



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Diogo Pereira de Sousa

Do desamparo à construção de um lugar

Rio de Janeiro

2019

Diogo Pereira de Sousa

Do desamparo à construção de um lugar

Dissertação apresentada como requisito para
obtenção do título de Mestre no Programa de
Mestrado em Psicanálise na Universidade do
Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

Orientadora: Professora Dr.^a Dóris Rinaldi

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

S725 Sousa, Diogo Pereira de.
Do desamparo à construção de um lugar / Diogo Pereira de Sousa. – 2019.
102 f.

Orientadora: Dóris Rinaldi.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto
de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Reforma Psiquiátrica – Formação – Teses. 3.
Desamparo – Teses. I. Rinaldi, Dóris. II. Universidade do Estado do Rio de
Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

es

CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Diogo Pereira de Sousa

Do desamparo à construção de um lugar

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre no Programa de Mestrado em Psicanálise na Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

Aprovado em 18 de setembro de 2019.

Banca examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Dóris Luz Rinaldi (Orientadora)

Instituto de Psicologia - UERJ

Prof^ª. Dr^ª. Ana Cristina Figueiredo

Instituto de Psicologia - UERJ

Prof^ª Dr^ª. Ana Paola Frare

Universidade Federal Fluminense - UFF

Rio de Janeiro

2019

AGRADECIMENTOS

À minha esposa Ana Paula por me apoiar e respeitar os meus momentos de silêncio. Sua escuta e cuidado ao longo de todo este processo foram fundamentais para eu chegar até aqui;

À Polly, minha labradora, pela companhia fiel ao pé da mesa, com seu olhar atento e acolhedor nos momentos de solidão da escrita;

Ao meu irmão Jean Felipe pela amizade e às minhas sobrinhas Giovanna e Giulianna;

À minha sogra Ana Luiza, pelo carinho e pela preocupação com a minha alimentação nos momentos de estudo e também por aquele feijão que aquecia a alma nos dias frios de angústia na elaboração;

À minha orientadora Dra. Dóris Rinaldi, pelo conhecimento transmitido, pelas leituras atentas e orientações precisas ao longo de todo o mestrado. Foi quem acreditou no meu desejo e me abriu as portas para a saúde mental, através da unidade de pesquisa e do primeiro estágio no referido CAPSi.

Às professoras Dras. Ana Cristina Figueiredo e Ana Paola Frare, pelas importantes observações desde o projeto de qualificação desta pesquisa, que contribuíram para o enriquecimento deste trabalho;

À minha analista Ondina Machado, com uma escuta atenta e um manejo transferencial que me permitiu entender o quanto de mim havia nesta pesquisa e a atravessar algumas fantasias na direção de novas possibilidades de ser e existir neste trabalho tão árido que é o da saúde mental;

À Alda e Eliana, diretora e coordenadora do CAPSi João de Barro, pelo modo como me acolheram no serviço e pela aposta generosa no meu trabalho;

Aos colegas de equipe do CAPSi, pela parceria no trabalho e pelas trocas que muito me acrescentaram, em especial às colegas Vanessa, Ana Rita e Larissa, com quem tive a oportunidade de estar mais próximo nos últimos tempos;

Aos pacientes que me inspiraram e que me ensinaram um pouco mais sobre a clínica na atenção psicossocial infanto-juvenil;

Aos colegas de supervisão e de unidade de pesquisa, que através de suas contribuições me ajudaram a enriquecer este trabalho, em especial ao amigo Waldir Périco, pela amizade e pelo pronto atendimento em me disponibilizar materiais e a sua experiência, sempre cuidadoso em suas colocações e atento às minhas questões;

Aos colegas de turma do mestrado, pelas trocas em sala de aula;

Ao amigo Leonardo Estênio, pela amizade e pelo apoio ao longo mestrado;

À UERJ e aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, pela oportunidade de acesso ao conhecimento adquirido ao longo destes anos em sala de aula, pela transmissão de saber e também de desejo pela psicanálise;

Ao profissional Fábio, da secretaria, sempre disponível e pronto ajudar os alunos no que fosse necessário;

Aos demais amigos e familiares, que acompanharam de longe todo este processo e foram solidários às minhas ausências.

Agora eu conheço esse grande susto de estar viva, tendo como único amparo exatamente o desamparo de estar viva. De estar viva - senti - terei que fazer o meu motivo e tema. Com delicada curiosidade, atenta à fome e à própria atenção, passei então a comer delicadamente viva os pedaços de pão.

Clarice Lispector

RESUMO

SOUSA, Diogo Pereira. **Do desamparo à construção de um lugar**. 2019. 97 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

A presente dissertação objetiva trazer o olhar a partir de um serviço de saúde mental, um trabalho realizado em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil no Município do Rio de Janeiro orientado pelos fundamentos da psicanálise, onde testemunhamos a efetividade das propostas do Sistema Único de Saúde (SUS) juntamente com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Iniciamos pelo tema do desamparo em Freud e Lacan, a *Hilflosigkeit* freudiana, localizada na base de todas as experiências do sujeito e com grande influência sobre as suas construções subjetivas. Um estudo acerca da relevância do contexto “familiar” e social na formação do sujeito, e o quanto a ausência de um ambiente de cuidado e auxílio pode favorecer a gravidade de uma desorganização psíquica. Abordamos o trabalho desenvolvido junto a pacientes com transtornos mentais graves e em vulnerabilidade, sofrendo diferentes formas de violência, que encontram nos serviços de saúde mental uma possibilidade de escuta das suas verdadeiras questões, além do tratamento e assistência. O desamparo para além do primordial, enfrentado por pacientes e também por profissionais que trabalham sob condições precárias de trabalho e diante de uma demanda excessiva. Uma aposta na escuta destes sujeitos, cujas as falas e as manifestações subjetivas são tomadas como direção do tratamento e observadas a partir da construção de um lugar onde é possível lidar com o (in)suportável que se apresenta no dia-a-dia.

Palavras-chave: Desamparo. Lugar. Escuta. CAPSi. Reforma Psiquiátrica. SUS. Psicanálise.

ABSTRACT

SOUSA, Diogo Pereira. **From helplessness to building a place.** 2019. 97 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

This dissertation aims to bring the view from a mental health service, a work carried out in a Psychosocial Care Center for Children and Youth in the city of Rio de Janeiro guided by the foundations of psychoanalysis, where we witness the effectiveness of the proposals of the Unified Health System. Health (SUS) along with the principles of the Brazilian Psychiatric Reform. We begin with the theme of helplessness in Freud and Lacan, the Freudian *Hilflosigkeit*, located at the base of all the subject's experiences and with great influence on his subjective constructions. A study about the relevance of the “family” and social context in the formation of the subject, and how the absence of a care environment can favor the severity of a psychic disorganization. We approach the work developed with patients with severe and vulnerable mental disorders, suffering different forms of violence, who find in mental health services a possibility to listen to their real issues, in addition to treatment and care. The helplessness beyond the primordial, faced by patients and also by professionals working under precarious working conditions and facing an excessive demand. A bet on listening to these subjects, whose speeches and subjective manifestations are taken as the direction of treatment and observed from the construction of a place where it is possible to deal with the (un) bearable that presents itself in everyday life.

Keywords: Helplessness. Place. Listening. CAPS. Psychiatric Reform. SUS. Psychoanalysis.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	9
1	O DESAMPARO: UM DIÁLOGO ENTRE FREUD E LACAN	12
1.1	O Projeto e o Complexo do Próximo	14
1.2	A Sexualidade infantil e os Complexos Familiares	19
1.3	O Estádio do Espelho, o Complexo de Édipo e o Complexo de Castração	28
2	À CONSTRUÇÃO DE UM LUGAR	37
2.1	Qual o lugar da psicanálise na atenção psicossocial infanto-juvenil diante dos paradigmas da Reforma Psiquiátrica?	38
2.1.1	<u>O lugar da clínica na saúde mental</u>	42
2.2	O lugar do Capsi: geografia e aspectos territoriais	48
2.2.1	<u>A função de matriciamento</u>	50
2.2.2	<u>O diálogo com outras instâncias do cuidado</u>	55
2.3	Os sem lugar: psicose e laço social	57
2.3.1	<u>O lugar de resto: uma condição traumática na estrutura social</u>	62
2.4	O lugar do trabalhador na atenção psicossocial	66
2.4.1	<u>A importância do trabalho extramuros</u>	69
3	FRAGMENTOS DA CLÍNICA E OS CONTOS INFANTIS	72
3.1	Rapunzel e a sua mãe	72
3.2	O Patinho Feio e sem lugar	79
3.3	Cinderela e a madrasta	84
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
	REFERÊNCIAS	100

INTRODUÇÃO

A construção do projeto de pesquisa que possibilitou a elaboração dessa dissertação se deu a partir da práxis em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) localizado na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro. Sua localização geográfica, as características da rede de cuidados e a população deste território são condições relevantes neste trabalho. A vulnerabilidade material e simbólica de crianças e adolescentes, e um desamparo para além do primordial encontrado nos pacientes e em alguns profissionais são temas que permeiam este trabalho do início ao fim.

Hoje vivemos em nosso país um momento político e econômico bastante complicado, de muita instabilidade e precarização dos serviços públicos de saúde, de educação, de assistência e de justiça. O Rio de Janeiro em especial tem sido um dos Estados que mais tem sofrido as consequências desse momento de crise, e alguns dos problemas já existentes tem se agravado e encontrado repercussão a nível nacional e internacional. O Desfile das Escolas de Samba do Rio de Janeiro, uma das atrações turísticas e culturais mais importantes do Brasil, nos últimos anos tem trazido à avenida críticas importantes e de grande relevância, cumprindo seu papel social e alertando o mundo sobre a situação política e social que enfrentamos no Brasil atualmente.

Em 2018 a grande campeã do Carnaval nos presenteou com um enredo vivo e oportuno sobre o tema do desamparo e da violência que vem sofrendo crianças e adolescentes pobres em nosso país, onde podemos incluir também pessoas com transtornos mentais e moradores de rua:

(...) Sou eu, espelho da lendária criatura, um monstro carente de amor e de ternura. O alvo na mira do desprezo e da segregação, do pai que renegou a criação. Refém da intolerância dessa gente. Retalhos do meu próprio criador. Julgado pela força da ambição, sigo carregando a minha cruz, à procura de uma luz, a salvação! Estenda a mão, meu senhor. Pois não entendo tua fé. Se ofereces com amor, me alimento de axé. Me chamas tanto de irmão e me abandonas ao léu, troca um pedaço de pão, por um pedaço de céu. Ganância veste terno e gravata, onde a esperança sucumbiu. Vejo a liberdade aprisionada. Teu livro eu não sei ler, Brasil! Mas o samba faz essa dor dentro do peito ir embora. Feito um arrastão de alegria e emoção, o pranto rola. Meu canto é resistência, no ecoar de um tambor. Vem ver brilhar mais um menino que você abandonou. Oh pátria amada, por onde andarás? Seus filhos já não aguentam mais! Você que não soube cuidar, você que negou o amor (...). (Samba de Enredo da Escola Beija-Flor de Nilópolis, 2018).

Uma poesia que nos leva à reflexão sobre a segregação e a falta de liberdade vivenciada por indivíduos que deveriam estar sendo cuidados e assistidos, mas devido ao desinteresse de representantes do Estado vem sofrendo com o descaso e com a falta de

investimentos. Uma grande parcela da sociedade, que mesmo diante de tamanha negligência e diferentes tipos de violência, tem encontrado saídas singulares para superar as dificuldades e alcançar um lugar no laço social.

Crianças e adolescentes sem referência familiar, gerações de moradores de rua, “filhos do crack” (nome dado pejorativamente por algumas instâncias do cuidado), crianças “loucas” ou enlouquecidas pela miséria simbólica de um desamparo social e discursivo, são alguns dos casos que encontraremos neste trabalho. Como o caso de um adolescente próximo de completar dezoito anos, nomeado pelo território de “um dos meninos da laje”, pois se abrigava na laje de um BRT. Um jovem que tem sua história contada através das inúmeras passagens por lugares de abrigo ofertados pelo Estado ou por instituições filantrópicas desde os seus cinco anos de idade. Um prontuário enorme que não comporta a complexidade da sua história, com avaliações, relatórios, ofícios e laudos médicos emitidos pelos diferentes dispositivos por onde passou ao longo destes anos “sem lugar”. A única repetição que podemos identificar no discurso dos serviços por onde passou é o uso irregular de alguma medicação psiquiátrica e a não aderência dele aos serviços de abrigo ofertados, com recorrentes e duradouras evasões.

No primeiro capítulo será discutido o conceito de desamparo, tomando como ponto de partida os textos de Freud e Lacan. Deteremos-nos sobre a *Hilflosigkeit* freudiana, localizada na base de todas as experiências do sujeito e com grande influência sobre as suas construções subjetivas. Sujeitos que encontram nas relações ditas “familiares” um protótipo para suas futuras relações com o mundo. Construções singulares de um lugar onde é possível se localizar no laço social mesmo diante das inúmeras adversidades, exigindo criatividade e afirmação do desejo. Uma pesquisa que destacada a relevância do contexto “familiar” e social na formação do sujeito, e o quanto a ausência de um ambiente de cuidado e auxílio pode favorecer a gravidade de uma desorganização psíquica.

Já no segundo capítulo serão destacados alguns pontos importantes acerca dos desafios encontrados na atenção psicossocial infanto-juvenil. Impasses entre a clínica e a assistência, as heranças deixadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e as possibilidades no trabalho com pacientes graves e envoltos num desamparo social e discursivo. Questões que evidenciam o desamparo de pacientes e também de trabalhadores, diante da precariedade dos investimentos e das dificuldades na articulação de um trabalho amplo de rede. Uma tentativa de demonstração do trabalho da saúde mental, tendo em seu horizonte a expectativa de um diálogo entre a ética psicanalítica e as políticas da saúde pública, sem reduzi-las a uma simples oposição e como direção do tratamento destes pacientes. Uma reflexão que objetiva

trazer o olhar de dentro de um serviço de saúde mental, que oportunize observar e localizar alguns lugares subjetivos, de cuidados e de promoção de saúde já existentes, construídos por pacientes e também por trabalhadores.

No terceiro e último capítulo serão trabalhados alguns fragmentos da clínica realizada dentro do CAPSi, de casos que motivaram a proposta inicial desta pesquisa. A ideia de relacionar os casos aos contos infantis surge da proximidade com este público infanto-juvenil, que exige das equipes uma aproximação ao lúdico como instrumento de trabalho. Metáforas que preservam algumas crenças populares e nos possibilitam novas formas de pensar e enxergar a realidade do trabalho na saúde mental e de pacientes com soluções únicas pela via da repetição, vivendo muitas vezes sob diferentes formas de desamparo: o primordial, o social, o discursivo, o clínico e o relativo às políticas públicas. Casos graves e de difícil manejo lidos de forma mais aprazível com o auxílio da literatura infantil e da teoria psicanalítica.

Como a psicanálise pode contribuir para o trabalho com crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e fora do laço social? O que é possível nesta clínica? Que lugares podem ser construídos por estes pacientes e pelas equipes envolvidas no cuidado? A partir do referencial teórico da psicanálise, a aposta desta pesquisa é poder realizar um trabalho onde o sujeito possa aparecer em algum lugar a partir da oferta de uma escuta, na qual a sua fala e as suas manifestações subjetivas possam ser tomadas como indicações para a direção do tratamento.

1 O DESAMPARO: UM DIÁLOGO ENTRE FREUD E LACAN

A clínica da atenção psicossocial infanto-juvenil se destaca pela gravidade e precariedade de seus pacientes, material e simbolicamente. Neuroses graves que por vezes se confundem com uma psicose, famílias inteiras adoecidas e em extrema vulnerabilidade, pacientes em crise, psicoses agudas e descontroladas, crianças abrigadas e sem referência familiar, urgências diagnósticas e medicamentosas, diálogos intermináveis com a educação, com a assistência, com a justiça, etc. Muitos destes pacientes quando não chegam emudecidos e atônitos, chegam extremamente falantes. Apresentam-se nos serviços com suas demandas represadas há tanto tempo, que ao encontrarem um lugar de acolhimento, despejam um caminhão de palavras aparentemente desconexas, marcadas pela euforia e pelo cansaço de uma fala atropelada, exigindo dos profissionais repetidos atendimentos “iniciais” para poder identificar a verdadeira questão de que se trata no caso. Serviços que apresentam uma complexidade enorme e evidenciam a necessidade de um diálogo constante entre as equipes de saúde mental e os outros dispositivos de cuidado para o trabalho se efetivar.

Podemos afirmar que a psicanálise entende a dimensão social como fundamental para a constituição do sujeito do inconsciente, afastando-se de uma concepção sociológica da cultura. Freud em *Psicologia das Massas e Análise do Eu* (1921/ 2006) já dizia que as relações sociais se articulam a uma constituição subjetiva desde os primórdios do sujeito. Lacan (1964/1996) complementa afirmando que o sujeito se constitui na relação com o outro e inserido no campo da linguagem, que irá lhe fornecer significantes materiais e simbólicos. Ou seja, temos um sujeito que não nasce, nem se desenvolve, mas se constitui através das marcas (significantes) introduzidas nele através da sua relação com o campo do Outro.

Antes mesmo de o bebê vir ao mundo, há um contexto pré-histórico que lhe aguarda no campo do Outro, um lugar que ele ocupa antes mesmo de nascer, preparado por seus pais, familiares ou pessoas que o cercam, enquanto demandas, desejos e expectativas. Na própria barriga da mãe a criança já está inserida num ambiente de cuidados e estímulos, onde a menor das alterações deste meio (físicas ou químicas) já pode ser sentida diretamente por este ser em formação. Devido à insuficiência psicomotora do ser humano ao nascer, que Lacan designa pelo termo “prematuração”, enquanto uma possível “imaturidade” biológica, o bebê será lançado diretamente aos cuidados do Outro, inicialmente o Outro Materno, primeiro representante do Outro, ser de linguagem que irá atender as necessidades da criança e investi-lo de desejo, sem o que a criança estaria condenada à morte. Esta recepção pela mãe ou alguém que ocupe este lugar possibilitará vida a esta criança e a sua inserção no mundo da

linguagem e da comunicação, ou seja, no mundo simbólico. Caso isto não aconteça este indivíduo estará condenado à morte simbólica, o que certamente precarizaria a existência do seu corpo biológico no mundo. No texto *A Criança Mal Acolhida e sua Pulsão de Morte* (1929/ 1992), Ferenczi (1929/ 1992, p.49) já afirmava:

(...) Eu queria apenas indicar a probabilidade do fato de que crianças acolhidas com rudeza e sem carinho morrem facilmente e de bom grado. Ou utilizam um dos numerosos meios orgânicos para desaparecer rapidamente ou, se escapam a esse destino, conservarão um certo pessimismo e aversão à vida.

