que desempenha essa função paterna protetora através da nomeação do desejo do Outro materno (FINK, 1998, p. 80)

Estamos diante do elemento simbólico ativo nessa função: Nome-do-Pai. É esse significante para qual todos os outros representam o sujeito. O Nome-do-Pai é o significante binário que foi originalmente recalçado, constituindo, para Fink (1998), um significante singular que estabelece a condição de emergência de subjetividade. O Nome-do-Pai não é substituível, nem pronunciável.

O sujeito é, portanto, efeito do significante está submetido à sua lei e esse significante Nome-do-Pai se interpõe à relação dual, imaginária por excelência, permitindo a constituição de uma relação ternária, simbólica, instaurando o inconsciente. O inconsciente, nesse contexto, é definido por Lacan (1953) no texto *Função e Campo da Fala e da Linguagem em Psicanálise* como a “parte do discurso concreto, como transindividual, que falta à disposição do sujeito para estabelecer a continuidade de seu discurso consciente”. (p. 260).

3.4 o sujeito e o campo do gozo

Segundo Quinet (2010) só podemos pensar o sujeito e sua relação com o campo do gozo a partir da conceitualização do objeto *a*. Para o autor é a partir do conceito do objeto *a* que é possível discutir sobre a subversão do sujeito. Para ele, é esse conceito que permite a Lacan propor um novo campo estruturado por aparelhos de linguagem que determinam as relações entre as pessoas, ou seja, os laços sociais.

O objeto *a* e o campo do gozo estão em intrínseca relação com o campo da linguagem. Na verdade, o objeto *a* é um elemento que se dá como produto da própria estrutura da linguagem. O que isso quer dizer? Esse objeto advém do fato de que a linguagem não é capaz de cobrir e representar por completo o falante. Freire (2002) indica que para a psicanálise o campo da linguagem diz de uma estrutura não-toda, exatamente na medida que, em termos lógicos, não consegue cobrir tudo o que possa vir representar o ser do falante. Essa função lógica, não se refere a um objeto da realidade empírica. O objeto aponta para o fato de que no campo da linguagem há uma impossibilidade estrutural de tudo se representar.

Freire (2002) aponta para o pressuposto que toda criança, enquanto ainda não foi capturada pela linguagem é um ser de gozo, para demonstrar que Lacan designa

o resto como resto de gozo. Por sua vez, o objeto *a* seria uma alteridade estrutural que, pela linguagem, é o resto de gozo irrecuperável. A própria estrutura significante, que transforma a criança em sujeito significante, mortificando o vivente (a letra mata), demonstra a intrínseca relação entre o significante e o resto de gozo na constituição do sujeito.

Freire (2002) indica que estamos diante do que Lacan nomeou extração do objeto *a*. Segundo a concepção lacaniana trata-se de uma ação que constitui o sujeito, onde este dá como resposta a admissão de que não há estruturalmente uma garantia de tudo significar. Ou seja, de tudo vir a se completar no campo do Outro.

A autora afirma com Lacan que esse furo no campo do Outro só tem consequências na constituição do sujeito, a partir da resposta do próprio sujeito. Dito de outra forma, é a partir do momento em que o sujeito consente na perda de algo, ou seja, perda de gozo.

Dessa maneira, para que o campo do Outro tenha efeito de causa de desejo, faz-se necessário que o sujeito perca sua garantia de gozo. O fato do sujeito se submeter ao significante, à sua lei, descredencia esse mesmo sujeito à fusão total com um outro e conseqüentemente há uma recusa de gozo.

Nesse sentido, a subversão do sujeito diz respeito a esse não acesso ao gozo pleno, ou seja, a castração. Desse modo há também uma barra no Outro (*A*), indicando uma falta do Outro. E como vimos o gozo está limitado por uma interdição imposta pela própria estrutura da linguagem, pela lei do significante.

Porém, ao discutir acerca do sujeito e do campo do gozo, também não podemos perder de vista a questão da repetição. Nesse ponto faz-se necessário lembrar que Lacan (1964) distingue duas vertentes da repetição: o autômaton e a tique.

Partindo das considerações de Freud nos textos “Recordar, repetir e elaborar” (1914) e “Além do princípio do prazer” (1920), acerca da função da repetição na neurose traumática, Lacan (1964) desenvolve a ideia de uma resistência do sujeito que se torna repetição em ato (ato, aqui, não adquire o sinônimo de comportamento). Para ele, em última instância, o que Freud descobriu diante dessa repetição traumática, diz respeito a um encontro marcado com um real que sempre nos escapole. Segundo o autor, dessa maneira, não devemos confundir a repetição nem

com um simples retorno dos signos, nem com uma reprodução, nem com uma rememoração agida.

Nesse momento de seu ensino Lacan (1964), a partir dessa ideia de repetição em ato, distingue o autômaton, que em um primeiro momento é descrito como a rede dos significantes, da tiquê, que seria o encontro do real.

Primeiro a *tique* que tomamos emprestada, eu lhes disse da última vez, do vocabulário de Aristóteles em busca de sua pesquisa da causa. Nós a traduzimos por *encontro do real*. O real está para além do *autômaton*, do retorno, da volta, da insistência dos signos aos quais nos vemos comandados pelo princípio do prazer. O real é o vige sempre por trás do *autômaton*, e do qual é evidente, em toda a pesquisa de Freud, que é do que ele cuida. (LACAN, 1964, p. 59)

Diante dessa concepção da repetição, leva-se em consideração a ideia de Quinet (2010) de que o sujeito no campo do gozo não é mais definido somente pela divisão, a *spaltung*. O sujeito nesse campo também estaria participando do real e seria efeito do objeto *a*. Dessa maneira para o autor, vemos o gozo se manifestar na repetição, que é repetição significativa, constituindo o inconsciente como uma rede de saber. E vemos o gozo se presentificar como traço unário (S1), comemorando a irrupção de gozo. Segundo ele, a perda e a produção de gozo próprios da repetição encontra-se representada no objeto *a* como mais-de-gozar.

Quinet (2010) aponta para o fato de que aqui, não estamos mais somente diante do significativo, como o Nome-do-Pai, que barra o gozo no campo da linguagem. Estamos também diante do significativo como causa do gozo.

Quinet (2010) afirma que

O campo do gozo com seus discursos é a resposta de Lacan ao mal-estar na civilização apontado por Freud, que afirma ser a relação entre as pessoas a maior fonte de sofrimento humano. O mal-estar é representado nos discursos por esse elemento heterogêneo, o objeto *a*, que significa a parte excluída da linguagem e aquilo que a civilização exige do homem a renúncia, ou seja, a pulsão, redefinida nesse campo como 'a deriva do gozo'. Elemento hetero, objeto *a* o que é excluído da civilização, o objeto da pulsão. (p. 28)

Para este autor, o sujeito no campo do gozo não é propriamente o sujeito da fala, e sim o sujeito implicado no gozo do laço social. Antes de entrarmos no discurso acerca do enodamento do sujeito e laço social, faz-se necessário discutirmos a questão do sujeito na psicose e no autismo. Essa discussão se faz importante na medida em que esta dissertação se insere em uma perspectiva de pensar como o

enodamento do sujeito, laço social e rede é possível na saúde mental. E mais especificamente, na medida em que o fragmento do caso clínico aqui apresentado se encontra no intermédio do âmbito das psicoses e do autismo.