Alguns autores e psicanalistas chamaram atenção para a importância da qualidade dos cuidados iniciais na vida do bebê, especialmente nos primeiros anos de vida. Temos como exemplo além de Freud e Lacan, o já citado Sandor Ferenczi, Donald Winnicott e René Spitz. Todos com um olhar especial voltado para a infância e as relações da criança com o meio em que vive neste primeiro momento de existência. Todos vão afirmar que a maneira como é estabelecida a relação mãe-bebê e a forma como a criança recebe os cuidados do mundo externo podem favorecer a estrutura básica de uma psicopatologia, incluindo a psicose. Winnicott destaca:

O diagnóstico é feito quando o ambiente não consegue ocultar ou resolver as distorções do desenvolvimento emocional, levando a criança a organizar-se em torno de uma linha de defesa que se torna reconhecível como uma entidade patológica. Esta teoria parte do princípio de que as bases da saúde mental são lançadas na primeira infância pelas técnicas utilizadas com naturalidade por uma mãe preocupada em cuidar do seu filho (WINNICOTT, 1958/ 2000, p. 305).

Em seu livro *O Não e o Sim: a gênese da comunicação humana* (1957/1984), Spitz aborda a importância dos organizadores sociais para a criança em seus primeiros meses de vida e estuda a sua capacidade em introjetá-los. Ele investiga as questões em torno da comunicação tida como não-verbal, ou melhor, os fenômenos que ocorrem na relação com a criança antes do emprego das palavras propriamente ditas. Onde o “não” e o “sim” exercem funções de organização e limite, um ponto determinante para o desenvolvimento psicológico saudável do indivíduo, a partir do qual ele poderá substituir a ação pela comunicação.

Como não considerar o contexto social e a vida pregressa de uma menina de dez anos que representa a terceira geração de moradores de rua? Uma criança que chega ao CAPSi através de um ofício urgente do Ministério Público para avaliação, diagnóstico e medicalização. Pois vem apresentando um comportamento muito agressivo, dificuldades de relacionamento no abrigo, isolamento e embotamento afetivo acentuado após ter sido separada dos seus três irmãos, o que acaba inviabilizando sua reinserção no cadastro de crianças com “perfil” para adoção.

Como não acolher a angústia de um menino de onze anos que não consegue aprender a ler e encontra-se com uma ansiedade extrema que lhe impede de concentrar em tarefas simples na escola e na vida? Um menino cujo contexto familiar é de extrema vulnerabilidade e abandono, morador de uma casa em condições insalubres, com a mãe desaparecida há anos, um pai que faz uso abusivo de álcool e uma irmã mais velha com transtornos psiquiátricos graves. Dois casos singulares em suas gravidades que nos levam a pensar na famosa pergunta infantil de quem veio primeiro, o ovo ou a galinha? Será a complexidade do contexto social responsável por determinar o quadro clínico destas crianças, ou será a gravidade do seu quadro clínico que dificulta o seu desenvolvimento socioeducativo?

Diante da realidade desta clínica da atenção psicossocial com crianças e adolescentes tão afetados e vulneráveis, foi despertado o interesse em estudar a importância das primeiras relações da criança com o mundo e as consequências disto para a constituição subjetiva destes sujeitos. Consequências estas determinantes para uma organização psíquica que certamente acompanhará o sujeito ao longo de toda a sua vida. Partindo do conceito de desamparo primordial em Freud, ao longo deste capítulo serão abordadas algumas das principais teorias e estudos psicanalíticos acerca do desamparo, da infância, da relação do sujeito com o outro e da importância do contexto social na formação do indivíduo, e o quanto a ausência de um ambiente de amparo pode culminar numa gravidade psíquica, como a psicose por exemplo.

1.1 O Projeto e o Complexo do Próximo

Um artigo de extrema importância para a história da psicanálise publicado postumamente e de grande relevância para o tema central desta pesquisa é o Projeto para uma Psicologia Científica (1895/ 2006). Um texto muito apreciado por Lacan: “Esse texto é, sem dúvida alguma, como ouvirão dizer, difícil, mas também é apaixonante” (LACAN, 1959/ 2008, p.50). Lacan é enfático ao falar do *Entwurf* (Projeto), elevando a sua dimensão ética e afastando-o de um reducionismo neurofisiológico: “É claro que o que constitui o interesse ardente que podemos ter lendo o *Entwurf* não é a pobre contribuiçãozinha a uma fisiologia fantasista que ele comporta” (LACAN, 1959-60/1994, p.50).

Neste texto freudiano Lacan vai destacar três pontos fundamentais: a sua dimensão ética, a forma como Freud trabalha a constituição da realidade e o esboço de uma topologia da subjetividade. Uma leitura sob a ótica da ética da psicanálise a partir dos conflitos de ordem moral e dos problemas que envolvem a relação do prazer com o bem. Um estudo da relação

entre princípio de prazer e princípio de realidade, processo primário e processo secundário, longe do título de uma psicologia.

Entendendo que o princípio de prazer não pode ser referido ao biológico, e que a experiência de satisfação do sujeito está diretamente relacionada ao outro, neste texto Freud nos apresenta o conceito de *Nebenmensch*, ou *Complexo do Próximo*. Onde a apreensão da realidade para o sujeito se dará através do próximo, do semelhante, visto que diante da prematuração do seu corpo o bebê não pode realizar sozinho o que Freud chamou de “ação específica”, ação necessária de alteração do mundo externo da qual depende a satisfação (alimentação, cuidados, etc). Como aponta Rinaldi: “Por ação específica entende-se a alteração do mundo externo (aquisição de alimento, aproximação do objeto sexual) necessária à suspensão provisória da estimulação interna e permanente dos neurônios (pulsão)” (RINALDI, 1996, p.47). Nas palavras de Freud, encontramos este outro, com lugar de destaque nesta fase inicial da constituição subjetiva da criança: “um outro ser humano (...) semelhante foi, ao mesmo tempo, o primeiro objeto satisfatório, o primeiro objeto hostil e também sua única força auxiliar. É por esse motivo que é em seus semelhantes que o ser humano aprende a (re)conhecer” (FREUD, 1895/ 2006), p. 201).

No *Entwurf* Freud vai introduzir o tema do desamparo primordial, uma experiência que se destaca dentro dos estudos iniciais de Freud sobre a histeria, e que está diretamente relacionada aos conceitos fundamentais da psicanálise. Ele vai falar deste desamparo enquanto uma imaturação do corpo da criança ao nascer, uma insuficiência psicomotora a qual todo ser humano é lançado ao sair da barriga da mãe e que irá conduzir o bebê diretamente aos cuidados do outro, sem o qual esta criança estaria condenada à morte. Será nessa relação primária do *infans* com o mundo que Freud irá situar o paradigma do desamparo e localizar nele “a fonte primordial de todos os motivos morais”:

O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica. Ela se efetua por ajuda alheia, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna. Essa via de descarga adquire, assim, a importantíssima função secundária da comunicação, e o desamparo inicial dos seres humanos é a fonte primordial de todos os motivos morais (FREUD, 1895/ 2006, p.379).

Freud (1895) refere-se a uma experiência de *Hilflosigkeit*, traduzido por Rocha (1999) como uma palavra que condensa em si muitas significações: composta pelo substantivo “*Hilfe*”, que quer dizer proteção, amparo, auxílio; pelo sufixo adverbial modal “*losig*”, que significa falta de, carência, ausência; e o substantivo “*keit*” que em português corresponderia a terminação “dade”, de gênero feminino. Desta forma encontramos em Freud esta palavra que

representa uma situação em que o sujeito se encontra sem proteção ou amparo, ou seja, numa situação de desamparo logo ao nascer.

Esta primeira ação do cuidador, eliminando um primeiro estado de tensão do bebê dá à criança sua primeira experiência de satisfação e trará consequências radicais ao desenvolvimento das funções psíquicas deste indivíduo. Neste momento o bebê passa a converter a energia pulsional que até então era livre, em energia vinculada a alguma coisa, de explosão o seu choro passa a uma busca de satisfação que o levará à vida, o choro trará o seio materno. Uma recepção do Outro que possibilita à criança a inauguração do seu aparelho psíquico, já que a partir daí começam a ser inscritas as primeiras marcas na constituição deste sujeito, inserindo-o no universo do desejo e da demanda, ou seja, no universo da linguagem segundo Lacan.

Ao longo dos seus seminários Lacan tratou com considerável cuidado e interesse a noção freudiana de *Hilflosigkeit*. Assim como Freud, Lacan no primeiro momento dos seus escritos já aborda o tema do desamparo e ressalta as possíveis consequências desta fase inicial de impotência psicomotora do bebê para o desenvolvimento posterior da sua estrutura subjetiva. Em 1938, num artigo escrito para uma enciclopédia francesa organizada pelo psicólogo Henri Wallon, Lacan escreve sobre a família, um capítulo inteiro para tratar deste tema sob o olhar da psicanálise, cujo nome será Os Complexos Familiares na Formação do Indivíduo (LACAN, 1938/2008).

Neste texto, Lacan faz referência à insuficiência psicomotora do ser humano ao nascer, sob o termo de uma “prematuração”, enquanto uma possível deficiência biológica positiva diante dos desdobramentos posteriores que lhe possibilitará. Pois esta condição de incapacidade da criança para sobreviver por meios próprios irá instituir de modo específico uma relação desta com seus pais e o mundo adulto, desde o princípio da sua existência. Neste momento de inscrição do recém-nascido no seio de sua família é que se iniciará o processo de humanização – Lacan nesse momento ainda não falava da ordem simbólica – estando esta criança numa condição de absoluta dependência face a estes pais.

Lacan avança ao tratar esta fase originária da condição de impotência e dependência em relação ao outro não como uma etapa a ser superada, mas como um elemento suscetível de inscrição, enquanto um significante, no inconsciente do sujeito. Ele não situa a essência desta questão numa perspectiva biológica, tampouco numa perspectiva etológica, mas a partir do que ele vai chamar de uma falta fundamental, uma perda ou uma separação marcada subjetivamente na constituição do sujeito, que nenhum cuidado será capaz de suprir:

Esta concepção explica a generalidade do complexo e o fato dele ser independente dos acidentes de ablação. Esta – o desmame – dá sua expressão psíquica a primeira e também mais adequada, à imago mais escura, de um desmame mais antigo, mais pesaroso e de maior amplitude vital: o que, no nascimento, separa a criança da matriz, separação prematura donde provém um mal-estar que nenhum cuidado materno pode compensar (LACAN, 1938/ 2008, p. 40).

Neste ponto já podemos identificar uma das inúmeras contribuições dos escritos lacanianos à obra freudiana, onde o nascimento não representa somente uma excitação pulsional invasora, mas uma perda impossível de ser apagada, a perda do objeto. Uma perda responsável por inserir o sujeito na ordem simbólica, no campo da linguagem, justamente neste lugar de ser faltante. Encontramos aí a ambivalência dessa relação do sujeito com seus pais, pois mesmo tendo o semelhante como um auxílio na direção da satisfação pulsional ou como objeto, haverá sempre algo de estranho que restará, que faltará, algo estranho e/ou hostil, uma *Coisa*, segundo Freud. O que temos então é um reencontro precário com este objeto perdido nos primórdios do desamparo primordial, uma falta que nem mesmo o objeto materno será capaz de suprir, inscrita no sujeito, que Lacan irá teorizar nos termos de uma falta-a-ser.

Uma falta fundadora do sujeito, que comporta em si um paradoxo, como aponta Elia (2004, p.48): A falta é fundante do sujeito, mas, em contrapartida, requer o ato do sujeito para se fundar como falta. Será essa falta à responsável por nos fazer sujeitos na cultura com uma posição ativa e singular, pois irá nos inserir no plano do desejo que se presentificará na relação com o outro, nas relações sociais. Este laço então será fundado em torno deste desamparo, um desejo de desejo do outro, visto que ser amado por um ser superior pode significar inconscientemente uma proteção contra diferentes ameaças.

No Complexo do Próximo (*Nebenmensch*) proposto por Freud no *Entwurf*, Lacan irá identificar o fundamento da Coisa freudiana (*das Ding*), e será por esta via que ele irá tratar da ética psicanalítica, como uma ética do desejo, como aponta Rinaldi:

Alteridade radical cujo fundamento é a Coisa (*das Ding*), inassimilável no reconhecimento do próximo, e que comanda o desejo do sujeito. Esta é a via explorada por Lacan para falar de uma ética da psicanálise: *das Ding*, a Coisa freudiana, ou a causa freudiana, causa do desejo (...) é no próximo, no *Nebenmensch*, que está o fundamento da Coisa, em relação à qual o homem se mantém à distância (RINALDI, 1996, p.49).

Desta forma, podemos situar a questão da moralidade presente desde o início da obra freudiana, neste desamparo primordial que nos apresenta o outro, o próximo, como necessário para à constituição subjetiva do sujeito. Através da ação específica e no universo da linguagem este outro permite ao sujeito a experiência de satisfação e sua inscrição no laço

social. É um erro pensar no desamparo como algo negativo, tampouco improdutivo, pois ele representa para o sujeito uma possibilidade de abertura para a alteridade, um pedido singular na direção do Outro. Lacan irá destacar esta dimensão do desamparo do ser humano em geral e da criança em particular, enquanto constituída pelo enigma do desejo do Outro:

Mas antes existe isto, *Hilflosigkeit*, o "sem recurso". O "sem recurso" diante de que? O que não pode ser definível, centrável de nenhum outro modo senão diante do desejo do Outro. E essa relação do desejo do sujeito, na medida em que ele deve se situar diante do desejo do Outro que, entretanto, literalmente o aspira e o deixa sem recursos, é nesse drama da relação do desejo do sujeito com o desejo do Outro que se constitui uma estrutura essencial, não somente da neurose, mas de qualquer outra estrutura analiticamente definida. (...) Na presença primária do desejo do Outro como opaco, como obscuro, o sujeito está sem recursos. É um *hilflos* (LACAN, 1958-59/ 2016 p.452).

Avançando um pouco mais nas contribuições de Lacan ao tema do desamparo, podemos encontrar no Seminário, Livro 6: O desejo e suas interpretações (1958-59/ 2016), uma afirmação de que a *hilflosigkeit* a qual todo sujeito está condenado não se resume apenas à uma situação de impotência do sujeito frente ao desejo do Outro, mas por encontrar-se sem recursos diante da opacidade do desejo deste Outro:

Isto representa a terceira etapa, a terceira forma, a terceira fase do esquema (Grafo do Desejo). Ela é constituída por isto, e que na presença primitiva do desejo do Outro como opaco, como obscuro, o sujeito fica sem recursos. Ele está *hilflos*, - *Hilflosigkeit*- emprego o termo de Freud, em Francês chama-se o desamparo do sujeito. Isto constitui o fundamento do que, na análise, foi explorado, experimentado, situado como a experiência traumática (LACAN, 1958-59/ 2016, p. 27-28).

A *Hilflosigkeit*, como experiência traumática se dará a partir da inserção do sujeito na linguagem e diante do desejo opaco do Outro. No Seminário, Livro 10: Angústia (1962-63/ 2005), Lacan destaca que nesta experiência traumática do desamparo podemos encontrar um afeto de base, a angústia, enquanto um esboço de organização, uma defesa, um sinal constituído na instância imaginária do eu diante do desejo do Outro. Vale a pena destacar que neste momento do seu ensino Lacan debruçava-se sobre o estudo do Real e do Objeto a. Esse Real impossível de ser simbolizado, que escapa a qualquer tentativa de apreensão simbólica. Lacan mantém viva a distinção proposta por Freud entre desamparo e angústia, e vai além, ao afirmar que a angústia não é sem objeto e que o objeto da angústia é o Objeto a, uma de suas maiores contribuições à Psicanálise, um objeto causa do desejo e que escapa a qualquer simbolização.

A inscrição de uma falta é irremediável, e Lacan trata como uma implicação necessária da linguagem, visto que o sujeito é efeito de linguagem e que não há palavras suficientes que nos possibilitem significar a verdade do ser, pois é justamente o ser que falta

ao sujeito, uma falta-a-ser. Desta forma, encontramos na psicanálise uma problematização do ser, diferente da que encontraremos na filosofia ou nas ciências ditas humanas, que somente é possível a partir de um questionamento correlativo da palavra e da linguagem. Em 1979 Lacan introduz no seu ensino o neologismo *parlêtre* (falasser) como uma ilustração do inconsciente freudiano, deste ser que experimenta, em seu próprio corpo e na sua essência, a linguagem no seu limite último, afastada de qualquer significação.

Um pretendo avanço na definição do inconsciente, o *parlêtre* (*parler = fala; être = ser*), que nos apresenta um ser falante, um ser social que se humaniza a partir da experiência de linguagem e na relação com o Outro. Não nos interessa aprofundar esta questão, mas é importante sinalizar que Lacan avança bastante no estudo da relação do sujeito com a linguagem no campo do Outro, e afirma que não há comunicação sem mal-entendidos, visto que há um gozo incomunicável infiltrado em toda forma de transmissão.

1.2 A Sexualidade infantil e os Complexos Familiares

A psicanálise vai surgir no final do século XIX, numa atmosfera política e social herdada das turbulentas mudanças ocorridas no século anterior. Nesta época em que Freud surge com sua revolucionária teoria acerca da sexualidade, há uma efervescência de cunho social e político na direção de afirmar o conceito de população como um objeto passível de intervenção. A população cresce rapidamente de forma desordenada juntamente com os fenômenos que envolvem a natalidade, a fecundidade, a alimentação e a saúde, sendo assim tratada como um problema político e econômico para o Estado. Sofrendo grandes oscilações, estes fenômenos se apresentam como uma ameaça iminente aos planos de governo e devem ser controlados.

Neste momento a conduta sexual desta população é vista como um dos objetivos de intervenção do Estado a ser analisada e controlada para os diversos fins políticos e econômicos, sob um discurso médico. É claro que esta repressão sexual veio se instalando ao longo da história do homem ocidental, mas vale a pena ressaltar que neste momento do surgimento da psicanálise as interdições e proibições sexuais se encontravam no auge da repressão, o que acabava conduzindo ao encobrimento de algumas práticas sexuais que se mantinham a margem do social, mantinham-se ignoradas e reprimidas, como no caso das mulheres e das crianças por exemplo. O discurso médico, então, sendo utilizado com um objetivo disciplinador, irá contribuir com as intenções do Estado em regular e policiar a

estrutura familiar através da medicalização do sexo, definindo normas através das classificações de normal e patológico.

Em um segundo momento o que acaba se evidenciando é a marginalização e patologização da sexualidade das crianças, dos loucos e dos criminosos, por exemplo. O corpo sexual passa então a ser um instrumento de controle e de medicalização, onde a justiça está diretamente vinculada à medicina. Os distúrbios sexuais relacionados à criança, à mãe insatisfeita, aos homossexuais e aos outros marginais sociais tornam-se sintomas que devem ser tratados por especialistas: médicos, padres, pedagogos, etc. Sempre com o mesmo objetivo, o de entender os problemas que afastam a sexualidade destes marginais da estrutura familiar “normal e saudável”. Neste momento a medicina encontrará apoio nas escolas e nas instituições religiosas, ou seja, tanto a educação quanto a religião endossará o controle realizado pelo Estado sob um discurso médico.

O conceito de sexualidade construído ao longo do século XIX sob este discurso encontrará um respaldo normativo e segregador, com o objetivo de classificar e diferenciar o normal do patológico, observando o padrão imposto e os possíveis desvios dele. A partir da falta de saber dos médicos diante das conversões históricas Freud irá subverter o dispositivo clínico utilizado até então, retirando o saber do lado do médico e colocando o saber do lado do sujeito, um saber a ser decifrado. Inova com a suposição de um saber inconsciente, não sabido, que através da transferência torna possível a experiência da clínica psicanalítica, evidenciando uma “verdadeira” sexualidade, repleta de energia psíquica e afastada de uma lógica fisiológica e reprodutiva.

É de grande importância o contexto social no qual a psicanálise vai emergir para entendermos a repercussão dos conceitos propostos por Freud na época, onde a família e o Estado tinham total controle e responsabilidade sobre a educação de suas crianças, seja dos seus comportamentos ou da sua sexualidade. A criança era vista como imatura e sem a devida noção de seus atos, tendo que ser moldada para se tornar um adulto saudável, suas aspirações pouco importavam. A teoria de Freud chega como uma afronta aos pensamentos da época, ao tomar como fundamento da sexualidade infantil a sua disposição perverso-polimorfa, que escapa ao controle da educação e que buscará diferentes formas de prazer, no seu corpo e fora dele. Uma sexualidade perversa por não ter relação com a reprodução e polimorfa por não se fixar em um único objeto sexual, assumindo várias formas de satisfação. Uma sexualidade impossível de ser domesticada devido à manifestação da pulsão presente em seu aparelho psíquico:

É instrutivo que a criança, sob a influência da sedução, possa tornar-se perversa polimorfa e ser induzida a todas as transgressões possíveis. Isso mostra que traz em sua disposição a aptidão para elas; por isso sua execução encontra pouca resistência, já que, conforme a idade da criança, os diques anímicos contra os excessos sexuais - a vergonha, o asco e a moral - ainda não foram erigidos ou estão em processo de construção. Nesse aspecto, a criança não se comporta de maneira diversa da mulher inculta média, em quem se conserva a mesma disposição perversa polimorfa. Em condições usuais, ela pode permanecer sexualmente normal, mas, guiada por um sedutor habilidoso, terá gosto em todas as perversões e as reterá em sua atividade sexual. Essa mesma disposição polimorfa, e portanto infantil, é também explorada pelas prostitutas no exercício de sua profissão, e no imenso número de mulheres prostituídas ou em quem se deve supor uma aptidão para a prostituição, embora tenham escapado ao exercício dela, é impossível não reconhecer nessa tendência uniforme a toda sorte de perversões algo que é universalmente humano e originário. (FREUD, 1905/ 2006, p.180)

Podemos afirmar que os Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade (1905) foi o livro que inaugurou e lançou ao mundo uma nova e revolucionária teoria da sexualidade, diferente de tudo que já tinha sido trabalhado sobre este tema até o momento, e entrou para o rol das publicações científicas mais importantes da época. Freud no momento do seu lançamento tinha 49 anos de idade e ao decidir mostrar ao mundo a sua linha de pensamento, ofertando uma “verdade” sobre a sexualidade, arriscou tudo o que tinha, carreira, vida social, vida econômica, família, etc. Esta obra foi a que mais sofreu correções e aperfeiçoamento ao longo da história da psicanálise. Entre 1905 e 1920 já tinha passado por quatro edições importantes, nas quais o autor sempre nos apresenta um novo aspecto da evolução de seu pensamento.

Os sexólogos, médicos e pesquisadores da sexualidade nesta época já trabalhavam com o conceito de libido sob a ótica de um instinto sexual comum a todos os seres vivos, um instinto biológico que deveria ser compreendido, descrito e regulado. Descreviam a libido como toda e qualquer atividade sexual que envolvesse os genitais, com base na heterossexualidade e no casamento entre um homem e uma mulher. Dessa forma todo comportamento sexual que se desviasse desses parâmetros era considerado transgressor, criminoso ou doentio, passível de punição perante o social. E neste aglomerado de segregação, estava o comportamento das crianças, dos homossexuais, dos loucos, das mulheres solteiras, dentre outros considerados aberrantes.

O conceito de libido proposto por Freud vai de encontro a toda prática e discurso realizado até então pelos médicos e sexólogos de seu tempo, o que gerou um grande desconforto nas esferas da sociedade e contribuiu para o significativo bombardeio de críticas à psicanálise. Muitas dessas críticas se concentravam em relacionar pejorativamente a teoria proposta por Freud a um panssexualismo¹, cuja principal intenção seria um universalismo

¹Termo utilizado pelos psiquiatras para afirmarem que todas as ações, pensamentos ou atividades psíquicas de um indivíduo estão fundamentadas na sexualidade ou no instinto sexual.

capaz de ser aplicado a todas as culturas e a todos os indivíduos, como uma teoria obscena e pornográfica. As críticas se concentravam principalmente em torno das teorias sexuais infantis e da sexualidade perverso-polimorfa presente no ser humano desde o seu nascimento.

Freud (1905) oferece ao mundo uma nova forma de pensar a sexualidade, como estruturante do aparelho psíquico de todo ser humano, que não estaria somente na ordem de uma reprodução da espécie humana e reduzida a uma genitalidade, mas uma sexualidade que busca prazer e gozo. Ele retira o conceito de libido deste enlaçamento teórico proposto pelos médicos de sua época, que a mantinha relacionada a uma genitalidade e a uma norma reguladora. Uma sexualidade que passa a ganhar voz. Com a psicanálise a relação entre médicos e pacientes ganha um novo dispositivo, visando o principal interessado no tratamento, o sujeito que busca ajuda. Em oposição ao dispositivo terapêutico proposto até então, Freud proporciona ao sujeito a liberdade da fala e afirma que a sua cura deverá passar por ela.

Esta libido proposta por Freud é uma energia psíquica, um impulso ou uma pulsão sexual que deseja satisfazer-se. Inicialmente este investimento será dirigido às diferentes partes do seu corpo e posteriormente a algum objeto externo a ele. Porém este objeto, assim como o seu objetivo podem e devem variar, contribuindo para a sua construção subjetiva. Neste texto fundamental para o nascimento da teoria da sexualidade, Freud, em *Os Três Ensaios sobre a Sexualidade* (1905/ 2006) afirma que a criança já no ato de sugar o leite materno obtém satisfação e que buscará repeti-la quantas vezes lhe for possível na relação com a sua mãe. Uma relação afetiva que não se resume apenas a uma satisfação alimentar, mesmo tendo um apoio nesta função nutritiva. A sexualidade presente nesta criança irá buscar uma satisfação que ultrapassa a necessidade fisiológica.

Com esta ilustração da sucção do seio materno, Freud afirma que a criança busca um prazer mesmo depois de a sua necessidade nutricional ter sido satisfeita. A criança irá experimentar o mundo inicialmente através da sua boca, e sugar o próprio dedo depois de alimentado representará uma satisfação substitutiva da libido através de uma fantasia produzida inconscientemente por este bebê. A satisfação alcançada nunca será suficiente, porém, este sujeito será movido a uma busca incessante por um suposto objeto que possa completá-lo inteiramente, típico da estrutura neurótica. Neste momento, as marcas de uma falta começam a ser escritas na constituição deste sujeito:

O chuchar [Ludeln ou Lutschen], que já aparece no lactente e pode continuar até a maturidade ou persistir por toda a vida, consiste na repetição rítmica de um contato de sucção com a boca (os lábios), do qual está excluído qualquer propósito de nutrição. Uma parte dos próprios lábios, a língua ou qualquer outro ponto da pele

que esteja ao alcance - até mesmo o dedão do pé - são tomados como objeto sobre o qual se exerce essa sucção. Uma pulsão preênsil surgida ao mesmo tempo pode manifestar-se através de puxadas rítmicas simultâneas do lóbulo da orelha e apoderar-se de uma parte de outra pessoa (em geral, a orelha) para o mesmo fim. O sugar com deleite alia-se a uma absorção completa da atenção e leva ao adormecimento, ou mesmo a uma reação motora numa espécie de orgasmo. Não raro, combina-se com a fricção de alguma parte sensível do corpo, como os seios ou a genitália externa. Por esse caminho, muitas crianças passam do chuchar para a masturbação. (FREUD, 1905/ 2006, p. 169)

A partir daí Freud nos apresenta além de um corpo biológico, um corpo psíquico que não respeita uma ordem de desenvolvimento comum a todos, diferente do corpo dividido em fases apresentado pela biologia. Cada indivíduo terá o seu próprio registro neste corpo psíquico e inconsciente, a partir das experiências que obtiver nas diversas relações com o mundo e com os outros ao longo da sua vida.

Dá-se início a um longo caminho no estudo da sexualidade infantil, como base teórica de toda a psicanálise. No início de sua obra ele nos contempla com este conceito de organização pulsional da libido, na qual as pulsões serão direcionadas a algum objeto na busca de prazer e fazem parte da própria estrutura do aparelho psíquico do indivíduo. As pulsões irão variar de lugar e de função ao longo da vida do sujeito, porém nesta fase inicial e imatura de constituição subjetiva da criança, Freud propõe que as pulsões são parciais e autoeróticas, fragmentadas e independentes na busca pela satisfação, obtendo prazer em partes distintas do próprio corpo.

Freud vai construir sua teoria privilegiando a realidade psíquica do sujeito e o inconsciente como o conceito fundamental da psicanálise. Na qual o estudo da sexualidade infantil constitui um ponto importante, pois irá trazer à tona uma sexualidade humana diferente da ideia clássica de um comportamento instintivo com objetivos fisiológicos e reprodutivos previamente determinados.

A presença da sexualidade nas crianças sempre foi tratada pelo adulto como algo sem importância e irrelevante, somente quando sair da “normalidade” proposta é que deve ser observada e cuidada. Desta forma os adultos acabam fazendo uso de mentiras e histórias fantasiosas para responder as perguntas curiosas das crianças acerca dos enigmas da vida, como a morte e a origem da vida. Freud (1905) irá atribuir a este comportamento dos adultos o que chamou de amnésia infantil, adquirida pelos sujeitos na cultura e na educação. Para dar conta destes enigmas a criança então irá buscar um saber a partir da relação com o outro que possa lhe responder, uma busca que favorecerá o seu desenvolvimento e a sua constituição subjetiva.

Os Complexos Familiares na Formação do Indivíduo é um texto precursor e bastante admirado do ensino lacaniano. Mesmo se tratando de um texto datado de 1938, época de um jovem Lacan, seu conteúdo não comprometeu em nada, nem foi obstáculo para os estudos que viriam depois. Este texto foi produzido por Lacan a pedido do professor Henri Wallon para compor uma enciclopédia organizada por ele, que seria dedicada ao estudo da “vida mental”. Por questões de organização do volume enciclopédico o título foi adaptado por Wallon e publicado sob o nome de A Família, tema abordado ao longo de todo o texto.

Neste momento de seu ensino Lacan ainda não fala do inconsciente estruturado como uma linguagem, e também não trabalha sob a ótica dos três registros (Real, Imaginário e Simbólico) fundamentados por ele anos mais tarde. Porém, neste texto já nos deparamos com o conceito de eu constituído pelo narcisismo e distinto do conceito de sujeito. O estudo da família é nuclear neste texto, enquanto representante da cultura e com significativa importância para a constituição do sujeito. Lacan vai afirmar que, amparados pela sociologia, podemos pensar na família enquanto uma instituição, com seus modos de organização da autoridade familiar, com as leis de sua transmissão, e com as leis da descendência e parentesco. Segundo o autor a família tem um papel primordial de transmissão:

Entre todos os grupos humanos, a família desempenha um papel primordial na transmissão da cultura. Se as tradições espirituais, a manutenção dos ritos e dos costumes, a conservação das técnicas e do patrimônio são com ela disputados por outros grupos sociais, a família prevalece na primeira educação, na repressão dos instintos, na aquisição da língua acertadamente chamada de materna. Com isso, ela preside os processos fundamentais do desenvolvimento psíquico, preside esta organização das emoções segundo tipos condicionados pelo meio ambiente, que é a base dos sentimentos, segundo Shand; mais amplamente, ela transmite estruturas de comportamento e de representação cujo jogo ultrapassa os limites da consciência (LACAN, 1938/2008, p. 9).

Para acompanharmos os detalhes deste rico texto precisamos entender inicialmente de onde vem o conceito de complexo. Lacan vai importar de Freud este conceito, como fator inconsciente que desempenha um papel de “organizador” da vida psíquica, com causas e efeitos psíquicos não dirigidos pela consciência e que reproduz certo aspecto da realidade do meio ambiente. O complexo pode ser apreendido e transmitido através da cultura:

Esta definição por si só implica que o complexo seja dominado por fatores culturais: em seu conteúdo, representativo de um objeto; em sua forma, ligada a uma etapa vivida da objetivização; enfim, em sua manifestação de carência objetiva em relação a uma situação atual, quer dizer, sob seu triplo aspecto de relação com o conhecimento, de forma de organização afetiva e de prova ao chocar-se com o real, o complexo se compreende por sua referência ao objeto (LACAN, 1938/2008, p.16).

Outro conceito importante que deve ser esclarecido previamente ao texto é o conceito de imago, um ponto nodal e paradoxal sob o qual Lacan irá estruturar os três complexos: do desmame, da intrusão e de Édipo. A imago pode ser pensada como uma imagem idealizada, formada no inconsciente durante a infância e que será conservada até a idade adulta, afastada de qualquer referência orgânica. Cada complexo trabalhado por Lacan terá sua imago de referência, no Complexo do Desmame encontraremos o paradoxo da imago materna; no Complexo da Intrusão encontraremos a imago do semelhante e no Complexo de Édipo a imago paterna. Lacan aponta para a importância destes aspectos e a relação do seu estudo com a família:

Complexos, imagos, sentimentos e crenças vão ser estudados em sua relação com a família e em função do desenvolvimento psíquico que organizam, desde a criança educada na família até o adulto que a reproduz (LACAN, 1938/2008, p.18).

Os primeiros meses de vida do bebê são marcados pela necessidade urgente de alimentação, direcionando assim todo investimento libidinal da criança aos cuidados da mãe, ao seio materno. Esta relação é considerada a forma primordial da imago materna e posteriormente representará o complexo mais primitivo do desenvolvimento psíquico, o Complexo do Desmame. Longe de ser algo instintivo, o desmame pode ser entendido como uma regulação cultural, onde após determinado tempo de lactação a mãe troca este veículo da alimentação do bebê por outro, o seio dá lugar a outra forma de alimento. Segundo Lacan, este momento de interrupção da amamentação é responsável por fundar os sentimentos mais arcaicos e estáveis que unirão o indivíduo à sua família, deixando marcas no seu psiquismo:

De fato, o desmame, por qualquer das contingências operatórias que comporta, é frequentemente um traumatismo psíquico cujos efeitos individuais, anorexias ditas mentais, toxicomanias pela boca, neuroses gástricas, revelam suas causas à psicanálise. Traumatizante ou não, o desmame deixa no psiquismo humano um traço permanente da relação biológica que ele interrompe (LACAN, 1938/2008, p. 20).

A relação mãe-bebê, nestes primeiros meses de vida, deixa marcas que serão reproduzidas até a fase adulta. Mesmo completados os doze meses após o nascimento, a criança ainda não dispõe de sensações coordenadas que lhe permitam o reconhecimento do próprio corpo, então, toda estimulação perceptiva externa será investida de interesse afetivo. O rosto da mãe, por exemplo, desde os primeiros meses já ganha uma expressão psíquica, de valor social. Um conhecimento precoce da presença e da função materna, onde a ausência ou substituição desta figura pode acarretar um traumatismo causal responsável por distúrbios e algumas neuroses. Lacan vai afirmar que o desamparo primordial está na base de todos os

complexos vindouros, inclusive do desmame, enquanto uma eterna e insuficiente adaptação à ruptura da vida intrauterina. Como podemos verificar:

Essa concepção explica a generalidade do complexo e que ele seja independente dos acidentes de ablactação. Esta – desmame no sentido estrito – dá expressão psíquica, a primeira e também a mais adequada, à imago mais obscura de um desmame mais antigo, mais penoso e de maior amplitude vital: aquele que, no nascimento, separa a criança da matriz, separação prematura da qual provém um mal-estar que nenhum cuidado materno pode compensar (LACAN, 1938/ 2008, p. 24).

O desmame revive no sujeito esta imago mais primitiva, relativa ao desamparo primordial, criando uma tensão vital que o direcionará a uma intenção, aceitar ou recusar a sua posição. A recusa do desmame pode representar uma resistência do sujeito em estabelecer novas relações, vivenciar mudanças e se tornar independente deste “seio” familiar, e a angústia gerada nessa relação pode ser tomada por um sentimento de morte, o mesmo sentimento dos primeiros meses de vida.