3.5 Breves indicações sobre o sujeito na psicose e no autismo

Esta dissertação não tem a intenção de abordar um diagnóstico, nem mesmo o diferencial entre os tipos de psicose e o autismo. Porém, acreditamos ser importante discutir brevemente a constituição do sujeito nessas categorias diagnósticas para uma melhor elucidação do fragmento de caso.

Também se entende que esse trabalho se insere em uma perspectiva de pensar o laço social e a constituição de rede, levando em consideração a radicalidade de resposta do sujeito diante do Outro existente tanto na psicose como no autismo.

Através da leitura que Quinet (2010) realiza do ensino de laciano, temos a indicação que no campo da linguagem, a psicose tem como referência alguns pontos cruciais que se enodam: primeiramente a forclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro e um desregramento de gozo, por falta do apoio fálico.

No seminário “As psicoses” (1956) Lacan retoma a distinção das defesas na neurose e na psicose realizada por Freud, discute longamente a paranóia no caso Schreber e articula algumas conceituações do Nome-do-Pai. A partir dessas discussões, ao final, Lacan (1956) propõe traduzir a *Verwerfung* (rejeição) por forclusão.

Nesse momento esse termo adquire um estatuto de um mecanismo específico da psicose, definido a partir da paranoia. Porém, o que se faz necessário ressaltar é que nesse seminário Lacan (1956) já afirmava que esse mecanismo consiste na rejeição primordial de um significante fundamental para fora do universo simbólico do sujeito.

De que se trata quando falo de *Verwerfung*? Trata-se da rejeição de um significante primordial em trevas exteriores, significante que faltará desde então nesse nível. Eis o mecanismo fundamental que suponho na base da paranóia. Trata-se de um processo primordial de exclusão de um dentro primitivo, que não é o dentro do corpo, mas aquele de um primeiro corpo de

significantes. É no interior desse corpo primordial que Freud supõe se constituir o mundo da realidade, como já pontuado, já estruturado em termos significantes. (LACAN, 1956, p. 178).

A partir desse marco conceitual temos a proposição de que o Nome-do-Pai, esse significante binário, singular, para o qual todos os significantes representam o sujeito, é rejeitado pelo psicótico, o que leva a uma não inscrição desse significante. Guerra (2010) comenta que na foraclusão podemos falar de uma operação que não se inscreveu em tempo hábil. O resultado disso é que sua função perde sua força e os efeitos simbólicos tornam-se inoperantes.

Dessa maneira, temos por um lado a não assimilação de um significante primordial que estruturaria de outro modo o universo simbólico do sujeito. Por outro podemos abordar a possibilidade de existência de uma frágil barreira entre mãe e criança.

Partindo das considerações de Lacan (1956) leva-se em consideração que com a não assimilação do significante primordial, do ponto de ancoragem, o restante dos significantes assimilado está condenado a navegar à deriva. Então, o próprio significante sofre diversos remanejamentos.

Por isso que Guerra (2010) indica que o psicótico, muitas vezes, recorre a palavras com o estatuto de coisa, na medida em que são elas que, ainda que esvaziadas de sentido, encontram-se à sua disposição. Podemos perceber isso na construção delirante, onde se estabelece uma tentativa de lhes conferir uma significação inventada e originalmente ausente.

Em relação à operação de sujeição ao Outro na constituição do sujeito, Fink (1998) acredita que a psicose pode ser entendida como uma forma de “vitória” da criança sobre o Outro. A criança não se submete por completo ao Outro e abre mão do seu advento como sujeito dividido para não se sujeitar ao Outro como linguagem. Já que Lacan (1964) fala de uma escolha na sujeição do sujeito ao Outro, para Fink (1998) podemos dizer que na não-sujeição psicótica também há uma escolha.

No que diz respeito a relação mãe-criança, temos então que na psicose a barreira entre a criança e a mãe não é erguida de forma suficientemente sólida. Com o significante Nome-do-Pai foracluído não se consegue limitar o acesso da criança à mãe. Ou seja, esse significante não é capaz de neutralizar o gozo da criança, e esse

gozo irrompe na vida, dominando-a e invadindo-a. Os efeitos dessa carência significativa retornam como gozo no real. Na psicose, por não haver extração do objeto *a*, este emerge no campo da realidade como olhar e/ou voz.

Daí temos a indicação de que o que não se escreve simbolicamente pelo contorno significativo retorna sob a forma de alucinação no real. Como retoma Guerra (2010), com Freud e Lacan, é do exterior que retorna o que foi abolido internamente, fazendo coincidir o real com o inconsciente.

Nesse ponto abordamos a indicação de Freire (2002) que a forclusão implica uma rejeição de um pai que diga não ao gozo. O que para a autora acarreta em uma invenção psicótica de um Outro, de um pai gozador. Mais uma vez podemos ratificar a ideia de que na psicose há uma resposta infável frente à presença do Outro prévio.

Se por um lado na neurose temos o Nome-do-Pai (ou função paterna) relacionado com a extração de gozo como resto, ou seja, extração do objeto *a*, por outro temos na psicose a ausência de extração de gozo e do objeto *a*. Essa proposição pode ser validada quando Lacan (1967) em seu “Pequeno discurso aos psiquiatras” indica que o psicótico “carrega o objeto *a* no bolso”.

A abordagem da forclusão por Lacan (1956) também indica que este mecanismo não permite ao sujeito nomear-se. Considerando essa indicação Guerra (2010) avalia que, a princípio, haveria uma impossibilidade do psicótico de formular uma questão sobre seu ser, que poderíamos traduzir na pergunta: quem eu sou? E segundo a autora, a essa impossibilidade articula-se uma resposta que provém do real, de fora.

Em relação à questão do autismo (Bleuler, em uma primeira tentativa de caracterização, definia como a incapacidade de se vincular ao mundo externo na esquizofrenia), segundo Freire (2002) estamos diante de um caso-limite de constituição do sujeito na sua relação com o Outro. Como já visto, o sujeito é uma resposta ao campo do Outro e ao objeto *a*. E para Freire (2002) no autismo nos encontramos com uma resposta extrema de tentativa de uma certa anulação da presença maciça do Outro. Se estamos diante de uma tentativa de anulação do Outro, qual seria o estatuto do sujeito no autismo?