O segundo complexo trabalhado por Lacan neste texto é o Complexo da Intrusão, ou Complexo Fraternal. É quando a criança se vê com um ou mais semelhantes, os irmãos, compartilhando do mesmo ambiente doméstico. A observação experimental de crianças e os estudos psicanalíticos permitiram entender que o ciúme infantil além do seu papel de sociabilidade não representa apenas uma rivalidade vital, e sim uma identificação psíquica, tendo o outro como objeto desta identificação.

Lacan nos traz uma ilustração desta situação infantil, onde duas crianças de mesma idade brincam de forma espontânea e fraterna, porém uma demonstra sentir prazer numa brincadeira de dominação sobre a outra, e a outra criança se satisfaz se submetendo a esta, uma relação de duas atitudes opostas e complementares. Lacan então pergunta: Qual está mais escravizada? Este exemplo nos traz à tona o paradoxo que podemos encontrar neste complexo, onde cada criança reconhece no outro alguma parte como sendo a sua própria e a ela se identifica. Entretanto, este sujeito também pode viver esta relação numa participação praticamente insignificante deste outro e vivenciar toda a situação sozinho, visto que este outro possui um valor estritamente imaginário.

Neste momento da vida da criança - do declínio do desmame, aproximadamente aos seis meses de idade - esta imago do outro se relaciona à estrutura do próprio corpo, fragmentado e longe de uma unidade. É neste ponto que Lacan introduz a sua teoria do estádio do espelho, enquanto formador do eu, em contraste com a falta de coordenação do seu corpo. Este estádio estabelece que a formação do eu se dará através de um processo de objetificação, estando o eu localizado na disjunção entre a imagem no espelho e a realidade

descoordenada vivida pela criança. Ao sentir-se ameaçada por esta imagem “completa” diante dela, a criança se identificará a esta como forma de aliviar a tensão já estabelecida, caracterizando assim o momento inicial de formação da instância imaginária e do eu. Lacan vai destacar a importância do semelhante (intruso) para a formação do eu:

Seja como for, é pelo semelhante que o objeto como o eu se realiza: quanto mais pode assimilar de seu parceiro, mais o sujeito conforta ao mesmo tempo sua personalidade e objetividade, garantes de sua futura eficácia (LACAN, 1938/ 2008, p. 38).

Para Lacan a infância é um momento de emergência do sujeito do inconsciente, um momento de constituição, que marcará sua pré-história inconsciente e lhe apresentará ao universo simbólico, enquanto um sujeito dividido pela linguagem. Diante disto, vale a pena mencionar brevemente duas operações importantes do ensino lacaniano que estão presentes neste momento da infância e que complementarão o estudo dos complexos familiares: a alienação e a separação. Deste momento inicial de constituição do sujeito, Lacan no Seminário 11 (1964/ 1996) vai destacar a alienação como a primeira e mais originária operação que irá socorrer a criança e fundar o sujeito, uma primeira imersão do sujeito no campo do Outro.

A alienação em Lacan pode ser entendida como um processo de assujeitamento consentido ao Outro da linguagem para que o sujeito possa advir, visto que mesmo nascendo imersa no mundo da linguagem a criança ainda não adentrou no campo das relações simbólicas, e isso só será possível ao assujeitar-se ao campo do sentido e das representações, ao campo do Outro. Um processo em que o que está em questão é a dependência do sujeito para com o Outro neste momento de constituição, possibilitando a inscrição de significantes.

Já o processo de separação, enquanto um outro tipo de operação possível neste momento inicial de constituição subjetiva, servirá de matriz para as futuras relações e conduzirá o sujeito em outra direção, permitindo-lhe sair deste lugar de objeto na relação com o Outro para então se inserir no universo do desejo e da demanda. A criança ao se dar conta de que está diante de um Outro faltoso, que não pode lhe satisfazer por completo e nem corresponder às suas expectativas, encontrará no seu desejo uma saída para a alteridade, um movimento de vida e de construção.

Neste momento a criança descobre que a sua mãe é faltosa e que já não se encontra mais nesse lugar fantástico de único e exclusivo objeto de desejo desta. A condição faltosa dessa mãe é o que irá conduzir a mesma em outras direções para além da criança, pela via do desejo, caso isso não ocorra esta criança poderá ser implicada numa fantasia e colocada no

lugar de objeto para tamponar esta falta, algo adoecedor para ambos. Sendo necessária a introdução de um terceiro significante entre este bebê e a sua mãe, o Nome-do-Pai, uma função paterna que impessa esta fusão. A importância da função do pai, assim com a teoria do Complexo de Édipo serão trabalhadas no próximo item.

1.3 O Estádio do Espelho, o Complexo de Édipo e o Complexo de Castração

Voltando a noção de prematuração do corpo *do infans* ao nascer e desta incompletude do sistema cognitivo neste primeiro momento de vida, observamos que a criança não dispõe de recursos perceptivos e de integração das funções motoras, o que lhe impossibilita a experiência de um corpo unificado. Lacan vai afirmar que nesta fase da vida a imagem do outro exercerá uma função primordial que permitirá a criança antecipar a experiência de unidade do seu corpo. Sua hipótese sobre o estágio do espelho objetiva mostrar este momento fundamental da constituição imaginária do eu, e alertar para a possibilidade da formação de uma estrutura psicótica caso este alicerce seja afetado.

Será justamente entre o narcisismo primário e a constituição do eu que Lacan irá fundamentar sua hipótese, como uma contribuição à obra freudiana da teoria do narcisismo. Neste estágio Lacan irá propor que a criança entre aproximadamente seis meses e um ano e meio de vida, será conduzida a uma unificação do seu corpo até então fragmentado (autoerotismo) através da sua relação com o outro e da percepção da sua própria imagem no espelho. Assim, através da identificação com o seu semelhante e da precipitação de sua imagem no espelho, a criança defrontar-se-á com a matriz simbólica para a constituição do eu e também para o surgimento do sujeito, ou seja, através de uma relação imaginária entre a criança e o outro, haverá um investimento libidinal em sua própria imagem corporal, com qual a criança se identificará diante do outro, buscando ser o que o outro deseja que ela seja. Após este momento, o investimento inicial da libido no corpo frente ao outro retornará sobre o eu desta criança enquanto uma organização narcísica. Em 1938 Lacan já mencionava a importância do Estádio do Espelho para a constituição do sujeito e o duplo significado deste reconhecimento da criança frente ao espelho:

(..) Ora, o reconhecimento pelo sujeito de sua imagem no espelho é um fenômeno que, para a análise deste estágio, é duplamente significativo: o fenômeno aparece após seis meses e seu estudo nesse momento revela de maneira demonstrativa as tendências que constituem, então, a realidade do sujeito; a imagem especular, em virtude mesmo dessas afinidades, fornece um bom símbolo dessa realidade: de seu valor afetivo, ilusório como a imagem, e de sua estrutura, como ela reflete a forma humana. (...) A percepção da forma do semelhante enquanto unidade mental está, no

ser vivo, ligada a um nível correlativo de inteligência e sociabilidade (LACAN, 1938/ 2008, p.33).

Mas será em *O Estádio do Espelho Como Formador da Função do Eu* (1949/ 1998), tal como nos é revelada na experiência psicanalítica, que Lacan irá trabalhar de forma mais específica este estágio. No título ele já nos revela um dos objetivos deste texto, um trabalho que trata da função do eu a partir de uma leitura do estágio do espelho. Um período dos seis aos dezoito meses de idade, momento em que a criança experimenta ludicamente a relação da sua imagem refletida no espelho sem ter ainda recursos para tal reconhecimento. Lacan faz uma breve comparação do bebê com o filhote de chimpanzé, afirmando que a criança nesta fase do seu desenvolvimento é superada em inteligência instrumental por um chimpanzé de mesma idade.

Ele vai tratar o estágio do espelho como um momento necessário de identificação, de uma transformação produzida no sujeito ao assumir uma imagem nesta fase de impotência motora e dependência da amamentação:

(...) a matriz simbólica em que o eu se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito (LACAN, 1949/ 1998, p.97).

Lacan vai destacar que a função do estágio do espelho é de estabelecer uma relação do corpo (psíquico) com a sua realidade externa, ou melhor, do *Innenwelt* com o *Umwelt*. Entendendo este momento de prematuração específica do nascimento e insuficiência da criança ele vai afirmar que este estágio será decisivo para a formação do eu:

(...) o estágio do espelho é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação – e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade que chamaremos de ortopédica – e para a armadura enfim assumida de uma identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental. Assim, o rompimento do círculo do *Innenwelt* para o *Umwelt* gera a quadratura inesgotável dos arrolamentos do eu (LACAN, 1949/ 1998, p. 100).

Com Lacan teremos um afastamento da ideia de evolução ou desenvolvimento, pois, para ele, o estágio do espelho é um momento importante na constituição do sujeito a partir da relação com o outro. Pereira (1997), ao trabalhar a noção de desamparo em Lacan, fala do estágio do espelho como uma relação do sujeito com o outro composta de dois momentos. A primeira, imaginária, é uma relação que se dará entre o objeto e a formação do eu. A segunda relação, simbólica, será construída subjetivamente através da relação entre a constituição do sujeito e o Outro inconsciente, afirmando que através desta relação simbólica uma imagem será recalçada. A validação e confirmação subjetiva da imagem refletida no espelho

dependerão exclusivamente do adulto para significá-la, ou seja, o reconhecimento pelo adulto representa então uma intervenção de ordem simbólica para se efetivar. Pereira (1997) cita a afirmação de Lacan no texto Observação Sobre o Relatório de Daniel Lagache (1961, in: Escritos), de que a verdadeira prematuração seria a simbólica: [...] a prematuração simbólica pela qual a criança increve-se no ser para o outro (para nós, o discurso do outro) [...] (LACAN, 1961, p.655).

Podemos identificar então a importância deste reconhecimento primordial do outro no processo de constituição do eu, onde qualquer abalo nos alicerces deste reconhecimento pode comprometer a estabilidade da imagem do eu ainda em formação. Lacan destaca:

Este momento em que se conclui o estágio do espelho inaugura, pela identificação com a imago do semelhante e pelo drama do ciúme primordial, a dialética que desde então liga o eu a situações socialmente elaboradas. É este momento que faz todo o saber humano bascular para a mediatização pelo desejo do outro, constituir seus objetos numa equivalência abstrata pela concorrência de outrem, e que faz do eu esse aparelho para o qual qualquer impulso dos instintos será um perigo, ainda que corresponda a uma maturação natural – passando desde então a própria normalização dessa maturação a depender, no homem, de uma intermediação cultural, tal como se vê, no que tange ao objeto sexual, no complexo de Édipo (LACAN, 1949/ 1998, p. 101-102).

Seguindo, também devemos destacar um ponto importante da relação mãe-criança, onde a questão do outro começa a se colocar para o *infans*, quando sua mãe deixa de trazer a satisfação esperada e se evidencia uma separação. Um momento crítico do ponto de vista da criança, onde se instaura a demanda de amor, pedidos direcionados ao outro que detém o poder de lhe satisfazer. A partir daí temos a inserção da criança no campo da linguagem e da demanda, uma demanda que será sempre demanda de outra coisa, uma falta estrutural que o conduzirá para a alteridade e construção subjetiva.

Encontramos em Lacan a falta enquanto uma função e a castração como orientadora do sujeito na sua relação com a lei, condensando presença e ausência e permitindo a socialização do seu desejo. No primeiro momento do seu ensino Lacan irá privilegiar esta falta sob a ótica do simbólico, interpretando a teoria da castração freudiana e trabalhando o conceito de falo enquanto um operador do desejo. Ele vai afirmar que o desejo se move por esta relação com a falta, um desejo do outro, desejo daquilo que supostamente faz falta no outro, e que de alguma maneira passa a fazer falta em nós, permitindo as trocas simbólicas e estabelecendo uma relação entre o desejo e a demanda. Diante disto a teoria freudiana do Complexo de Édipo se apresenta com significativa relevância para entendermos os fenômenos existentes nessa fase da vida das crianças e a importância da relação com seus pais para sua constituição subjetiva.

O Complexo de Édipo representa uma das problemáticas fundamentais da obra freudiana, um momento importante da constituição do sujeito. Longe de representar apenas a relação de amor da criança ao genitor do sexo oposto e de ódio ao genitor do mesmo sexo, este conceito fala da experiência vivida pelas crianças na dificuldade de lidar com o desejo como algo novo e pulsante. Não se trata apenas de um drama da infância onde há uma hostilidade com relação ao pai ou a mãe. É um momento único de inserção no mundo simbólico, de uma socialização necessária à constituição do sujeito e de um encontro da criança com o seu desejo.

Um momento crítico de separação do corpo da mãe, onde a criança é tomada por este algo novo, o desejo, e deve aprender a lidar com ele mesmo diante de um corpo imaturo, de uma consciência também imatura e diante deste algo que lhe foge ao controle e lhe provoca medo. É considerado um período de crise para a criança, quando a entrada no simbólico lhe exigirá a transição do desejo até então “selvagem” para um desejo nos moldes sociais. Um processo subjetivo onde o sujeito deverá aprender a responder a esta falta e a interpretar o desejo do outro.

A leitura do Complexo de Édipo por Lacan nos traz uma primazia da função paterna, o Nome-do-Pai, enquanto uma interiorização das regras, das leis e proibições. Ao mesmo tempo em que interdita o incesto também funciona como uma barreira entre a mãe e a criança, permitindo aos dois se apropriarem da lei para poderem desejar, possibilita o mover de seus desejos em outra direção. Segundo Lacan: “(...)o pai acha-se numa posição metafórica, na medida e unicamente na medida em que a mãe faz dele aquele que sanciona, por sua presença, a existência como tal do lugar da lei” (LACAN, 1957-58/ 1999, p.202).

Em Freud encontramos um supereu que interdita, organizado, que diz não o tempo todo, enquanto em Lacan o supereu funciona como um imperativo de gozo, que obriga o sujeito a gozar com a sua fantasia incessantemente. Na metáfora paterna proposta por Lacan o pai deixa de ser um ditador e disciplinador, ele passa a ser aquele que permite ao sujeito se haver com a sua falta e se movimentar na direção do desejo. A castração neste sentido ganha outra conotação, além da tão temida perda do pênis, passa a configurar uma interiorização da lei.

Em Nota sobre a criança (1969/ 2003), texto entregue à Sra. Jenny Aubry sob a forma de duas folhas manuscritas, Lacan destaca a importância da família na transmissão de algo para além da satisfação das necessidades. Uma transmissão da ordem de uma constituição subjetiva, relacionada a algum desejo que não seja anônimo em que pai e mãe possuem funções distintas:

É por tal necessidade que se julgam as funções da mãe e do pai. Da mãe, na medida em que seus cuidados trazem a marca de um interesse particularizado, nem que seja por intermédio das suas próprias faltas. Do pai, na medida em que seu nome é vetor de uma encarnação da Lei no desejo (LACAN, 1969/ 2003, p. 369).

Ainda seguindo os trilhos desta Nota, podemos verificar a concepção elaborada por Lacan de que em alguns casos o sintoma da criança pode responder ao que já existe de sintomático na própria estrutura familiar, e destaca, além da importância da função paterna, as possibilidades sintomáticas na relação mãe-criança:

O sintoma – esse é o dado fundamental da experiência analítica - se define, nesse contexto, como representante da verdade. O sintoma pode representar a verdade do casal familiar. Esse é o caso mais complexo, mas também o mais acessível a nossas intervenções. A articulação se reduz muito quando o sintoma que vem prevalecer decorre da subjetividade da mãe. Aqui, é diretamente como correlata de uma fantasia que a criança é implicada (...) A criança realiza a presença do que Jacques Lacan designa como objeto a na fantasia (LACAN, 1969/ 2003, p. 369-370).

Mergulhada desde o nascimento numa estrutura de ordem simbólica a ela preexistente, a criança neste momento passa a entender e se encontrar num lugar onde pode ou não corresponder às expectativas maternas de reconhecimento. Ou seja, a criança descobre que é dela que a mãe espera receber o reconhecimento do seu papel de mãe. Lacan dá o exemplo na anorexia infantil como um recurso utilizado pela criança para se opor à onipotência de uma mãe invasora. A relação de dependência unilateral sentida pela criança desde o nascimento a espera desta ação específica do outro para se manter viva, passa a dar lugar a uma posição fálica, de “poder”, onde a criança na relação com a mãe se identificará a algo importante para ela e usará isto a seu favor.

Porém, este lugar fálico não tarda a sofrer intercorrências e a revelar a sua fragilidade, o momento do desmame, por exemplo, representa uma prévia desta tensão presente na relação com o Outro desde os primórdios, quando a criança então descobre que não é o objeto mais desejado pelo outro.

Podemos encontrar em Além do Princípio do Prazer (1920/ 2006) um bom exemplo deste processo inicial da constituição do sujeito ao se separar do corpo da mãe, quando Freud nos relata uma experiência após observar primeiramente o comportamento de seu neto, após a saída de sua mãe do quarto, e depois ter estendido esta observação a outras crianças pequenas. Estas crianças brincavam de lançar para longe pequenos objetos após a mãe se ausentar de sua presença e pronunciavam um longo “ooooooooó”, interpretado por Freud como parecido ao som do “fort”, em alemão, “fora”. Certo dia ele observou que seu neto, lançando mão de um carretel amarrado a um barbante, arremessou-o para longe na ausência da mãe, e logo em

seguida o puxava para perto novamente, sendo que no reaparecimento deste carretel o menino balbuciava um entoado “aaaaaaaá”, interpretado por Freud como um “dá”, em alemão “aqui”.

Esta brincadeira permitiu a Freud elaborar duas coisas importantes, primeiro que a criança através deste jogo do “Fort’da” ou “fora/aqui”, deixava uma posição de passividade frente à angústia de ter sido deixada sozinha pela mãe, pela posição ativa de elaborar um jogo que pudesse lhe proporcionar certo prazer nesta ausência. E a outra observação retirada destas observações, foi o fato da criança nestas brincadeiras poder expressar sentimentos ruins e desconfortáveis, o que não seria capaz na presença da mãe, como uma forma de vingança direcionada a figura desta que lhe deixou “abandonado”. Este “dentro/fora” irá permitir a simbolização do objeto, um movimento inicial nesse processo de constituição do sujeito e da construção de laços sociais.

Podemos identificar este afastamento do corpo da mãe na direção de uma construção individual, como uma saída encontrada pela criança que a possibilite existir na ausência e na presença do outro. O conceito de falo então passa a ter um lugar de destaque neste período da obra freudiana, um conceito que sofreu duras críticas e muitas vezes foi mal interpretado pelos estudiosos da época, que o reduziam apenas a uma parte do corpo masculino. O falo freudiano está muito além disso, trata-se de um momento de integração das funções da pulsão até então parciais, autoeróticas, que antecede o momento inicial do investimento narcísico voltado para o eu da criança.

O falo na obra freudiana constitui um processo de organização das pulsões pelo qual tanto o homem quanto a mulher deverão passar, uma identificação com o falo ou de desejo do falo. Lacan avança ao afirmar que o falo representa um importante vetor na diferença entre os sexos, ter ou não ter este falo, ser ou não ser o falo, o que permitirá um deslocamento subjetivo do sujeito e a leitura do falo como uma possibilidade de causa do desejo no outro. Porém, se a criança não aceita o pai enquanto aquele que castra a mãe, o perigo se evidencia. Pois a criança poderá se fixar numa forma de identificação com o objeto da mãe e ficar presa nela. O falo para Lacan é um significante que pode representar uma moeda de troca na relação do sujeito com o Outro.

Diante da dependência de amor e cuidado a criança passa a constituir-se como objeto imaginário do desejo da mãe, objeto que será simbolizado como o próprio falo desta. Contudo, esta posição de ser o objeto incontornável da realização do desejo da mãe vai se mostrar extremamente perigosa, pois neste lugar de objeto fálico, a criança poderá estar condenada a ser somente o que esta relação lhe permitir. Uma relação que pode trazer uma fusão com o corpo da mãe e comprometer sua constituição subjetiva, momento importante de

entrada da função paterna, enquanto uma representação simbólica da Lei que possa operar entre esta mãe e a criança, permitindo à criança sair deste lugar de objeto da mãe e desejar enquanto sujeito da sua própria história. Como aponta Lacan: (...) sob a forma do falo que o sujeito se apodera do objeto do desejo da mãe (LACAN, 1957-58/ 1999, p.181). O falo para Lacan é um significante que pode representar uma moeda de troca na relação do sujeito com o Outro.

O conceito de falo nos permitirá identificar e trabalhar o Complexo de Castração. Em *A Organização Genital Infantil: Uma Interpolação na Teoria da Sexualidade* (1923/ 2006), Freud vai afirmar que:

(...) O significado do complexo de castração só pode ser corretamente apreciado se sua origem na fase da primazia do falo for também levada em consideração (FREUD, 1923/ 2006, p. 182).

O complexo de castração é um processo que para Freud representa o núcleo do Complexo de Édipo, com um destaque maior que o próprio conceito de falo, pois é a partir dele que Freud vai deduzir a existência de algum objeto que responderia a esta falta, um objeto perdido nos seus primórdios. A impossibilidade de uma completude diante dos pais e a perda libidinal a eles dirigida se voltarão para o eu da criança, que irá buscar uma identificação que o auxilie na construção subjetiva e na busca do objeto.

As teorias sexuais infantis vão dar à criança e ao adulto a oportunidade de entender as dúvidas que cercam sua existência, e a fantasia ocupará um lugar de extrema importância neste momento, pois vai permitir uma construção subjetiva que ajude a lidar com estes enigmas de sua vida, como as diferenças sexuais, o nascimento, a copulação, etc. Mesmo cercada de informações ou até mesmo enlaçada por uma relação parental, a criança irá criar a sua própria verdade para dar conta de suas dúvidas, num tempo de acordo com a sua lógica, diferentemente de um tempo cronológico e racional. Podemos entender as teorias sexuais infantis como uma construção subjetiva necessária para a criança poder dar conta dos enigmas surgidos na sua relação com o outro, que lhe acompanharão durante toda a vida, uma fase dos “porquês”. E o complexo de castração ocupará um lugar fundamental dentro deste contexto edipiano, ao levar a criança a sentir-se ameaçada diante da diferença anatômica. Uma ameaça que virá do outro em forma de uma advertência de castração, através da qual os pais deixam de ser os objetos dos desejos sexuais dos seus filhos. Este momento se dará de forma diferente para o menino e para a menina segundo Freud:

A respeito da relação existente entre os complexos de Édipo e de castração, existe um contraste fundamental entre os dois sexos. Enquanto, nos meninos, o complexo

de Édipo é destruído pelo complexo de castração, nas meninas ele se faz possível e é introduzido através do complexo de castração (FREUD, 1925/ 2006, p. 318).

Em 1908, no texto intitulado *Sobre as Teorias Sexuais das Crianças* (1908/ 2006), ele vai afirmar que a primeira teoria desenvolvida pelas crianças diante da relação com os genitais é atribuir a presença do pênis a todos os seres vivos, inclusive nas mulheres. Uma fantasia comum à maioria das crianças, de que todo mundo possuiria este produto que causaria o desejo no outro, ou seja, o falo. Aos poucos as crianças vão descobrindo que nem todos o possuem, até mesmo a sua própria mãe. O que se traduz pelo medo da perda do amor do outro, já que a criança não pode mais se ver neste lugar único e desejado, obrigando-a a se reorganizar a nível subjetivo para então poder dar conta de resolver sozinha os enigmas das teorias sexuais infantis e dos enigmas que envolvem a sua relação com o outro, que lugar ocupa para o pai? Que lugar ocupa para a mãe? Que tipo de relação se estabelece entre o pai e a mãe? Um cálculo que resultará então num complexo faltoso, neste complexo de castração nomeado por Freud.

Mas será em 1909 que Freud vai inserir pela primeira vez em sua clínica o conceito da castração, no caso do Pequeno Hans (FREUD, 1909/ 2006). Um caso emblemático na obra freudiana, não só por constituir um feito único de Freud ao descrever a análise de uma criança fóbica de cinco anos, mas por poder ilustrar uma trama edípica complexa onde a castração se mostra nuclear e as teorias sexuais infantis ganham importância. Uma fobia de cavalo, que associada à figura do pai ameaça arrancar o seu pênis, um protótipo de ameaça ligada à fantasia de castração que lhe interdita o acesso à mãe. O caso se complica ainda mais com o nascimento de sua irmã, que perde o “faz pipi”, segundo uma teoria fantasista criada pelo próprio Hans.

Para Lacan o tema da castração pode ser pensado como uma operação subjetiva de inscrição do sujeito na linguagem, não reduzindo apenas a uma operação edípica. Ele afirma que a castração é determinante na forma de acesso do sujeito ao mundo simbólico, destacando que a forma assumida pelo sujeito frente à castração incidirá diretamente sobre sua estrutura clínica (neurose, psicose ou perversão). Uma trama que se evidencia na importante função do pai, como observa Lacan: (...) é ao pai real que se refere, efetivamente, a função de destaque no Complexo de Castração (LACAN, 1956-57/ 1995, p.226).

A partir dos estudos e teorias abordadas ao longo deste capítulo, podemos visualizar o desamparo, a *Hilflosigkeit* freudiana, na base de todas as experiências do sujeito e com grande influência sobre as suas construções subjetivas. Tendo nas relações ditas “familiares” um protótipo das suas futuras relações com o mundo. Porém, um dos objetivos desta pesquisa é

poder trazer algumas observações de dentro de um serviço de saúde mental, onde nos deparamos com outros tipos de desamparo, vivenciados por pacientes e por profissionais submetidos à singularidade do trabalho realizado nas esferas públicas do cuidado e da assistência. Sujeitos com construções singulares de um lugar onde é possível se localizar no laço social, mesmo diante das inúmeras adversidades, que exigem deles criatividade e afirmação do desejo.

2 À CONSTRUÇÃO DE UM LUGAR

Uso a palavra para compor meus silêncios.
Não gosto das palavras
fatigadas de informar.
Dou mais respeito
às que vivem de barriga no chão
tipo água pedra sapo.
Entendo bem o sotaque das águas
Dou respeito às coisas desimportantes
e aos seres desimportantes.
Prezo insetos mais que aviões.
Prezo a velocidade
das tartarugas mais que a dos mísseis.
Tenho em mim um atraso de nascença.
Eu fui aparelhado
para gostar de passarinhos.
Tenho abundância de ser feliz por isso.
Meu quintal é maior do que o mundo.
Sou um apanhador de desperdícios:
Amo os restos
como as boas moscas.
Queria que a minha voz tivesse um formato
de canto.
Porque eu não sou da informática:
eu sou da invencionática.
Só uso a palavra para compor meus silêncios

Manuel de Barros - O Apanhador de Desperdícios)

A ideia da construção de um lugar, tema que nos deparamos já no título desta dissertação, é uma provocação que surge a partir de alguns impasses vivenciados no trabalho realizado em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Uma reflexão que objetiva trazer o olhar de dentro de um serviço de saúde mental e que oportunize observar e localizar alguns lugares subjetivos, de cuidados e de promoção de saúde já existentes,

construídos por pacientes e também por trabalhadores. Um trabalho sério, efetivo e de extrema necessidade, que se caracteriza por sua complexidade e exige disponibilidade dos profissionais para lidar com “misérias” e “desperdícios” de diferentes configurações e estruturas.

Iniciaremos destacando o lugar da psicanálise dentro de um serviço de saúde mental imerso nos princípios da Reforma Psiquiátrica, enquanto um instrumento importante de escuta, manejo e condução dos casos. Seguindo este ponto vamos refletir sobre o lugar da clínica na atenção psicossocial, com a sua relevância e seus desafios.

A partir do trabalho com pacientes psicóticos, vamos ressaltar algumas características desta estrutura que se revela errante, “sem lugar” e com uma forma particular de localização no laço social. O trabalho com pacientes em extrema vulnerabilidade social e sem referência familiar também nos leva a refletir sobre um lugar, o “lugar de resto”, enquanto uma condição de silenciamento discursivo e traumático na estrutura social.

Ao apontarmos o lugar do Capsi trazemos além de aspectos geográficos e políticos, aspectos de ordenação da rede e trabalhos desenvolvidos junto à atenção básica e à educação, como algumas das funções deste serviço no território. E para finalizarmos vamos refletir sobre o lugar do trabalhador neste serviço de saúde mental, um olhar de dentro, envolto nas dificuldades de precarização do serviço e das suas próprias dificuldades materiais e subjetivas, tendo que lançar mão de estratégias e recursos criativos para manter vivo o seu desejo diante de panoramas e realidades que tendem a nos paralisar e trazer angústia.

2.1 Qual o lugar da psicanálise na atenção psicossocial infanto-juvenil diante dos paradigmas da Reforma Psiquiátrica?

A Reforma Psiquiátrica brasileira teve início nos anos 70 sob algumas importantes influências: a Reforma Sanitária, que lutava por mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde e em defesa da saúde coletiva; e o contexto internacional, com críticas sérias aos modelos asilares ofertados pelos hospitais psiquiátricos, objetivando ultrapassar as violências ocorridas nos tratamentos de configuração manicomial. Um processo político e social bastante complexo, que envolve diferentes personagens da saúde pública, governos, instituições, trabalhadores, usuários, etc. Com uma proposta transformadora de valores, práticas e saberes.

Alguns autores (AMARANTE, 2018) identificam o ano de 1978 como o marco inicial da Reforma, representado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM),

composto não só por estes trabalhadores, mas também por integrantes do movimento sanitário, por familiares, pacientes, sindicatos e associações. Um movimento de luta e denúncia da violência ocorrida dentro dos manicômios, da burocratização da loucura e da privatização da assistência aos loucos, além das críticas ao saber psiquiátrico nos moldes hospitalocêntricos. Em 1987 é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na cidade do Rio de Janeiro. Neste mesmo ano surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo.

Em 1989 ocorre em Santos uma intervenção de repercussão nacional, que representa um marco neste processo inicial da Reforma Psiquiátrica no Brasil, na qual a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) intervém em um hospital psiquiátrico chamado Casa de Saúde Anchieta, onde havia provas de maus tratos e de mortes de alguns pacientes internados. Uma denúncia que mostra a urgência da criação de serviços e redes de cuidados para os “loucos” em substituição aos hospitais psiquiátricos. Neste mesmo ano o Deputado Paulo Delgado dá entrada no Congresso Nacional do Projeto de Lei que só será sancionado 12 anos depois, após passar por inúmeras modificações. A Lei Federal 10.216, conhecida como a “Lei Paulo Delgado” ou “Lei da Reforma Psiquiátrica”, irá instituir a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais graves e a gradativa extinção dos manicômios no Brasil.

O contexto político da saúde mental voltado para a criança e o adolescente até o final do século XX é marcado pela ausência de políticas públicas direcionadas para o cuidado dessa população com transtornos graves e persistentes, em vulnerabilidade social e simbólica, sem referência familiar ou em contextos familiares totalmente adoecidos. O que havia até então eram ações assistenciais com uma proposta reparadora e disciplinar, amparadas na institucionalização, como a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) em São Paulo. A partir da Constituição de 1988, que propõe a criação do SUS e do ECA, podemos observar um processo de redemocratização, que oportuniza condições históricas para mudanças neste contexto da atenção voltada para a criança e o adolescente.

Couto (2008) destaca o “gancho” tardio pego pela saúde mental infanto-juvenil no movimento da Reforma Psiquiátrica, porque somente a partir de 2001 começaram a ser desenvolvidas as primeiras políticas públicas de inserção da saúde mental voltada para criança e adolescente na agenda de saúde pública, o que permitiu a implantação do primeiro CAPSi em 2002 (Portaria nº 336/2002). As condições que possibilitaram tal feito podem ser entendidas a partir de acontecimentos externos e internos à saúde mental. Externos à saúde mental, no âmbito dos Direitos Humanos, encontramos a Constituição de 1988, a Convenção dos Direitos da Criança em 1989 e a elaboração do SUS e do ECA em 1990; internos, temos o

decreto da Lei 10.216/2001 e a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) em 2001.

A partir daí observamos novas concepções de criança e de adolescente, como agentes de sua subjetivação frente às experiências no mundo, com histórias de vida e experiências particulares, atravessados pelo enigma da existência, passíveis de sofrimento e adoecimento mental, e com direito ao tratamento e cuidado do seu sofrimento. Pontos esses destacados na III CNSM (2001) e que representaram um divisor de águas na história da saúde mental da criança e do adolescente em nosso país.

Ao problematizar a hegemonia do saber psiquiátrico sobre o tratamento das psicoses e das neuroses graves na lógica manicomial, a Reforma Psiquiátrica permitiu a elaboração de novas formas de tratamento para os pacientes em sofrimento mental a partir de diferentes saberes e práticas. Uma reestruturação do tratamento da loucura que passa pela clínica, pelas novas instituições de cuidado e por políticas públicas. Hoje nos deparamos no cotidiano dos serviços de saúde mental com diferentes abordagens e formas de manejar o cuidado, compostas por diferentes profissionais de formações distintas. Uma multiplicidade que traz consigo novos desafios e exige atenção, para não haver uma polarização de discursos que possam dificultar o diálogo e a condução dos casos.

O modelo da Reforma Italiana proposto por Basaglia representa umas das influências ao processo de desinstitucionalização dos pacientes crônicos em hospitais psiquiátricos ou em instituições asilares no nosso país. Uma psiquiatria revolucionária e democrática com ideias voltadas para uma psicologia comunitária na qual o trabalho assistencial visa o sujeito-cidadão. Um modelo em que o cuidado se alicerça na reabilitação psicossocial com o objetivo de reinserção ao contexto social, um trabalho que se destaca pela diversidade de saberes e especialidades. Com uma crítica importante ao modelo médico-psiquiátrico que predominava nos tratamentos da loucura até então. Uma outra influência importante à Reforma Psiquiátrica Brasileira foi a psicoterapia institucional francesa, inspirada nas experiências de Jean Oury, que privilegia a dimensão clínica e sustentada desde os primórdios da reforma pela presença de psicanalistas nesse movimento.

Porém, a herança deixada por este modelo aos dispositivos de saúde mental brasileiros no momento pós-reforma representa um paradoxo, pois ao valorizar uma proposta de atenção psicossocial que objetiva o estímulo à autonomia do paciente e a função dos contratos sociais, acabou por favorecer um relativo declínio da dimensão clínica no estudo dos casos nestes novos serviços. Desta forma, as novas formas de tratamento criadas pelo movimento da Reforma (CAPS, Centros de Convivência, Residências Terapêuticas, Unidades de

Acolhimento, dentre outros) passam a representar a “linha de frente” no cuidado aos loucos, encontrando na assistência ferramentas para o exercício do trabalho.

Surge então uma luta pela cidadania do louco, um cidadão com direitos e que deve ser inserido na sociedade, ter sua autonomia estimulada através de contratos sociais e de projetos singulares elaborados junto à assistência. O que traz outras consequências ao tratamento da loucura, com sua forma própria de funcionamento e posicionamento no laço social. Um dos problemas que podemos visualizar de antemão é o surgimento de uma lógica paternalista nos serviços de atenção psicossocial, que acabam assumindo o papel de responsáveis pelo tratamento e pela vida dos pacientes, entendendo tudo como demanda passível de direcionamento. Um exemplo para ilustrar esta “maternidade” existente em alguns CAPSi’s são as dificuldades encontradas pelas equipes em encaminhar os pacientes ao completarem a maioria. Inúmeros são os motivos declarados: problemas na rede de cuidados para recebê-los, a imaturidade dos pacientes, a relação com as famílias, a transferência do paciente com o serviço, o perigo de interromper um trabalho construído há anos, dentre outros.

Nesta nova perspectiva de cuidado, os serviços de atenção psicossocial passam a trabalhar de forma multiprofissional e multifuncional, pois ofertam além do trabalho clínico com pacientes graves, também um trabalho médico-psiquiátrico e assistencial. Porém, é de extrema importância estar atento para não correr o risco de uma fixação no segundo plano deste trabalho e acabar estabelecendo na prática uma preocupação moral e educativa, visando restabelecer um estado de saúde e bem-estar dos pacientes a partir de um saber anterior e universal. O que se transcreve numa ambição de curar e querer o bem dos pacientes, resultando no silenciamento do saber inconsciente em prol de um ideal de saúde para todos, que privilegia uma política massificadora que exclui o singular de cada sujeito. Posições sempre muito criticadas por Freud desde o início da sua obra, quando opõe a psicanálise às psicoterapias diversas ofertadas pela psicologia, baseadas na sugestão e na pedagogia.