Segundo esta autora, nesses casos podemos sim falar de sujeito, já que há uma resposta, mesmo se tratando de uma tentativa de anulação. Porém, para ela trata-se de sujeito inconstituído, ou a se constituir.

Freire (2002) aborda o autismo como uma forma de vivência de um excesso vindo do Outro. Diferente de um sujeito que se constitui a partir da extração do objeto e do esvaziamento do campo do Outro, o que parece não operar no sujeito autista. Dessa maneira, segundo a autora, os autistas documentam que o Outro não é suficiente para que um sujeito se constitua como desejante.

Estaríamos diante de uma espécie de negação como resposta do Outro e da conseqüente aproximação do campo do Outro e do campo do gozo. Dito de outro modo, se trata de um Outro extremamente gozador. Segundo Freire (2002) a tentativa de anulação advém como o único recurso/resposta do sujeito diante desse Outro gozador, esforçando-se para frear a invasão de gozo.

Se temos na psicose a ideia de que o delírio é uma tentativa de barrar o gozo, para Freire (2002) no autismo presenciamos os esforços de inscrição no real de alguma diferença, mínima que seja, entre o sujeito e o outro. É o que demonstram as ecolalias e as estereotípias.

3.6 Sujeito e laço social: política e clínica

Para Quinet (2010), logo de saída para pensarmos a questão do laço social, temos a indicação que o laço social está estruturado a partir do impossível, que é um dos nomes que pode ser dado ao real. Para ele há uma diferença entre a abordagem do campo da linguagem e do campo do gozo. Essa diferença se insere em uma perspectiva de que o campo da linguagem indica o simbólico com suas possibilidades de articulação do significante, ou seja, a metáfora e a metonímia, e do desejo.

Porém, segundo o autor, desde a conceituação desse campo Lacan já indicava a existência de uma impossibilidade nos circuitos simbólicos, o que pode ser encontrada, por exemplo, na discussão presente no “Seminário sobre ‘A carta roubada’” (1966). Estaríamos, desse modo também no campo do gozo, com suas impossibilidades e contingências.

Diante disso, o laço social para Quinet (2010) trata-se de depreender no campo da linguagem o que é da possibilidade e da impossibilidade de escritas do simbólico, do significante. Já no campo do gozo, trata-se da verificação do que se articula a partir do impossível como real, ou seja, o impossível de ser escrito e de ser suportado. Para esta dissertação cabe lembrar que essa diferenciação se dá no nível conceitual, pois sabemos que no que concerne ao sujeito, esses dois campos, com suas escritas, impossibilidades e contingências enodam-se e articulam-se, mostrando-se intrinsecamente imbricados.

Como já apontado anteriormente nesse capítulo, sabemos que o real é tributário da pulsão de morte não simbolizável. E isto retorna no laço social sob forma de gozo e provoca o mal-estar na civilização, na relação entre os homens. Nesse sentido, para Quinet (2010) todo laço social é um discurso determinado pelo gozo e sobre o gozo. Sem adentrar na teoria dos quatro discursos, o que se faz necessário pensar para esta dissertação é que no que tange a questão do laço social, podemos dizer que os discursos são como aparelhos de linguagem que estruturam o campo do gozo. Mais uma vez ratificamos o fato de que gozo, linguagem e laço social estão intrinsecamente enodados, pois

Mediante o instrumento da linguagem, o discurso instaura relações fundamentais e estáveis no campo do gozo, a partir de uma série de enunciados primordiais que determinam aquele laço social específico. Trata-se de um discurso sem palavras, pois não há necessidade de enunciações para que nossas condutas, nossos atos se inscrevam no âmbito de certos enunciados primordiais. Um discurso que não precisa da fala para estar atuando (QUINET, 2010, p. 30).

Em outras palavras, o autor indica que se o laço social não é da ordem do dito, não significa que ele não esteja implicado na ordem da linguagem. Para ele, não estamos no campo do dito, e sim de um dizer. E um dizer não é obrigatoriamente da ordem da fala, mas funda um fato. E o que seria especificamente esse fato? Para Quinet (2010) o fato nada mais é que os laços entre as pessoas.

E se estamos diante do laço social, o que se depreende de uma clínica que leva em consideração esse laço? Como demonstra o autor, essa clínica é uma clínica do ato. Ato que anuncia a posição política da psicanálise de assegurar que o laço social é um modo de tratamento do gozo, ou do mal-estar, pela linguagem.

Nessa dissertação temos como reflexão pensar o laço social e a articulação de redes singulares de cuidado no campo da saúde mental. Para tanto, faz-se necessário designar que essa articulação se deu a partir da perspectiva da construção de um caso clínico.

3.7 A construção coletiva do caso clínico: articulação de laço social, rede e sujeito

Para que o trabalho de construção do caso fosse operado levamos em consideração as seguintes indicações teóricas de Viganó (2010a, 2010c) e Figueiredo (2012).

A partir da experiência de construção do caso clínico na *Escola de Especialização em Psiquiatria da Universidade de Milão*, Viganó (2010c) propõe a construção do caso, como um método avaliativo que permite colocar no centro do trabalho em saúde mental a operação lógica que diz respeito ao sujeito.

Para compreender melhor essa proposta, o autor retoma a origem etimológica das duas palavras em situação *caso* e *clínica*. Da palavra *caso* advindo do latim *cadere*, cair para baixo, Viganó (2010a) sublinha a significação de “ir para fora de uma regulação simbólica; encontro direto com o real, com aquilo que não é dizível, portanto, impossível de ser suportado” (VIGANÓ, 2010a, p. 118). Por sua vez, retoma a palavra *clínica* que vem do latim *klinein* e significa leito. A clínica é tomada então como ensinamento que vem do leito, diante da presença do sujeito. Esse ensino de que se trata não é teórico, não se dá a partir do universal, mas a partir do particular, do singular do sujeito em jogo.

Poderíamos ler dessa aproximação etimológica que a construção do caso se dá a partir da singularidade do sujeito, ou seja, a partir daquilo que escapa no seu dizer, escapa da ordem simbólica. Ou seja, a partir de fragmentos, de restos, de pedaços.

Figueiredo (2012), por sua vez, propõe uma pesquisa de desenvolvimento do método da construção coletiva do caso clínico em equipes de saúde mental, objetivando levar subsídios para o trabalho clínico multidisciplinar e interdisciplinar, de

forma que se possa contribuir para o trabalho em rede já indicado nessa dissertação. Além de valorizar o trabalho em equipe e possibilitar a desconstrução de formas de trabalho padronizadas e já institucionalizadas no interior da rede de atenção psicossocial

Sabendo que a construção do caso clínico deve ser norteada pelos referenciais clínicos e teóricos da psicanálise, situamos essa proposta dentro daquela referência já citada da psicanálise aplicada. E indicamos que é a presença do profissional concernido que pode operar essa construção, possibilitando a construção de redes singulares. Desse modo, destacamos alguns balizadores teóricos e algumas coordenadas clínicas que foram utilizadas no processo de construção parcial do caso clínico.