A partir das revolucionárias propostas da Reforma que retiram o discurso médico-psiquiátrico desta posição alienante e autoritária, há uma abertura para a inserção de diferentes saberes no tratamento da loucura. Desta forma, a psicanálise encontra seu lugar e passa a contribuir de forma bastante significativa na escuta clínica dos pacientes e também na redação de novas propostas para o desenvolvimento e fortalecimento deste movimento democrático, com um olhar voltado às contingências impostas pelo sujeito e uma escuta que não se limita ao discurso médico ou assistencial que reduz o paciente às tragédias e mazelas de sua vida.

Baseados na experiência francesa (PASSOS, 2009), com ênfase à Clínica de La Borde fundada por Jean Oury em 1953, os psicanalistas presentes na construção da reforma psiquiátrica no Brasil foram os responsáveis por fortalecer o lugar da clínica em meio ao desmoronamento do saber médico-psiquiátrico e ascensão de um cuidado assistencial baseado numa lógica de cidadania. Esta clínica francesa se destacou pelo trabalho institucional com psicóticos, tendo no manejo clínico a referência nuclear do tratamento que fundamenta a instituição. Em Belo Horizonte, nas décadas de 70 e 80, o movimento de psicanalistas de orientação lacaniana também trouxe avanços e contribuições à reforma brasileira.

O que então se evidencia é um movimento de vida e reformulação de uma lógica manicomial existente há muito, uma “centelha de ignição” disparada que passa a deslocar também as formas de fazer e pensar as novas práticas. Um novo panorama onde os serviços de saúde mental acabam por revelar a necessidade de uma reflexão constante, com o propósito de evitar os equívocos do retrocesso e um retorno aos antigos modelos de acolhimento, com tratamentos excludentes e tutelares. Neste momento foi de extrema importância a presença de psicanalistas no interior das instituições de saúde mental e com o olhar atento às questões propostas pela Reforma, destacando e reforçando o valor da clínica no tratamento da loucura.

No livro *Psicanálise e Saúde Mental: Uma Aposta* (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006) são abordados os múltiplos fatores presentes no cotidiano dos serviços na saúde mental, que afetam tanto trabalhadores quanto os pacientes frente à castração (fatores institucionais, clínicos, políticos, socioeconômicos, etc). Além de psicanalista, o trabalhador na instituição também é um sujeito. Ao mesmo tempo em que sua fundamentação teórica pode ser útil, ela também pode se tornar uma resistência caso não faça o uso apropriado dela. Daí o subtítulo do livro ser “Uma Aposta”, pois segundo as autoras é preciso apostar na causa freudiana do inconsciente como possibilidade de laço entre a psicanálise e as práticas em saúde mental, apostar que, mesmo diante de todas as dificuldades, a ética do desejo deve ser o alicerce para um tratamento que pode fazer emergir a diferença e o singular de cada sujeito.

2.1.1 O lugar da clínica na saúde mental

Diante deste panorama podemos visualizar uma transição do status da loucura do lugar de doença para uma questão de saúde mental. Uma conquista importante visto a história do tratamento da loucura nos moldes manicomiais. Mas daí surge um novo fator complicador, o risco de um tratamento exclusivamente assistencial do usuário para uma vida inteira. Um

contexto onde é imprescindível a retomada da clínica como eixo central para discussão dos casos e construção da direção de tratamento dos pacientes nas instituições.

Questões políticas e clínicas se entrelaçam nos serviços de saúde mental, e na presença da ineficácia dos tratamentos assistenciais e reabilitadores ofertados à loucura a psicanálise se torna oportuna na orientação deste retorno à clínica. Rinaldi (2005) traz a cena o diálogo com trabalhadores da saúde mental e procura esclarecer a tensão existente entre clínica e política no interior dos serviços:

Isso posto, podemos indagar: de que clínica se trata, então, no campo da saúde mental? Alguns profissionais inseridos na rede de saúde mental têm chamado a atenção para a existência de uma tensão entre clínica e política, em que se acentua ora a primeira, ora a segunda. As dificuldades de articular essas duas dimensões têm origem na própria história da reforma psiquiátrica brasileira e parecem reeditar a oposição clássica dominante no pensamento ocidental moderno: de um lado, o individual, o particular e o privado, e, do outro, o coletivo, o universal e o público. A clínica se situa, em princípio, no primeiro pólo da oposição, como tratamento oferecido a cada sujeito, enquanto a política diria respeito ao âmbito público de transformação das instituições. E a ressignificação da clínica operada pela reforma – como ampliada, clínica do cotidiano ou clínica do sujeito – responderia às diversas tentativas de articular essas duas dimensões (RINALDI, 2005, p.89-90).

Viganó (1999) nos desloca para fora da dicotomia clínica x política e nos faz pensar na possibilidade de articulação entre o caso social e caso clínico, onde afirma que o trabalho clínico deve ser anterior e funcionar como um guia necessário para o trabalho social. Segundo o autor, um não exclui o outro, e os dois operam juntos: “O caso clínico não exclui o social. Pelo contrário, o caso clínico é condição para que haja o caso social”. Ele trabalha o caso social dentro da lógica: saúde = mercadoria; onde os instrumentos assistenciais e jurídicos se tornam operadores do ofício na saúde. Enquanto na condução do caso clínico o que se deve levar em conta é o próprio paciente como operador deste trabalho, como sujeito, desde que lhe deem condições para tal.

Isso se evidencia de forma bastante clara na fala da mãe de uma paciente do CAPSi: “Vocês não entendem, não adianta dar roupa nova para a minha filha se ela não suporta usá-las, ela sempre irá rasgá-las”! Um caso grave, que tem exigido bastante de todos os serviços no território (justiça, conselho tutelar, saúde, educação, etc), e que será trabalhado de forma mais detalhada no próximo capítulo.

Freud e Lacan destacam do início ao fim de seus estudos a importância do diálogo da psicanálise com o campo social e as demandas de cada época. Freud já destacava a estreita relação do meio social com as formações do inconsciente: “(...) desde o começo a psicologia individual, (...) é, ao mesmo tempo, também psicologia social” (p.91) e nos alertou para o desafio que os analistas deverão enfrentar para tornar a psicanálise acessível às diversas

camadas da sociedade: “(...) Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptarmos a nossa técnica às novas condições” (FREUD, 1919/ 2006, p. 210).

O trabalho na atenção psicossocial é um campo que além de desafiar, também representa um terreno fértil para tais intervenções. Porém, não há trabalho analítico sem o estabelecimento de uma relação transferencial entre o paciente e o profissional/ instituição que se dispõe a escutá-lo, sendo este o motor que caracteriza o que podemos denominar de processo analítico. Freud vai trabalhar de maneira privilegiada este tema, do início ao fim de sua obra.

Em Recordar, Repetir e Elaborar (1914/ 2006) Freud fala do abandono da hipnose pela técnica da Associação Livre, com o objetivo “empregar a arte da interpretação auxiliando o paciente a preencher as lacunas da sua memória para superar as resistências” (p.194). O recordar então consistirá em extrair por meio da análise as lembranças encobridoras que contrabalanceiam a amnésia infantil: “O esquecer torna-se ainda mais restrito quando avaliamos em seu valor as lembranças encobridoras que tão geralmente se acham presentes” (p.194). Para pensarmos a repetição, Freud nos traz o caso Dora como exemplo, onde ao invés de recordar o que esqueceu ou foi reprimido a paciente repete não como lembrança, mas como ato, que se expressa pela atuação (*acting out*). Repetição que ocorrerá também com seus sintomas ao longo do tratamento:

O repetir, tal com é induzido no tratamento analítico, segundo a técnica mais recente, implica por outro lado, evocar um fragmento da vida real (p.198). (...) Todavia, o instrumento principal para reprimir a compulsão do paciente à repetição e transformá-la num motivo para recordar reside no manejo da transferência (FREUD, 1914/ 2006, p. 201).

A elaboração, segundo Freud, consistirá em dar tempo ao paciente para conhecer melhor esta resistência com a qual acabou de se familiarizar na análise:

Esta elaboração das resistências pode, na prática, revelar-se uma tarefa árdua para o sujeito da análise e uma prova de paciência para o analista. Todavia, trata-se da parte do trabalho que efetua as maiores mudanças no paciente e que distingue o tratamento analítico de qualquer tipo de tratamento por sugestão (FREUD, 1914/ 2006, p.202).

Em Observações Sobre o Amor de Transferência (1915/ 2006) Freud vai nos alertar acerca das sérias dificuldades que o analista deve enfrentar no manejo da transferência. Este enamoramento da paciente induzido pela situação analítica pode representar a mais dura resistência. Ele nos adverte e destaca que não cabe ao analista estimular a renúncia desta pulsão no paciente, o que seria uma maneira insensata e nada analítica de manejar tal situação. Seria como invocar demônios utilizando habilidosos encantamentos, e mandá-los de volta

para o inferno sem sequer lhe haver feito uma só pergunta: “Ter-se-ia trazido o reprimido à consciência, apenas para reprimi-lo mais uma vez, num susto” (p. 213). Segundo Freud, o princípio fundamental da análise é que esta pulsão do paciente deve permanecer durante todo o processo de sua análise, a fim de lhe servir de forças que o encorajem a trabalhar e realizar algumas mudanças, cabendo ao analista apaziguar estas forças por meio de substitutos. Pois este amor de transferência:

(...) Nada mais é que novas edições de repetição de protótipos infantis, e possui três características principais: é provocado pela própria situação analítica, é grandemente intensificado pela resistência e falta-lhe em alto grau consideração pela realidade (FREUD, 1915/ 2006, p. 218).

O analista deve travar algumas batalhas segundo Freud: em sua própria mente, não cedendo ao amor; contra os pacientes e suas resistências, dentro da análise; e contra os críticos da psicanálise, fora da análise. Ele vai relacionar o trabalho do analista ao trabalho de um químico, que manuseia forças altamente explosivas e exige enorme cautela.

Lacan relembra estes textos ao trabalhar no Seminário 1 (1953-1954/ 1986) o Caso Roberto, um caso de autismo supervisionado por ele, tendo Rosine Lefort como a analista. Junto com seu marido Robert, Rosine foi pioneira na aplicação da psicanálise aos casos de autismo e psicose após a segunda guerra. Ele nos faz retornar a estes textos visando um reencontro, em Freud, com o conceito de transferência e do seu manejo, além de trabalhar a função da palavra enquanto função simbólica na clínica. O “Menino Lobo” ou “Caso Roberto” (um menino autista de quatro anos de idade) retrata um tratamento orientado pelas dimensões do simbólico, a que o sujeito tem acesso num registro mais ou menos alucinado. Alucinação esta enquanto um mergulho do simbólico no real, como afirma a Sra. Lefort: “...tive a impressão de que essa criança havia soçobrado sob o real, que no início do tratamento não havia nela nenhuma função simbólica, e ainda menos função imaginária” (p. 138). Um contraponto ao tratamento realizado por Melaine Klein no caso Dick (1930), em que dá ênfase às fantasias imaginárias.

Podemos testemunhar através da exposição do Caso Roberto, o investimento desta analista num caso extremo de psicose infantil, onde a transferência e o seu manejo permitiram a emergência de um sujeito que não fazia laços e que se expressava através da violência no seu corpo. Mesmo estando mergulhado no real, foi através da palavra “O Lobo!”, que desde o início houve a possibilidade de instaurar um diálogo, e através da linguagem este sujeito pôde começar a se constituir.

Estes ensinamentos de Freud e Lacan são de extrema importância para o exercício da clínica e instrumentos valiosos para o trabalho na saúde mental, onde nos deparamos com casos complexos e multisintomáticos. Trilhando o caminho já sinalizado por Freud em *Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica* (1919/ 2006), os psicanalistas devem adaptar sua técnica com o objetivo de alcançar um número significativo de pessoas em sua época, diante da miséria neurótica e dos graves problemas psíquicos que se avolumam na saúde pública. Uma escuta ofertada às camadas menos favorecidas da sociedade, que tome a fala e as manifestações subjetivas do sujeito como indicações para a direção do tratamento. Encontrando nas propostas da Reforma Psiquiátrica um terreno fértil para inserção da psicanálise no trabalho da atenção psicossocial.

Seguindo, nos deparamos com estudos de Lacan (1969-70/ 1992) que relacionam questões clínicas e políticas a partir da sua teoria dos quatro discursos. Onde afirma que a política está presente em toda forma de laço social, e que através da linguagem os discursos se tornam aparelhos de gozo e poder. Desta forma, podemos encontrar nas instituições de saúde mental, através de alguns profissionais orientados pela psicanálise, a presença do discurso analítico (tendo a clínica como motor da sua práxis, na escuta do saber inconsciente e numa posição de aprendizagem), e também encontramos o discurso predominante na reforma psiquiátrica, pautado no cuidado, na assistência e com uma ampla função social e de cidadania. Porém ambos os discursos não se opõem, muito menos se excluem, pelo contrário, trabalham juntos na condução do tratamento de seus pacientes, de forma paralela e complementar.

Ao trabalhar no Seminário 17 (1969-70/ 1992) os quatro discursos como laços sociais e aparelhos de gozo, Lacan nos alerta acerca da importância de refletirmos sobre o lugar da psicanálise na pólis, da necessidade de sua inserção no laço social e nos diferentes serviços da saúde pública, uma crítica enfatizada por ele mais tarde em *Televisão* (1974/ 1993). O discurso do analista é um discurso que se faz apropriado na interlocução entre os diferentes saberes presente nos serviços de saúde mental, principalmente diante dos enigmas e dos nós encontrados pelos médicos no tratamento da loucura. Uma proposta de escuta aberta à fala do sujeito, à sua construção subjetiva, que toma o paciente como eixo central do trabalho clínico, registrando seus passos, recolhendo suas manifestações subjetivas, registrando comportamentos diferentes, fazendo-o notar e colocando-o a trabalho a partir do manejo transferencial.

Uma clínica do caso a caso, com um discurso que trabalha em oposição ao discurso do mestre presente no saber médico e na lógica assistencialista que prega uma prática normativa

e superegóica, que toma o paciente como objeto de prescrições e cuidados e acaba por eliminar a subjetividade singular de cada um. O lugar do analista é um lugar com uma escuta atenta e como instrumento principal de trabalho, disposto ao acolhimento da fala dos pacientes (psicóticos ou não) como uma possibilidade de produção subjetiva que favoreça o aparecimento do sujeito do inconsciente em algum lugar.

Como é possível exercer a psicanálise fora dos consultórios privados? Como conduzir casos tão graves pelo viés psicanalítico e diante de tantas variáveis presentes no cotidiano dos serviços de saúde mental? Figueiredo (1997) nos fala de condições mínimas para uma prática nos moldes da psicanálise e dissolve a dicotomia existente entre psicanálise pública e privada. Segundo a autora, não existem duas psicanálises, seja no consultório particular ou na clínica exercida no campo público, existem condições mínimas para que haja um trabalho psicanalítico se efetive. Em primeiro lugar é necessário que a fala seja tomada como condição fundamental de revelar a verdade do sujeito; depois, que através da relação transferencial o analista possa manejar com este lugar de suposto saber construído pelo paciente e operar algumas intervenções que permitam ao paciente poder interpretar o seu sintoma.

Nicolau (2015) nos traz uma reflexão acerca do lugar do sujeito nessa lógica massificadora da política do cuidado e a função do analista diante disto. Baseada na formulação de Lacan no Seminário 14 - A Lógica da Fantasia (1967/ 2008): “O inconsciente é a política”, a autora nos fala da importância dos analistas, presentes nos serviços da saúde pública, não cederem a esta política do cuidado; da importância de insistirem nesta escuta do um a um como tentativa de restaurar os laços do sujeito com o Outro pela via do desejo. Segundo a autora, convocar o inconsciente é fazer política, é convocar a subjetividade pela circulação da palavra, é implicar o sujeito na responsabilidade de assumir uma posição frente ao seu desejo, possibilitando outra forma de enxergar o seu sofrimento, o que poderá lhe trazer consequências no jeito de estabelecer laços.

A psicanálise nos orienta como direção de trabalho tomar o sujeito e sua palavra como eixo central do trabalho clínico e, para tanto, esvaziar a escuta de saberes prévios colocando-nos numa posição de aprendizado em relação à clínica, ou seja, recolher as indicações que os próprios pacientes dão para o seu tratamento. Rinaldi e Bursztyrn (2008) destacam a importância do papel da supervisão (sob o discurso analítico) nos serviços de saúde mental, enquanto um discurso que sustenta a possibilidade de circulação da palavra entre os diferentes funcionários do serviço e a construção dos casos tomando o paciente como sujeito e eixo central do trabalho clínico:

A contribuição do discurso analítico encontra-se na possibilidade de convocar a equipe a uma posição de aprender em relação à clínica, a partir de um esvaziamento dos saberes prévios que possibilite perceber as indicações que o próprio paciente dá para o tratamento. Esta é, aliás, uma recomendação de Freud, quando diz que cada caso deve ser tomado como se fosse o primeiro e que o analista deve esquecer o que sabe para poder escutar (RINALDI; BURSZTYN, 2008, p. 38).

A supervisão de orientação psicanalítica tem se mostrado fundamental e nuclear nos serviços de saúde mental, e a sua ausência inversamente prejudicial, pois sem ela, os profissionais ficam expostos às rivalidades narcísicas entre as diferentes formações e posições de saber, e sem um auxílio para a elaboração das suas intervenções ou mesmo de escuta das possíveis produções oriundas de seus pacientes. O supervisor tem como uma de suas principais funções provocar a equipe para uma posição de aprendiz da clínica e tratar os efeitos imaginários presentes em todo coletivo (ZENNONI, 2000), esvaziando o saber prévio que lhe impede de capturar a singularidade e as manifestações subjetivas de cada sujeito.

2.2 O lugar do Capsi: geografia e aspectos territoriais

A construção desta pesquisa se deu a partir da práxis em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) localizado na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro. Sua localização geográfica, as características da rede de cuidados e a população deste território são fatores relevantes neste trabalho. Um lugar no extremo oeste da cidade, dominado e administrado pela organização criminosa das milícias, com uma população muito extensa e vulnerável, material e simbolicamente. É o CAPSi mais distante dentro da área programática da saúde no município, tendo sua abrangência e responsabilidade estendida a uma população superior a um milhão de habitantes.

O CAPSi está localizado no bairro de Campo Grande, na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro. Este serviço é um dos que integram a área programática da saúde (A.P 5.2) no município, composta pelos bairros: Campo grande, Santíssimo, Senador Vasconcelos, Inhoaíba, Cosmos, Sepetiba, Guaratiba, Barra de Guaratiba e Pedra de Guaratiba. Uma área de 305,92 km² que corresponde a 24,98% da geografia do Município do Rio de Janeiro. Uma população de 665.198 habitantes em 2016, com projeção de crescimento de 705.758 habitantes para o ano de 2017, e aproximadamente 790.000 habitantes para o ano de 2019 (IBGE, 2016).

Compondo uma das suas funções no território, o CAPSi trabalha também como ordenador de uma rede que engloba diversos serviços, incluindo toda a Atenção Básica. Em Janeiro/2018 a cobertura populacional da Saúde da Família neste território, composta por 160

equipes, abrangia cerca de 83% da população, aproximadamente 552.000 habitantes. Ao todo nesta área programática temos: 35 unidades da saúde básica (Policlínicas, CMS's e Clínicas da Família), 2 CAPS's II para adultos e 1 CAPSi II, não há Consultório na Rua nem CAPS AD no território. Vale destacar que o CAPSi em questão apoia a A.P. 5.3 (Santa Cruz e Paciência) que não dispõe de CAPS infanto-juvenil, o que aumenta ainda mais sua área de abrangência e a população a ser assistida.

Podemos testemunhar neste território a efetividade das propostas do SUS (mesmo com suas dificuldades) em atender de forma universal e gratuita uma população extensa e bastante vulnerável, em um território que funciona de forma independente e afastado da parte central da cidade. Mas o momento político que atravessamos no país e o corte considerável de verbas para a área da saúde no Estado é preocupante, pois indica a falta de investimento e as condições diminutas com que vem trabalhando os serviços de saúde mental. Longos atrasos salariais e dos auxílios (transporte, alimentação, etc), demissões em massa, instabilidade e falta de recursos materiais e humanos, que inviabilizam condições mínimas de trabalho e precarizam os serviços.

Um levantamento realizado no mês março/2019 pela coordenadoria da área apontou para a escassez da mão de obra na rede de saúde mental deste território. As equipes dos CAPS's sofreram redução e foram encontrados apenas 03 psiquiatras e 12 psicólogos nos atendimentos ambulatoriais na rede, e apenas 10 profissionais do NASF (com cobertura somente de 20 das 35 unidades de saúde). Sendo que os profissionais do NASF, responsáveis por apoiar as equipes de Saúde da Família e da Atenção Básica e por contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários na rede, acabam sendo tragados pelo excesso de demanda nos ambulatórios e tendo sua principal função negligenciada, que seria a de auxiliar na comunicação da rede e ampliação do cuidado no território. A realidade ficou ainda pior em julho/2019 no Estado do Rio de Janeiro, quando a Atenção Básica junto com todo o Sistema Único de Saúde (SUS) sofreram um corte significativo de profissionais e de investimento financeiro pautado em novas políticas públicas promovidas pelos Governos Federal e Estadual.

Regulamentado pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, os CAPSi's se constituem como serviços em saúde mental de atenção diária a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, ou em vulnerabilidade. A equipe técnica mínima estabelecida por esta portaria para atender uma população de cerca de 200.000 habitantes é de 11 técnicos com formações distintas: médicos, psicólogos, enfermeiros, musicoterapeutas, assistentes sociais, pedagogos, educadores físicos, acompanhantes terapêuticos, dentre outros.

Com o papel de regulador da rede de cuidados em saúde mental voltados para a infância e adolescência no território, o CAPSi tem como uma de suas funções principais promover o diálogo entre os diferentes dispositivos de cuidado a este público (saúde, educação, assistência, esporte, justiça, etc.) e capacitar as equipes da atenção básica para a atenção e o cuidado destes no território. Dentre as atividades realizadas pelos CAPSi's podemos destacar: a atenção à crise; o matriciamento da atenção básica; as ações intersetoriais de promoção da saúde junto à justiça, ao esporte, a educação, ao conselho tutelar e a assistência social; os atendimentos individuais (de acolhimento e orientação, medicamentosos, psicoterápicos); os atendimentos em grupo e oficinas; os atendimentos familiares; as visitas e os atendimentos domiciliares e as atividades externas com os pacientes dentro da sua própria rede (escola, comunidade, família, dentre outras) visando a ampliação da possibilidade de laço social. Com projetos terapêuticos singulares, cada paciente tem seu acompanhamento e tratamento estabelecidos a partir das demandas específicas do caso, podendo se dar de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, de acordo com a sua gravidade.

No CAPSi houve uma média de 20 acolhimentos iniciais por mês (primeira vez) no período compreendido entre junho/2018 e junho/2019, totalizando aproximadamente 240 atendimentos na porta de entrada em um ano, somados aos quase 520 pacientes ativos (cadastrados ou em avaliação) no serviço. Atendimentos diversos, sem ou com encaminhamento (muitas vezes equivocados), por demanda espontânea, das escolas, da justiça, do Conselho Tutelar, dos abrigos e da própria saúde. Composto por uma equipe de 18 profissionais, incluindo o administrativo, a direção e a coordenação, este serviço vem tentando dar conta de um território extremamente extenso e populoso, com uma população cinco vezes maior que o estipulado pela portaria que o regulamenta. Cabe acrescentar ainda a ausência de um supervisor clínico desde julho/2018.

2.2.1 A função de matriciamento

A partir das novas políticas públicas de saúde do SUS (BRASIL, 2004) as equipes de saúde mental passam a ocupar o lugar de apoio matricial às equipes da Atenção Básica, e estas passam a funcionar como equipes de referência interdisciplinares com a responsabilidade sanitária e longitudinal do cuidado de seus pacientes no próprio território. Uma estratégia que estendeu o campo de atuação dos profissionais da saúde mental até as unidades básicas de saúde e favoreceu a articulação dos casos em rede. Uma proposta que irá

se efetivar de fato em meados de 2011, com o apoio das diretrizes estabelecidas pela Portaria nº 3088.

O matriciamento ou apoio matricial, inicialmente experimentado no município de Campinas-SP, é um conceito proposto por Gastão Wagner Campos (1999), incorporado às políticas públicas e ao Ministério da Saúde em 2004 (BRASIL, 2004). Juntamente com a ideia de clínica ampliada e compartilhada (GASTÃO CAMPOS, 2007; BRASIL, 2009) se tornou uma das ferramentas das Políticas Nacionais de Humanização do Ministério da Saúde – o HUMANIZASUS – com a proposta de humanizar a assistência e a gestão em saúde. Um conceito que se articula com a proposta da Portaria 3088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e tem no contrato dos NASF's (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) esta intervenção e apoio exclusivamente matricial na Atenção Básica.

Com a proposta de integrar o trabalho da saúde mental à atenção básica, o apoio matricial tem sido norteador das experiências vividas nos últimos anos por diversas equipes em todo o país. A partir de uma construção compartilhada e de uma prática de cuidados colaborativos, o matriciamento vem promovendo saúde entre as diferentes equipes envolvidas neste processo, e auxiliando as equipes de referência no estudo dos casos de saúde mental dentro da própria unidade, diminuindo assim os riscos de equívocos.

A formação dos profissionais da saúde básica é pautada no discurso médico, que tem como objeto de trabalho a doença e os aspectos biológicos do adoecimento, ou seja, concepções avessas àquelas que estão na base das propostas do Sistema Único de Saúde. Trabalham na lógica das especializações e do isolamento, através de práticas objetivas e padronizadas que orientem suas ações. Um trabalho vertical e hierárquico, sob uma lógica de encaminhamentos e transferência de responsabilidade, que se dá através de uma comunicação precária e irregular (papéis ou formulários online que pouco dizem do paciente).

O processo de matriciamento vem propor uma horizontalização do saber e do cuidado, reduzindo os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos de uma lógica tradicional que funciona há anos. Um novo arranjo da saúde, uma reorganização tendo como base dois tipos de equipe, a equipe de referência e a equipe de apoio matricial. Sendo a primeira referente às equipes de Estratégia da Família (ESF), que funcionam de forma interdisciplinar e de promoção do cuidado extenso no território; e a segunda de apoio matricial, composta pelas equipes de saúde mental com objetivo de dar um suporte técnico para as equipes da atenção básica nos casos graves de saúde mental, auxiliando na qualificação de suas ações e possibilitando a ampliação do seu campo de atuação.

Este trabalho tem promovido além da saúde de ambas as equipes envolvidas, uma redução significativa dos encaminhamentos desresponsabilizados aos serviços de saúde mental, uma melhora na qualidade dos atendimentos territoriais dos pacientes graves e o alívio da angústia de alguns profissionais na atenção básica diante deste real que se impõe no cotidiano dos serviços. Profissionais que se veem sem ferramentas teóricas e clínicas para trabalhar aspectos subjetivos no adoecimento destes pacientes, e inseridos num território de extrema vulnerabilidade social. Um desamparo significativo vivido por trabalhadores diante da gravidade psíquica de pacientes igualmente desamparados.

O matriciamento é um processo de transformação não só das equipes envolvidas, mas também da forma de abordar a relação saúde-doença. E se faz oportuno nos casos em que a equipe de referência sente a necessidade de um apoio maior da equipe de saúde mental na hora de realizar intervenções, ou abordar um caso que exija esclarecimento diagnóstico, ou orientação no manejo de casos com transtornos mentais graves, e de difícil aderência ao projeto terapêutico proposto. Além disso, o apoio matricial também pode ser solicitado para auxiliar na resolução de problemas difíceis encontrados no trabalho cotidiano. Muitos são os instrumentos que podem ser utilizados para a realização o apoio matricial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), dentre eles: a elaboração de um projeto terapêutico singular para o paciente junto com a equipe de referência; interconsultas; consultas conjuntas; visitas domiciliares conjuntas; contatos à distância (telefone, e-mail, etc.); e a construção de um Genograma e Ecomapa.

Mas antes de relatar algumas dessas experiências ímpares que tenho tido a oportunidade de experimentar no trabalho de apoio matricial, cabe destacar que para sustentar o desejo de estar fora do CAPSi e realizar este trabalho foi necessário me organizar e selecionar esta atividade como prioridade, dentre outras igualmente importantes e urgentes (como resposta à ofícios, elaboração de relatórios, atendimentos familiares ou individuais, dentre outras); e também foi preciso tomar uma posição frente a queixa de outros profissionais da equipe que argumentavam (com alguma razão), sobre as dificuldades encontradas no serviço na ausência de mais um profissional. Pois mesmo sendo uma proposta de trabalho do CAPSi no território, enquanto uma extensão do campo de atuação dos profissionais da saúde mental até as unidades básicas de saúde visando favorecer a articulação dos casos em rede, esta atividade não era realizada pelos técnicos deste serviço há algum tempo, devido às inúmeras dificuldades dos profissionais em trabalhar fora do CAPSi.

Ao chegar à clínica da família para a qual o CAPSi tinha sido designado para iniciar o processo de matriciamento, encontrei uma instituição dentro de uma comunidade extensa e

instável, dividida pela atuação de traficantes e milicianos, e com uma população bastante vulnerável socioeconomicamente. Uma clínica com uma estrutura física boa e com recursos materiais e humanos dentro dos limites mínimos para o seu funcionamento, composta por seis equipes, uma coordenação técnica e uma gerente. Realizei uma primeira reunião com todos os profissionais no auditório da instituição, com o objetivo de apresentar a proposta de trabalho do matriciamento a ser realizado e tirar as possíveis dúvidas (muitos não faziam ideia do que se tratava).

Organizamos o apoio matricial da seguinte maneira: encontros semanais às terças-feiras à tarde (estrategicamente no mesmo dia e horário das reuniões de equipe deles), sendo reservada a primeira hora para uma reunião com a gerente e com a coordenação técnica e o restante do horário com uma das equipes em suas próprias salas de reunião. Após o primeiro de encontros individuais com as seis equipes (para discussão dos casos mais urgentes e dos processos de trabalho) daríamos início aos atendimentos e visitas conjuntas nos casos mais graves e urgentes, com vistas à elaboração dos projetos singulares dos pacientes. Porém, não foi possível levar até o final este projeto combinado de antemão com todas as equipes da clínica, devido a inúmeros imprevistos (campanhas diversas na clínica, momento de instabilidade dos contratos, dificuldades no financiamento para o transporte dos profissionais do apoio matricial até a clínica, morte de pacientes que mobilizaram praticamente toda a instituição, etc.). O que comprometeu a continuidade do trabalho de matriciamento presencial, mas não a relação transferencial com estas equipes, que continuaram a solicitar o apoio à distância. Meses depois foi designado um profissional (psicólogo) do NASF para realizar este trabalho regular na Unidade.

Contudo, cada encontro trouxe consigo aspectos importantes desse trabalho matricial e alguns resultados já se evidenciavam quase que instantaneamente. Como é o caso de uma enfermeira (cabe aqui destacar o lugar central das enfermeiras (os) no interior das equipes da atenção básica, responsáveis por organizar agenda dos médicos, dos agentes comunitários de saúde (ACS), realizar atendimentos, fazer exames, vacinas, etc) que tomou a palavra em uma das reuniões e disse que precisava trazer um episódio que julgava importante e lhe incomodava há tempos, mesmo na correria do dia-a-dia.

Tratava-se de um caso que por muito tempo atormentou. Uma senhora que morava próximo da unidade, de oitenta anos, sozinha e sem maiores problemas de saúde que não fossem devidos a sua idade avançada. Praticamente todo dia se dirigia ao serviço e procurava somente esta enfermeira, queixando-se de dor no peito, desconforto aqui e ali, necessitando de atendimento. A profissional já não aguentava mais acolher aquela paciente três a quatro vezes

por semana, realizar diversos exames (de imagem e laboratoriais) para não constatar nada. E isso se repetia há meses. Num determinado dia, esta enfermeira afirmou estar exausta e decidiu falar para a senhora que não iria atendê-la, e a convidou para um café na própria clínica. No momento do café esta senhora narrou toda a sua história, detalhe por detalhe, e na hora de ir embora agradeceu de uma forma muito intensa, como jamais o fizera antes. Dias depois deste atendimento a enfermeira soube que esta senhora havia falecido.

A enfermeira quase não consegue chegar ao final da sua narrativa, de tão emocionada. E há um longo silêncio após a sua fala. Uma surpresa pra ela e para os outros profissionais, o que apareceu naquele longo discurso. Um momento não só de desabafo, mas de um reconhecimento de si no trabalho, de olhar para a sua equipe e de reflexão para todos, sobre o quanto acabamos nos perdendo na correria do trabalho.

Deparei-me também com a fala de uma agente comunitária que afirmou não se sentir útil “rodando” pelos quarteirões do bairro e conversando com os pacientes. Quando provocada a falar mais deste trabalho, se emociona ao se dar conta da importância deste acompanhamento territorial para muitos de seus pacientes (crianças em vulnerabilidade, idosos com medicações controladas, gestantes de risco sem tratamento, etc.) e do carinho que muitos a dirigem até hoje. Ela é conhecida como a “tia do doce” pelas crianças que gritam seu nome ao avistarem ela dobrar a esquina, pois sempre que sabe que vai sair para as visitas coloca balas e doces na bolsa para distribuir e atrair alguns dos seus pacientes, como estratégias de aproximação e estabelecimento de vínculos. Essa é ela, nenhuma outra técnica da equipe faz o mesmo. Um reconhecimento dela no próprio saber-fazer.

Assim podemos visualizar a efetividade das propostas do apoio matricial, através da escuta de profissionais que querem falar do seu trabalho e das suas dificuldades; um acolhimento das equipes no seu singular; um incentivo à circulação da palavra entre os membros do grupo; estímulos à construção conjunta da direção de tratamento e projeto terapêutico dos pacientes; provocação de uma transferência de trabalho dentro destas equipes e uma autorização no fazer. Lugar este em que o discurso do analista se faz bastante oportuno, enquanto avesso ao discurso do mestre, com sua prática objetalizadora, normativa e superegógica, responsável por eliminar a falta junto com a subjetividade dos sujeitos, predominante nestes serviços. O discurso do analista pode fazer função auxiliando no aparecimento de sujeitos desejantes no interior das equipes, estimulando a clínica do caso a caso, ajudando na construção de direcionamentos norteadores para o trabalho a partir do reconhecimento de uma falta e contribuindo para a geração de novos sentidos no fazer.

2.2.2 O diálogo com outras instâncias do cuidado

Um aspecto importante dos serviços de atenção psicossocial infanto-juvenis é o trabalho realizado junto a outros dispositivos importantes do cuidado voltado a este público, como Conselho Tutelar, Vara da Infância, Assistência Social e Educação. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade, muitas vezes sem referência familiar, vivendo em abrigos ou pelas ruas, em condições de extremo abandono e miséria, e com dificuldade em estabelecerem laços sociais. Um desamparo social e discursivo (DEBIEUX, 2016), onde o discurso dos “pais” muitas vezes pode ser substituído pelo discurso social, que nomeia o “delinquente” ou o “louco” e lhe oferece um lugar de exclusão, seja na rua ou em instituições totais.

Deparamo-nos então com duas dimensões do trabalho na saúde mental: a dimensão do cidadão, com vista aos direitos e inserção social, e a dimensão do sujeito na clínica, único e com uma história singular (VIGANÓ, 1999). Um trabalho que exige além do exercício diário de escuta, um olhar especial voltado às contingências impostas pelo sujeito, sem reduzi-lo às tragédias e às mazelas da sua vida.

O que entendemos por vulnerabilidade? O conceito com o qual dialogamos vem de estudos antropológicos voltados para crianças e adolescentes com estas características. Carneiro e Veiga (2004) vão indicar que a vulnerabilidade pode ser trabalhada como uma exposição a riscos e baixa capacidade material, simbólica e comportamental de famílias e pessoas para enfrentar e superar os desafios com que se defrontam. As autoras remetem este conceito de vulnerabilidade às noções de carência e de exclusão, onde pessoas, famílias e comunidades são consideradas vulneráveis por não dispor de recursos materiais e imateriais para enfrentar com sucesso os riscos a que são ou estão submetidas, nem de capacidades para adotar cursos de ações/estratégias que lhes possibilitem alcançar patamares razoáveis de segurança pessoal/coletiva. Portanto, os riscos estão associados, por um lado, a situações próprias do ciclo de vida das pessoas e, por outro, às condições das famílias, da comunidade e do ambiente em que as pessoas se desenvolvem.