Figueiredo (2012) aponta cinco desses balizadores teóricos da psicanálise, extraídos de conceitos centrais advindos dos ensinamentos de Freud e Lacan, que funcionam como norteadores na construção coletiva do caso clínico – esses são os cinco balizadores principais, porém outros conceitos da psicanálise também somam-se como norteadores. A saber: a noção de sujeito, definida anteriormente neste capítulo; transferência tomada como o modo particular de vínculo do sujeito com o profissional, com a equipe ou com a instituição, devendo ser considerada em suas diferentes manifestações e como o que dá suporte a um trabalho clínico; inconsciente como a instância psíquica que se manifesta no dizer do sujeito, através dos sintomas, dos lapsos, dos chistes, das associações (formações do inconsciente) ou dos delírios e alucinações (inconsciente a céu aberto); repetição aparecendo como o funcionamento psíquico detectável na experiência do sujeito, através dos atos (acting-out), das palavras (autômaton) ou da repetição no real (tique/encontro com o real, inominável); e pulsão diferenciada de instinto, aquela que está na borda, na fronteira, atravessando o psíquico e fazendo seu retorno sobre corpo, nunca sendo domesticável.

Visto que a tarefa de construção recai sobre as ações clínicas do profissional, de uma equipe, ou de uma rede de cuidado, para nós o vértice desse trabalho enfatiza que o caso clínico é um instrumento de operação política do profissional concernido em seu percurso na RAPS.

3.8 A cafifa de Jacob

A primeira narrativa: um garoto ‘sem corpo’

Inicio o acompanhamento a Jacob, adolescente de 17 anos, logo quando começo a trabalhar como psicóloga em um Capsi em maio de 2015. Assim que entro neste serviço, o diretor em exercício na época me diz que acreditava ser importante minha “entrada” no caso, porque se tratava de uma situação de desinstitucionalização e ele tinha notícias de minha experiência anterior com esse tipo de trabalho em saúde mental, pois eu havia feito parte de uma equipe de um Serviço Residencial Terapêutico.

Jacob estava internado no serviço de internação para crianças e adolescentes, que aqui nomearemos SI, do Hospital Psiquiátrico do município, há um ano e um mês. Logo de saída soube que havia falas dos profissionais que cuidavam do adolescente de que o Capsi tinha “entrado no caso” há pouco tempo e até esse momento, ele estava sob os cuidados somente da equipe do SI (composta de serviço de enfermagem, técnico de referência, estagiários de psicologia e serviço social e médico psiquiatra).

Quando inicio o trabalho Jacob vinha sendo acompanhado no Capsi por dois AD (Acompanhantes Domiciliares) e pelo técnico de referência, na época o diretor do serviço. Vale ressaltar que a função AD na rede do município do Capsi (essa função existe praticamente em todos os serviços desta RAPS) equivale à função de um acompanhante territorial, ou seja, profissionais que desenvolvem trabalhos no território de uma forma geral.

A chegada de Jacob no SI se dá após longo período de abrigamento. O adolescente foi abrigado pela primeira vez com mais ou menos 7 anos de idade, quando sua mãe perde sua guarda, chegando a passar por alguns serviços da Assistência Social em outro município. Segundo documentos e relatos da avó materna, a mãe de Jacob faz uso abusivo de álcool e drogas desde muito jovem. Esses períodos de abrigamento foram intercalados por alguns retornos à casa da mãe

e por algumas passagens em Hospitais psiquiátricos e Hospitais gerais. Ele já havia sido acompanhado por outro Capsi, em outro município.

Logo antes da internação no SI, o adolescente passou cerca de um mês morando com a avó, que tinha sua guarda provisória por seis meses - ela também tinha a guarda provisória de outros três irmãos mais novos de Jacob. Ela o levou para a internação depois de várias situações de auto e hetero agressividade, em que ele chegou a quebrar uma janela de vidro em sua casa, machucando gravemente o braço. Vale ressaltar que Jacob chega ao SI já com diagnóstico de Retardo moderado e Autismo. Essas informações foram colhidas em registros documentais (prontuário e relatórios).

Nas primeiras semanas de trabalho tivemos reunião para discussão deste caso com a equipe do SI e com a equipe do Capsi. Os profissionais do serviço de internação falaram sobre a chegada de Jacob na internação. Relataram que o adolescente chega bastante agressivo - que na realidade se tratava de auto agressividade - e agitado. Jacob se mordida e quebrava coisas constantemente. A equipe se referia a uma “cena de horror”, situações em que “jorrava sangue”. A coordenadora relatou que nessas situações parecia que Jacob era “sem corpo”.

Foram meses de internação onde, segundo a equipe, o adolescente quase não falava, praticamente não existia possibilidade de mediação pela palavra e apresentava na maior parte do tempo esse quadro de autoagressão. Segundo equipe, aos poucos, com o passar do tempo, Jacob foi estabilizando e podendo dizer algumas palavras, fazer pedidos em frases curtas. Perguntava pela mãe e pela avó, pedia para jantar ou almoçar.

Quando perguntei para a coordenadora de que se tratava esse “sem corpo”, ela me responde que todos ficavam espantados com as autoagressões, parecia que ele “não sentia dor”, que era como se aquele corpo não fosse o dele.

Bom, nos deparamos com fragmentos de narrativas de uma instituição sobre o paciente. As narrativas (da família, dos profissionais, etc), como indica Figueiredo (2012) fazem parte da história contada sobre o sujeito e essa história é também material de trabalho para construção de um caso. Porém essas narrativas não resume o caso.

Partimos dos binômios balizadores - *história x caso e conceitos x distinções* - da construção do caso clínico indicados por Figueiredo (2004). Em relação ao primeiro binômio (retomaremos o segundo adiante), leva-se em consideração a distinção entre história e caso, sabendo que os dois não estão em contraposição. A história diz respeito ao relato clínico, que contém essas diversas narrativas, com detalhes de cenas e conteúdos.

Já o caso é tomado como o produto das intervenções dos diversos profissionais envolvidos, mas especificamente o que é decanto dos relatos. Vale ressaltar que não se trata de uma formalização teórica, nem de uma elaboração de saber sobre o paciente. Trata-se de operar com os significantes do sujeito, com as possíveis respostas do profissional concernido em seu ato e com os efeitos que daí emergem. Essa operação possibilitando alinhavar certos significantes, escrevendo o caso a partir do discurso.

Vejamos, aqui podemos delimitar um primeiro momento do caso clínico. Estamos diante das primeiras letras da escrita de um fragmento de construção de um caso clínico, com uma pergunta que ecoa: mas de que se trata esse “sem corpo” enunciado?

Um significante que faz borda

Esse momento em que Jacob começa a dizer algumas coisas, a fazer pedidos, é também o momento da entrada do Capsi no acompanhamento. Primeiro, os profissionais iniciam um trabalho de visitá-lo no SI. Logo depois, os AD's começam a buscá-lo no SI, levá-lo ao Capsi, como também à almoços na casa da avó.

Todo esse trajeto era realizado de ônibus. Já podemos vislumbrar uma rede singular de Jacob sendo construída a partir da perspectiva da territorialidade: SI, ônibus, Capsi e casa da avó. Ela era a única familiar que oferecia cuidado para o adolescente. Além de ser a pessoa que administrava seu dinheiro, uma pensão por morte do pai. Quase todas as semanas a avó ia ao Capsi deixar algum dinheiro e visitá-lo. Ela dizia que não sabia cuidar de Jacob. Falava que nunca tivera muito contato com o neto e que passou a conhecê-lo melhor quando ele foi morar em sua

casa, logo antes de sua internação no SI. Também relatava ter muito medo dele, que não era possível sair com ele na rua, além de não ser possível para ela voltar a morar com ele. É nessa ocasião que inicio trabalho como técnica de referência.

Nos meus primeiros contatos Jacob chegava ao Capsi, os braços cheios de marcas, pedindo “limão”. O AD dizia que “limão” era a forma que ele se referia ao biscoito de limão, seu preferido. Durante o tempo que permanecia no serviço Jacob falava muito pouco, se restringindo a repetir algumas palavras e frases soltas, ou palavras ditas por outras pessoas de forma ecológica. Se alguém dizia: “Jacob, não pode entrar nessa sala”, o adolescente repetia: “Não pode”, apontando o dedo. Cantava alto trechos de músicas melodicamente. Quando perguntávamos algo Jacob, na maioria das vezes, não respondia.

Em alguns momentos assemelhava não ser possível para o adolescente enunciar palavras e frases articuladas, espontâneas. Como se estas não pudessem ser palavras suas. Elas aparentavam ser sempre repetidas automaticamente, literalmente vindas do Outro. Dessa maneira Jacob parecia atestar a radicalidade da alienação: estamos todos assujeitados aos significantes do Outro, que primordialmente não são nossos. As palavras, as letras, o significante vem do Outro. Ao mesmo tempo, posso dizer que era como se estivesse diante de algo semelhante ao “chumbo na malha da significação” descrito por Lacan no Seminário “As psicoses” (1956).

Além disso, andava de um lado para outro e cortava folhas de revistas ou jornais em pedaços de fitas de papel, que iam para o chão, até sobrar um pedaço em sua mão que ele passava a balançar repetidamente no ar. Depois jogava a fita que sobrou no chão e repetia todo o processo durante o tempo que permanecia no Capsi, em todos os dias que ia lá. Ao fim desse processo, sobravam vários pedaços de papel de revista ou jornal no chão, que quando solicitado por alguém da equipe ele recolhia e jogava no lixo. Normalmente se direcionava a mim quando precisava pedir alguma coisa, como por exemplo almoço. Por algumas vezes ele ficava agitado e pedia para ir embora.

Aos poucos, com o passar dos atendimentos pude observar que nessa ação estereotipada de rasgar pedaços de papel existia uma certa lógica e um certo cálculo. As fitas tinham sempre o mesmo formato e mesma espessura. Aqueles pedaços que

não saiam de acordo com esse cálculo, ele descartava. Muitas vezes Jacob rasgava os pedaços de papel em momentos em que estava agitado e por vezes rasgava com a boca.

Posso dizer que estava diante da tentativa, no real, de extração do objeto *a*? Esse objeto, que não tendo sido extraído no processo de constituição do sujeito, pela operação simbólica, é constantemente jogado fora restando sempre um? Porém uma pergunta se fazia mais importante: era possível para Jacob dizer algo sobre essa ação aparentemente estereotipada?

Ao balançar a fita de papel no ar ele falava algo, que no início parecia ininteligível, mas que depois pude recolher que se trata da palavra “cafifa”. Sim, aquele pedaço de papel se tornou um objeto nomeado e utilizado por ele, a cafifa de Jacob, que ele soltava todos os dias em que ia ao Capsi. Estamos diante de um significante que faz contorno, que torna as coisas nomeáveis e utilizáveis.

Aos poucos pude ir entendendo que o “sem corpo” se tratava de um corpo sem borda significante. E a cafifa de Jacob parecia ser um significante que podia fazer contorno a esse corpo sem contorno. Dito de outra forma ao gozo do corpo sem contorno. É o campo da linguagem permitindo uma aparição do sujeito Jacob.

Nesse ponto faz-se importante ressaltar que para a construção do caso levamos em consideração o segundo binômio proposto por Figueiredo (2004) *conceito x distinção*. Para operar essa escrita alguns conceitos da psicanálise (sujeito, objeto, campo do gozo e da linguagem, etc) que já foram elucidados nessa dissertação, são postos em questão nos pontos marcantes do caso. Porém, aqui não se faz necessário realizar uma definição exata de seus significados. Eles são tomados a partir de algumas distinções necessárias para que se possa conduzir o caso.

Dessa maneira, pode-se dizer que o “sem corpo” comparece como um corpo sem contorno, sem borda e estamos diante do campo do gozo, um gozo do corpo, pois não houve, digamos, a extração do objeto *a*. Campo do gozo e campo da linguagem imbricados na possibilidade de aparição do sujeito.

Com o passar do tempo de acompanhamento, Jacob passava a enunciar, as vezes de forma repetida, frases como por exemplo, “céu azul”, ou “Jacob, não pode!”, ou “Jacob, vou te bater”, apontando o dedo. As frases que aparentavam vir prontas do Outro. Em algumas ocasiões falava algumas palavras que pareciam ser

neologismos, acompanhadas de uma certa melodia ao serem ditas por ele, por exemplo, “estrebulon”. Na maioria das vezes falava essa palavra de frente para a parede, levantando a mão esquerda.

Durante tentativa de construção de Projeto terapêutico singular, alguns profissionais do Capsi pensaram em inserir Jacob em uma oficina de produção de cafifas, porém ele não demonstra nenhum interesse. Ao mesmo tempo, nesse período fizeram-se necessárias algumas intervenções minhas em algumas situações de certa tensão dentro do serviço, junto ao adolescente. Situações onde, por exemplo, Jacob demonstrava certa exaltação e agitação e alguns profissionais com medo queriam pedir ambulância do Hospital para levá-lo de volta ao SI.

Já em uma tentativa de transmissão de um trabalho clínico para equipe, eu afirmo a necessidade de podermos suportar e manejar essas situações dentro do Capsi, coisa que anteriormente nunca acontecia. A primeira resposta da equipe a essas situações era levá-lo de volta ao SI na ambulância. Vemos aqui os primeiros sinais da institucionalização, que pode ser lida mais ou menos na seguinte fórmula: o único local que consegue lidar com Jacob é o Hospital.

Ao mesmo tempo, quando estava no Capsi ou no SI Jacob repetia diversas vezes “Fulana ta no bar bebendo”. Se referia à mãe de forma aparentemente aleatória, frases que voltavam a se repetir diante da ausência de alguma pessoa próxima a ele. Por exemplo, quando sua avó marcava de ir visitá-lo e não comparecia ele dizia referindo-se ao nome da avó, “Fulana tal ta no bar bebendo”. Ou quando um dos AD’s parou de trabalhar no Capsi e diante da ausência dele dizia “Fulano ta no bar bebendo”. Jacob tem um saber sobre sua mãe (“no bar bebendo”) que se estende aos demais ausentes.

Nesse período ocorre a primeira reunião na pesquisa da construção coletiva do caso clínico sobre o caso de Jacob. Dessa primeira reunião foram tiradas algumas direções clínicas. Primeiro, diante desse modo de se apresentar de Jacob, faz-se necessário que os diversos profissionais da equipe marquem a postura clínica de uma presença despretensiosa, que não exija a participação em uma atividade específica, por exemplo, oficina de cafifas. A cafifa de Jacob era uma cafifa singular, uma cafifa para ele e só dele.

Segundo, ratificação da possibilidade de suportar e manejar as situações de agressividade e agitação que aconteciam no Capsi. Permitindo uma lógica de trabalho que pode marcar uma diferença das narrativas “ele é agressivo”, “as pessoas têm medo dele”. Narrativas essas dos diversos profissionais do Capsi e do SI, como também da avó.

Essa direção também aponta para um possível rompimento com o discurso da institucionalização. Há pessoas e outros lugares, além do Hospital, que podem dar suporte a Jacob. Existem outros possíveis espaços de tratamento.

Após algum tempo Jacob começa espontaneamente a pedir para andar de ônibus. Seus pedidos, muitas vezes, eram esses. Dizia repetidas vezes: “andar de ônibus” ou “quero sair”.

E aos poucos Jacob intensifica seus pedidos para sair, para andar de ônibus. Começo a realizar saídas com Jacob com outros trajetos, que não só ao Capsi e à casa da avó. Por exemplo, acompanhá-lo em eventos musicais no Teatro Popular, idas ao centro da cidade para retirada de documentos de identidade, passe-livre, etc. Além de intensificar as idas à casa de sua avó. É a inclusão social operando a possibilidade de laço social.

Durante essas saídas Jacob cantava trechos de músicas dentro do ônibus, pedia “Limão” ou “italiano” (tipo de salgado de queijo e presunto). Levava sua cafifa consigo e durante o trajeto a “soltava” com seu gesto de balançar. Nas idas à casa da avó Jacob logo levantava no ônibus quando ia chegando perto do ponto de descida e sabia o caminho até a casa.

Sua avó conseguiu nos acompanhar, eu e a AD, em algumas idas ao centro da cidade. Ela se mostrava sempre muito receosa em sair com ele. E pouco lhe dirigia a palavra. Por diversas vezes Jacob a tocava e pedia “quero ir na sua casa”, ou “quero comer italiano”. Ela tinha dificuldade de lhe responder. Alguns momentos o ignorava, em outros resumia-se a dizer “você vai”.

Quando estranhei essa dificuldade que ela apresentava de falar com neto, ela disse acreditar que Jacob não entendia nada do que falávamos para ele. Aos poucos, diante das pontuações e dos estranhamentos dos profissionais, a avó pode, em alguns momentos, construir formas de falar com Jacob. Começou a responder “na

próxima semana você vai lá em casa”. Ou perguntava “o que você quer almoçar? ”. Jacob respondia “linguiça, macarrão”.

Ao mesmo tempo, parecia que a avó se sentia mais segura em sair com o neto na presença dos profissionais. Em alguns momentos ela dizia que ele estava bem melhor.

A tessitura de uma rede singular

E com uma frequência maior Jacob solicitava várias coisas. Pedia para andar de ônibus, para sair, para comprar óculos escuros ou tênis. Assim podemos marcar um segundo momento do caso. A partir desse acompanhamento clínico peripatético, uma rede singular vai se ampliando: o ônibus, o centro da cidade, o ambulante que vende óculos escuros (que ele, invariavelmente, acabava destruindo com a boca) no terminal de ônibus, a casa da avó, a mercearia perto do Hospital que vende italiano, o Capsi, etc.

Nessa época o objeto dinheiro começa a aparecer para o adolescente. Por vezes, quando, por exemplo, Jacob pedia para comprar “limão” ou “italiano”, dizíamos que ele não tinha dinheiro e que para comprar precisava de dinheiro. Com isso fomos introduzindo algum tipo de relação com esse objeto. Jacob já não pedia mais o “limão”, mas pedia “dinheiro para comprar limão”. Foi comprada uma carteira e seu dinheiro passou a ficar guardado nessa carteira, que ele pedia quando queria comprar alguma coisa, que normalmente era comida. O dinheiro passa a operar como possibilidade de laço social.

Além disso, o adolescente diante da resposta “não tem dinheiro” logo dizia, “pede pra minha avó”, “o dinheiro ta com minha avó”. E outras vezes dizia “ela não quer me dar dinheiro”, “ela não traz meu dinheiro”. Podemos marcar que nesse tempo há um deslocamento importante: Jacob passa, em algumas frases, a falar de si na primeira pessoa, possibilitando a saída do automatismo da terceira pessoa. Tal enunciado marca a apresentação do sujeito na primeira pessoa.

E dessa forma, a AD e eu começamos a conversar com Jacob sobre dinheiro, falar da pensão dele, explicar que sua avó buscava o dinheiro no banco etc. Em uma

situação em que a avó não consegue sacar seu dinheiro por conta de uma greve bancária, Jacob fica bastante irritado, dizendo repetidamente “ela não quer me dar meu dinheiro”, “Vou bater nela”. Como uma tentativa de não encarnar esse Outro que “não dá dinheiro” em ninguém, ou seja, uma tentativa de desbastar esse Outro inflado, tiramos como direção levar Jacob ao banco, mostrar para ele o banco em greve, fechado, as pessoas não conseguindo sacar o dinheiro etc. Diante dessa intervenção há um certo apaziguamento para o adolescente naquele momento.

Durante todo esse tempo mantive atendimentos semanais a avó de Jacob. Ela relatava uma impossibilidade de levar o neto para morar em sua casa. Falava constantemente não saber cuidar dele e que ele precisava ficar em um lugar onde soubessem cuidar. E dizia: “Tem um lugar lá em Rio Bonito” referindo-se ao Hospital Colônia de Rio Bonito. Ela utilizava grande parte da pensão de Jacob para se manter e manter os irmãos do adolescente. Relatava que teve que parar de trabalhar para cuidar dos netos.

Realizamos várias conversas sobre a administração desse dinheiro, entendendo que os pedidos de Jacob estavam cada vez mais intensos. Nesse momento foram realizadas reuniões no Ministério Público com o Capsi e o SI, para pensar a situação de institucionalização do adolescente, como também a questão do seu benefício. O SI sinalizava que ele já estava há algum tempo de alta hospitalar, pois, avaliava-se que não existia mais um quadro psiquiátrico que justificasse sua permanência em uma enfermaria infantil de agudos.

Em uma reunião com a Coordenação de Saúde mental, equipe de Desinstitucionalização e Caps II do município foi entendido que, diante do caso era necessário ser priorizada uma vaga em um Serviço Residencial Terapêutico que estava sendo criado. É importante fazer nota que Jacob estava completando 18 anos. Estamos desse modo em um terceiro momento. Era necessário se pensar direções de trabalho para a saída de Jacob do Hospital. Uma nova rede se desenhava: o Capsi, o SI, o centro da cidade, o ônibus, o Caps II, a nova casa, a casa da avó, a equipe de desinstitucionalização.

Jacob já circulava na cidade com facilidade, porém, algumas questões começaram a surgir. Muitas vezes quando estávamos com o adolescente nos trajetos pela cidade, quando ele via algum transeunte comendo, avançava na comida. Por

vezes ficava muito agitado e em muitos momentos ameaçava bater se algum alimento fosse negado. Ele chegou a alisar algumas mulheres na rua e a ter ereções.

Essas questões surgiam e nos perguntávamos qual direção de trabalho, de condução clínica nessas situações. Parecia que estávamos diante de um gozo incontrolável. O gozo que se traduz em uma espécie de compulsão alimentar: Jacob comia a maior parte do tempo. Comia e muitas vezes depois passava mal, avançava na comida das pessoas na rua. Um sem limite, um corpo que não para de consumir o objeto alimento. Haveria possibilidade de alguma operação de regulação desse gozo?

Outras tensões também começaram a aparecer. Quando conversei com a equipe do SI sobre o manejo possível dessas situações, a coordenadora deste serviço me fala de profissionais que utilizam a comida como uma espécie de objeto de recompensa e de punição com Jacob. Por exemplo, lhe diziam que ele ficaria sem comer se não se comportasse ou ofereciam comida nos momentos em que estava tranquilo.

Diante desse quadro, foram aos poucos se esboçando uma série de ações e manejos possíveis dos profissionais. No que tange à questão da sexualidade, fomos introduzindo um contorno da masturbação no banheiro. Jacob passou a ir espontaneamente ao banheiro quando queria se masturbar.

Junto à equipe do SI e do Capsi pensamos em possibilidades de regulação do gozo em relação à comida, escapando da lógica da punição e da recompensa. Encontramos os artifícios de jogar com o tempo e com o impossível.

Por exemplo, houve momentos em que saí com o Jacob sem seu dinheiro. Ele passava em todos os quiosques da orla pedindo bolacha. Pedia dinheiro para mim e eu dizia que ele estava sem dinheiro, que para comprar a bolacha era necessário ter dinheiro, que naquele momento ele não poderia comprar, mas em outro dia, quando ele estivesse com dinheiro, ele poderia voltar e comprar a bolacha. Quando dizia isso, Jacob passava a pedir para o dono do quiosque que lhe perguntava: “cadê o dinheiro?”, “Você só pode comprar se você tiver dinheiro”. O adolescente parava de quiosque em quiosque. Porém aceitava quando lhe diziam não. Através desse jogo com o tempo/impossibilidade era também possível fazer uma borda ao gozo com a comida através dos significantes.

Um pouco antes de encerrar meu tempo de trabalho no Capsi construímos para o PTS a possibilidade de um trabalho de saída de Jacob do Hospital, com a introdução de marcos simbólicos, como por exemplo os 18 anos. Nesse momento começou a ser possível dizer para Jacob que ele iria fazer 18 anos e que não daria mais para ele ficar no SI, já que este era um serviço de crianças e adolescentes. Que seria necessário encontramos junto com ele um outro lugar possível para morar, pois ele não iria mais precisar do SI.

E dessa forma se deu o início da construção da saída do Hospital. E Jacob respondia a esse trabalho de tessitura de uma rede singular dizendo: “Tenho barba”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos analisar, a partir da construção do caso clínico de Jacob, que foi através de uma marcação singular da relação do sujeito com o Outro, que foi possível demarcar um Projeto terapêutico singular que prescindisse radicalmente de uma oferta tecnicista de atividades dentro de um serviço. Sim! Jacob não queria, não podia ou não se interessava em participar de uma oficina de cafifa. Isto não estava em jogo para ele em seu percurso pelo Capsi. A cafifa dele era única e só ele sabia fazer.

Faço esse recorte para anunciar que é possível tecer cuidados singulares que não compactuem com uma mera oferta de cardápios de atividades ‘para os loucos’. De algum modo, isso parecia ser fácil com Jacob, pois ele, diante de toda sua ‘loucura’, sabia muito bem dizer: Não! Mas sei que essa nem sempre é uma tarefa fácil. Nem sempre os usuários da RAPS conseguem dizer ‘Não!’.

De qualquer maneira fica o registro de que, o profissional orientado pela política da psicanálise teria o “mandato”, ou melhor dizendo o dever ético e político de transmitir para a RAPS essa rede singular que se constrói a cada momento, a cada encontro do sujeito com a vida, com o território, com o tempo, podendo contribuir de algum modo para o direcionamento da lógica do cuidado na RAPS. Contribuindo para uma lógica de trabalho que não admita universalismo, que não admita a anulação da especificidade da loucura, que não admita a burocratização dos processos de trabalho. Por isso a psicanálise pode ser tomada como uma política de tratamento. Me permito até ousar: uma política de tratamento da RAPS

Essa transmissão podendo se dar a partir de determinadas coordenadas que compreendem uma postura em relação ao saber, ou seja, colocar o saber em reserva. Essa orientação Lacan (1967) articula sob o signo do saber barrado, de um saber-fazer na contingência. Dito de outra forma, um saber que se improvisa diante do que emerge do sujeito. Ou seja, o profissional preocupado pode assumir uma posição política frente às equipes das redes que se tecem, a partir de cada caso no coletivo, em uma perspectiva da transferência de trabalho.

Dessa maneira considero que o enodamento das noções sujeito, laço social e rede foram imprescindíveis, em meu percurso pelo Capsi para que esse trabalho de transmissão fosse posto em prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998
- AURÉ, M. O ato analítico e a oferta de transferência na instituição. In: *Pertinências da psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2007
- AURÉLIO, B.H.F. *Dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1980
- BRASIL. Ministério da saúde. *Lei nº 8.080*. Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da saúde. *Lei nº 10.216*. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da saúde. *Portaria 336*. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da saúde. *Lei nº 10.708*. Brasília, 2003.
- BRASIL. Ministério da saúde. *Relatório final da IV Conferência Nacional de saúde mental – intersectorial*. Brasília, 2010
- BRASIL. Ministério da saúde. *Portaria nº 4.279*. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da saúde. *Decreto presidencial nº 7.508*. Brasília, 2001.

- BRASIL. Ministério da saúde. *Portaria n° 3088*. Brasília, 2011.
- Carta do I encontro nacional da RAPS*. Disponível em: <http://saudementalnauerj.blogspot.com.br/2013/12/carta-do-i-encontro-nacional-da-raps-e.html>. Acessado em 28 de outubro de 2015.
- BROUSSE, M. H. *O inconsciente é a política: seminário internacional*. São Paulo: EBP, 2003.
- COUTO, M.C.V. A saúde mental sob o marco da saúde pública. In: COUTO, M.C.V & M, R.G. (orgs) *Saúde mental e saúde pública: questões para a agenda da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FUJB, 2007
- ELIA, L. *O conceito de sujeito*. Jorge Zahar: Rio de Janeiro. 2010
- _____. Política da psicanálise e política do Estado: uma exclusão possivelmente fecunda. In: BARROS, R. M. M. & DARRIBA, V. A. (orgs) *Psicanálise e saúde: entre o sujeito e o Estado*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015.
- FIGUEIREDO, A.C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. In: *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*. V. VII, n. 01, p. 75 – 86, 2004.
- _____. *A construção coletiva do caso como dispositivo clínico e formador para o trabalho na saúde mental*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2012 [Projeto de pesquisa apresentado ao CNPq].
- FINK, B. *O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- FRARE, A. P. *No litoral da casa e do serviço: a psicanálise no serviço residencial terapêutico*. Rio de Janeiro: UERJ, 2012 [Tese de Doutorado].
- FREIRE, A.B. A constituição do sujeito e a alteridade. In: *Estilos da clínica*. Vol. VII, n. 13, p. 78-91, 2002.
- FREUD, S. (1914). Recordar, repetir e elaborar. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. v. XVII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2006.
- _____. (1918/1919). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. v. XVII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2006.

_____. (1920). Além do princípio do prazer. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. v. XXII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2006.

_____. (1923). O ego e o id. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. v. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2006

_____. (1923). Psicologia das massas e análise do eu. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. v. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2006

_____. (1932/1933). Explicações, Aplicações e Orientações. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. v. XXII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2006.

GUERRA, A.M.C. *A psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010

GUERRA, A.M.C. & GENEROSO, C.M. *A inclusão social pensada a partir da desinserção: uma contribuição da psicanálise ao campo da Saúde Mental*. 2010. Disponível em: http://pt.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/posteres_iv_congresso/mesas_iv_congresso/mr08-andrea-maris-campos-guerra-e-claudia-maria-generoso.pdf.

Acessado em 28 de outubro de 2015

GUERRA, A.M.C. & GENEROSO, C.M. Desinserção social e habitação: a psicanálise na reforma psiquiátrica brasileira. In: *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*. São Paulo: v. 15, n. 3, p. 524 – 539, 2012.

HORTA, R. Das substâncias ao nihil: retomando o conceito de sujeito. In: ELIA, L. & MANSO, R. (orgs) *Estrutura e psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2012

LACAN, J. (1949). O estágio do espelho como formador da função do eu. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008

_____. (1956). *As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008

_____. (1963). *A angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008

_____. (1964). Ato de fundação. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. (1964). *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008

_____. (1965). A ciência e a verdade. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1966). Seminário sobre “A carta roubada”. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008

_____. (1967). *Pequeno discurso aos psiquiatras*. Dizer 10: Rio de Janeiro, 1994.

_____. (1967). Proposição de 09 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. (1971). *Estou falando com as paredes: conversa na capela de Saint Anne*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.

LAURENT, E. O analista cidadão. In: *Psicanálise e saúde mental*. Revista Curinga. Belo Horizonte: EBP-MG, 1999

MATTOS, S. O uso da psicanálise em uma instituição invisível. In: *Opção lacaniana*. São Paulo: Eólia, n. 38, p. 38 – 42, novembro, 2003.

MILLER, J. A. Saúde mental e ordem pública. In: *Psicanálise e saúde mental*. Revista Curinga. Belo Horizonte: EBP-MG, 1999

_____. Intuições Milanesas. In: *Opção lacaniana online nova série*. Ano 2, n. 5, 2011 a. Disponível em: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_5/Intui%C3%A7%C3%B5es_milanesas.pdf. Acessado em 28 de outubro de 2015.

_____. Intuições Milanesas II. In: *Opção lacaniana online nova série*. Ano 2, n. 6, 2011 b. Disponível em: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_6/Intuicoes_Milanesas_II.pdf. Acessado em 28 de outubro de 2015.

PEREIRA, R.C. Família, direitos humanos, psicanálise e inclusão social. In: *Revista do Ministério público do RS*. Porto Alegre: n. 58, 2006, p. 195-201.

QUINET, A. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010

RINALDI, D. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental?. In: ALBERTI, S. & FIGUEIREDO, A. (orgs) *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Ed. Companhia de Freud, 2006.

TENÓRIO, F. Psicanálise e reforma psiquiátrica: um trabalho necessário. In: FIGUEIREDO, A.C. (org) *Psicanálise: pesquisa e clínica*. Rio de Janeiro: Ed. IPUB/CUCA, 2001.

TENÓRIO, F. Questões para uma atualização da agenda da reforma psiquiátrica. In: COUTO, M.C.V & M, R.G. (orgs) *Saúde mental e saúde pública: questões para a agenda da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FUJB, 2007

VIGANÒ, C. A construção do caso. In: *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*. Belo Horizonte, ano. 6, n. 9, p. 47-50, nov. 2003.

_____. A construção do caso clínico. In: ALKMIM, W. (org.) *Carlo Viganò: Novas Conferências*. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2010a.

_____. A construção do caso clínico. In: *Revista Opção Lacaniana online*, n.1, março 2010b. Disponível em <http://www.opcaolacanianana.com.br/>, acessado em 02/09/2013.

_____. Avaliação e evidência clínica na saúde mental. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental online*, v. 13, n. 3, p. 469-481, set. 2010c. Disponível em <http://www.psicopatologiasfundamental.org/>, acessado em 17/09/2013.