Casos de vulnerabilidade e de saúde mental tem uma relação intrínseca. Freud em *O Mal-Estar na Civilização* (1930/ 2006) já afirmava que o homem é um ser social que se desenvolve na relação com o outro em sociedade. Os pacientes do CAPSi são crianças e adolescentes que necessitam dos serviços de cuidado e atenção para terem acesso ao mínimo indispensável ao seu desenvolvimento, para conseguirem se aproximar de algo que promova saúde ao invés de mais adoecimento e exclusão, e poderem ser vistos em suas singularidades. Longe de estabelecermos um ideal de rede onde tudo possa funcionar, trabalhamos com a

realidade desta clínica dos transtornos mentais graves e em extrema vulnerabilidade. Casos que vão tecendo a sua própria rede e articulando o seu cuidado.

No ano passado começamos a receber simultaneamente no CAPSi várias crianças de um mesmo abrigo da região, muitas eram as queixas, os pedidos e os encaminhamentos das escolas no território deste abrigo. Demandas diagnósticas, medicamentosas e até mesmo de afastamento das atividades escolares para fins de tratamento; casos de retardo mental, hiperatividade, déficit de atenção, ansiedade, agressividade, agitação psicomotora, dentre outros. Foi então que decidimos realizar um trabalho no território convocando uma primeira reunião dentro do abrigo, com os diretores e coordenadores destas escolas, com o propósito de escutá-los, acolhermos suas angústias e viabilizarmos o diálogo entre a assistência (Abrigos ou Casas de Acolhimento, como passam a ser chamados a partir de 2014), a educação (CREE e escolas), e a saúde (CAPSi e profissionais da atenção básica de saúde).

No primeiro encontro já se evidenciou um desconforto e uma tensão entre as diferentes instâncias do cuidado ofertadas a essas crianças abrigadas, e uma dificuldade muito grande no diálogo entre elas. Que reunião! Inflamada, fértil e catártica. Onde os gestores destas escolas atropelavam-se pelo direito à fala, um desabafo sobre a exaustão dos serviços e muitas queixas. Todos puderam falar, e mais que isso, todos puderam se ouvir.

Ao passo que conseguíamos transmitir a história de vida singular de cada criança abrigada e a importância daqueles espaços para elas, as lágrimas corriam no rosto de alguns daqueles professores/gestores. Quando eu disse a eles que aquelas crianças possivelmente não conseguiriam aprender português ou matemática, mas que poderiam aprender sobre cidadania e amor naquele lugar, através do cuidado e da interação com outras crianças, houve um longo silêncio. Ao se darem conta de que aquelas crianças não pertenciam somente ao abrigo, ou à educação, ou à saúde, mas que eram responsabilidade de todos, “filhos do Estado”, sem família e sem lugar, todos começaram a levantar ideias e sugestões como formas de intervenção junto a estas crianças, que pudessem acalmar os profissionais e os auxiliar a suportar o insuportável. A urgência em medicalizar foi esvaziada, e logo em seguida surgiu um pedido uníssono de todos os diretores para que esta reunião pudesse alcançar os seus professores.

Foi criado então um grupo inicialmente chamado de “Grupo de Trabalho e Apoio às Escolas” (GT). Reuniões itinerantes pelas escolas da região, privilegiando o diálogo e a escuta dos professores, com o objetivo de entender o que cada serviço tem de singular (limitações e potencialidades) e o que tem a ofertar para o trabalho em rede, diante do grande desafio de lidarmos com esta realidade e nos afastarmos de um ideal. As experiências vividas nestas

reuniões são fantásticas, cada ideia melhor do que a outra, cada reunião superior a anterior, cada choro diferente do outro.

Mesmo com a irregularidade destas reuniões devido às dificuldades e imprevistos diversos nos serviços outro objetivo foi alcançado. Além de conter uma enxurrada de demandas à saúde e ao abrigo, estas reuniões também cumpriram a importante função de dar lugar a estas crianças no próprio território, sem excluí-las da escola, sem confiná-las às paredes do CAPSi ou do abrigo, e ainda, sem reduzi-las a um diagnóstico. Um olhar diferente para esses sujeitos com histórias de vida singulares. Um trabalho que ainda hoje é responsável por oxigenar as equipes envolvidas e trazer um pouco de reflexão para os diferentes profissionais, muitos deles igualmente adoecidos e desamparados diante de tamanho desafio, na educação, na saúde, na assistência e na justiça.

2.3 Os sem lugar: psicose e laço social

A partir da psicanálise freudiana podemos pensar a psicose para além do lugar de doença, como uma estrutura clínica e um modo de organização do sujeito, como uma forma de “funcionar” de alguns pacientes, com uma elaboração singular e inconsciente de uma realidade alucinatória ou delirante por parte do sujeito. Diferente da lógica da psiquiatria que procura suprimir os delírios e as alucinações dos pacientes com a promessa de cura, Freud inicia o trabalho com a psicose a partir da valorização de tais sintomas como uma via de acesso ao sujeito do inconsciente e uma aposta de tratamento. Freud inicia seus trabalhos sobre a psicose já em suas primeiras cartas à Fliess, Rascunho H (1892/ 2006) e Rascunho K (1894/ 2006), onde discute o problema da paranoia enquanto um modo de defesa e menciona pela primeira vez o conceito de projeção.

Seus primeiros artigos dedicados a psicose foram “As neuropsicoses de defesa” (1894/ 2006), e sua continuação em “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa” (1896/ 2006). Nestes artigos Freud vai destacar que assim como na histeria e na neurose obsessiva, o sujeito na psicose também apresenta pensamentos inconscientes e lembranças recalçadas. Porém, a psicose irá se diferir destas outras estruturas justamente pelo fato de algumas autoacusações e lembranças recalçadas retornarem ao sujeito sob a forma pensamentos vindos de fora ou ditos em voz alta. Alguns anos mais tarde Freud fundamentará com maior precisão as diferenças entre neurose e psicose, com textos importantes e de relevância para o estudo da estrutura psicótica dentro da sua obra, como: Sobre o Narcisismo,

uma introdução (1914/ 2006); Neurose e psicose (1924/ 2006); A perda da realidade na neurose e na psicose (1924/ 2006); dentre outros.

Porém, dentre os escritos freudianos sobre o tema da psicose, um que merece destaque é *Notas Psicanalíticas Sobre um Relato Autobiográfico de Um Caso de Paranoia – Caso Schreber* (1911/ 2006), onde Freud fará uma análise detalhada do livro *Memórias de um doente dos nervos* (1903), de Daniel Paul Schreber. Neste trabalho Freud fundamenta algumas de suas hipóteses sobre a paranoia e rompe com as formulações da psiquiatria de sua época que abordavam as produções alucinatórias e delirantes como sintomas patológicos. Freud revoluciona os estudos sobre a psicose ao tratar os delírios e alucinações como uma tentativa de reconstrução da realidade pelos pacientes, uma aposta de recuperar algo perdido no laço com o mundo.

No caso Schreber podemos testemunhar que na base de suas construções delirantes há um desejo homossexual recalcado, destacado por Freud, responsável por provocar um significativo desinvestimento libidinal no mundo externo e concentrar todo o investimento da libido no eu deste paciente, resultando na construção de novas significações delirantes. O ponto central da construção delirante de Schreber é a sua convicção de ter sido escolhido por Deus para a missão de salvar o mundo e devolver à humanidade um estado perdido purificação. Mas para isso seria necessário um milagre divino que o tornasse a mulher de Deus, um dever a ser cumprido com base em uma ordem da qual ele não poderia fugir. Uma submissão e reverência aos desejos impostos por Deus, o que nos alerta para uma possível permuta da relação de Schreber com o seu pai, um ponto significativo no desenvolvimento do seu quadro psicótico. Quando a sua relação com Deus deixa de ser persecutória e ele é obrigado a se torna a mulher de Deus, o conflito cessa e o quadro se estabiliza. Esta relação do sujeito com o pai, enquanto uma função simbólica será o principal eixo dos estudos de Lacan sobre a psicose, localizando no conceito de foraclusão a sua origem. Sua leitura do Caso Schreber é de extrema importância para o estudo da psicose, principalmente no que tange a questão da homossexualidade encontrada neste caso. Porém, não nos deteremos de forma aprofundada neste estudo.

Lacan irá extrair da metáfora freudiana do Édipo uma estreita conexão com a entrada do sujeito no mundo simbólico, tendo no Nome-do-Pai um substituto do falo imaginário enquanto objeto de desejo da mãe, o que permitirá a cada sujeito se orientar na ordem do simbólico, na ordem do social, diante do desejo e a partir linguagem. Forjando o Nome-do-Pai, o sujeito poderá, estruturalmente, nomear de forma metafórica o objeto do seu desejo, a partir de uma falta originária já recalcada. Porém essa operação simbólica pode não ocorrer e

vir a produzir o que podemos nomear de paradigma da psicose, a foraclusão do Nome-do-Pai, enquanto uma ocorrência que reflete sobre a estrutura imaginária do sujeito, diluindo-a e provocando uma desorganização imaginária, o que irá comprometer a sua relação com o campo do simbólico, com o campo do Outro (RAMIREZ, 2004).

A foraclusão é um conceito elaborado por Lacan a partir da *Verwerfung* freudiana, como um mecanismo de defesa da psicose e ponto central de sua estrutura, provocando a ausência da inscrição simbólica; uma rejeição, por parte do eu, da ideia incompatível, juntamente com o afeto direcionado a ela. De forma bastante abreviada podemos entender como um ato de expulsar algo para fora de algum lugar, ou como aponta Rabinovitch (2001) “(...) foracluir consiste em expulsar alguém ou alguma coisa para fora das leis da linguagem” (p. 17). Ou seja, algo inscrito fora do simbólico, que retornará sobre o sujeito pela via do real, tendo nos sintomas delirantes, alucinatórios e corporais uma resposta para algo que o invade e retorna sem que ele possa reconhecer ou ter recursos simbólicos que o amparem. Ramirez (2004) destaca:

Com a foraclusão do Nome-do-Pai, estamos diante de uma dupla falta. Primeiro, a de um significante (o nome-do-pai), que marca e institui, simbolicamente, esse lugar; e a do próprio lugar, como lugar vazio, faltante pela ausência de significante. (RAMIREZ, 2004, p. 102)

Esse lugar vazio é o lugar do real, esvaziado de representações; um vazio deixado pela ausência de um significante e que não cessa de não se escrever; que retorna ao sujeito na psicose como o gozo do Outro de forma ameaçadora, sob o qual não tem recursos. Uma estrutura clínica que acarreta aos pacientes dificuldades na regulação do seu próprio gozo e consequentemente no laço social; “o inconsciente a céu aberto” (LACAN, 1975-76/ 2002). Este é o lugar dos loucos, dos errantes, ou melhor, dos sem lugar.

Deparamo-nos hoje, após os avanços da reforma psiquiátrica, com um deslocamento na forma de abordar a loucura, que deixou de ser exclusivamente uma doença e passou a representar uma possibilidade de existência em se tratando da saúde mental. Confirmado pela promoção de políticas públicas com ideais de um tratamento em liberdade, de reabilitação e reinserção social da loucura; uma verdadeira batalha pela cidadania do louco. Porém, nos deparamos com um novo problema, clínico e político, pois diante dos enigmas da psicose e da sua estrutura errante, qual instituição poderá acolher tais pacientes? E ainda, qual tipo de tratamento a ser ofertado?

Mesmo estando na contramão do discurso médico que nomeia a doença e oferece uma possibilidade de cura, alguns dispositivos da saúde mental ainda nos apresentam a noção de

clínica exclusivamente atrelada à ideia de cuidado e cidadania, um dos aspectos do caráter político da Reforma. Porém, também precisamos estar atentos às propostas clínicas no seio da Reforma Psiquiátrica, para não sermos engolidos pelo trabalho assistencialista que toma o louco unicamente como um sujeito de direitos e necessidades, sem lhe oferecer uma escuta. Resultando em um novo tipo de exclusão da loucura (sob novas práticas), propondo um tratamento paternalista. O que aparecerá “sem lugar” desta vez será o inconsciente, isto é, a dimensão singular e subversiva do sujeito.

É importante destacar a importância das instituições de cuidado propostas pela Reforma, como os CAPS's e os locais tratamento intensivo para os sujeitos na psicose, pois diante do despreparo das equipes da atenção básica em lidar com a psicose e os riscos iminentes de crise e extrema desorganização a que estes pacientes estão submetidos, é necessário um lugar de acolhimento que possa suportar este período de desestabilização e riscos, como aponta Zenoni:

Porque antes de existir para eventualmente tratar o sujeito, a instituição existe para acolhê-lo, colocá-lo ao abrigo, colocá-lo à distância, assisti-lo. Antes de ter um objetivo terapêutico, a instituição é uma necessidade social, é a necessidade de uma resposta social a fenômenos clínicos, a certos estados da psicose, a certas passagens ao ato, a alguns estados de depauperamento físico, que podem levar o sujeito à exclusão social absoluta e até à morte (ZENONI, 2000, p. 14-15).

No fragmento de caso a seguir podemos visualizar estas duas dimensões. Um jovem de quinze anos que chega ao serviço encaminhado pela emergência de um hospital geral da região, completamente catatônico, com muitas dificuldades de locomoção e andava somente com a ajuda de outras pessoas, arrastando lentamente os pés. Sua mãe muito nervosa e sem imaginar do que se tratava trouxe muitos questionamentos e fazia questão de repetir seguidas vezes: “Não foram drogas! Meu filho é da igreja e não usou drogas. Por favor, me ajudem com ele! Eu não sei por que ele ficou assim”. Passados alguns dias do tratamento intensivo - permanecia o dia inteiro no serviço, durante todos os dias da semana, sob observação e acompanhamento na instituição - a catatonia deu lugar a uma agitação psicomotora intensa. O jovem apresentava um comportamento muito interessante, de euforia e de um refinamento psicomotor impressionante, ele conseguia jogar ping-pong com as duas mãos ao mesmo tempo, jogava futebol com as duas pernas com a mesma qualidade, acertava a cesta de basquete com extrema facilidade, além de dançar muito bem.

Seu discurso era sobre “as novinhas”, sobre as batalhas de Rap e sobre os bailes proibidos que ocorriam dentro das comunidades. Cantava “proibições” e dançava ao mesmo tempo simulando estas batalhas. Suas conversas giravam sempre em torno destes assuntos, e

suas perguntas também. Pedia para ver no celular dos técnicos alguns vídeos na internet e mostrava como era esta realidade da qual nos relatava entusiasmado.

Ao longo dos atendimentos individuais e familiares pudemos entender um pouco da história deste jovem e explicar para a família do que se tratava o seu quadro e como funcionaria o tratamento. Muito estudioso, gostava de ler, nunca havia dado “trabalho” aos pais, frequentava a igreja com regularidade e ficava pouco tempo na rua com os amigos. Como morava numa comunidade onde havia conflitos entre o poder das milícias e o dos traficantes, seus pais evitavam deixá-lo ir para a rua brincar com os colegas, mas na escola já não tinham tal controle sobre as suas amizades. Mas uma coisa estava clara: de fato, Daniel (nome fictício) nunca havia frequentado um baile funk ou ido a alguma batalha de Rap. Sua rotina e a vigilância dos pais jamais permitiriam tal proeza. Os seus pais não souberam pontuar um motivo que podia ter servido de estopim para o desencadeamento da crise, mas relataram que Daniel havia se desentendido com uma menina na escola (de quem gostara), e que depois disso começou a se isolar e não querer ir ao colégio.

Alguns meses se passaram desde a chegada do jovem à instituição e sua mãe agradecia bastante pela “ajuda” e dizia que graças a Deus e a equipe da CAPSi o filho dela estava curado. Um caso que deixara os técnicos do serviço muito intrigados, pois nesse momento em que a mãe afirmava ter seu filho curado, o que víamos era um jovem muito calmo (fora do efeito medicamentoso) e com pouca interação com os técnicos, que afirmava não gostar de funk e de dançar, o que não condizia com o rapaz agitadíssimo que movimentou por semanas todo o serviço, com alegria e habilidades psicomotoras. Quando íamos jogar ping-pong, por exemplo, ele já se apresentava mais lentificado e com apenas uma das mãos. Quando perguntado a ele porque não jogava com as duas, ele afirmava enfático que não sabia jogar com a mão esquerda e não se recordara dos dias em que “deu aula” de habilidades no serviço. Muito quieto e de pouca fala, o jovem ficava apenas observando o que acontecia ao seu redor e pedia para ir embora antes do seu horário acabar.

Daniel continuou a frequentar o serviço por alguns meses, porém a sua regularidade já não era mais a mesma. Já havia voltado para a escola e às atividades na igreja. Aos poucos seu afastamento do CAPSi foi se intensificando até deixar de vez o tratamento. Meses depois recebemos uma ligação da emergência do hospital geral nos alertando da entrada do jovem, bastante desorganizado e com a higiene muito debilitada. Ao recebê-los novamente no serviço perguntamos a sua mãe o que havia acontecido e pontuamos o longo afastamento. A mesma afirmou que ao verificar a melhora do filho e achar que havia sido curado, ela entendeu não

ser mais necessário a ida dele ao CAPSi, muito distante da casa deles, e resolveu suspender a medicação.

Segundo Zenoni (2000) é a própria psicose que tem a nos ensinar sobre a sua estrutura e ainda mais sobre as soluções que ela mesma encontra na tentativa de dar conta de uma falta central do simbólico, afirma ele: “É na escola da psicose que nós nos colocamos para aprender como praticar” (p. 19). O autor vai avançar na discussão e salientar que no trabalho feito por muitos ou entre vários (DI CIACCIA, 1999) na instituição de saúde mental, é necessário o esvaziamento do saber prévio dos técnicos em relação ao sujeito na psicose e a efetiva comunicação entre os membros da equipe, recolhendo as pistas que o próprio paciente vai deixando ao longo da sua circulação dentro do serviço.

Como no fragmento do caso citado, onde podemos verificar o laço transferencial diluído entre diferentes membros da equipe, tendo o educador físico o seu lugar com ele nas atividades esportivas e o psicólogo (de orientação psicanalítica) o seu lugar de escuta e intervenção, separados e ao mesmo tempo juntos, declarado pelo próprio paciente ao afirmar que “gostava das conversas antes de ir jogar, que isso o deixava mais leve e forte”. Muitas vezes o que se recolhia nos jogos se mostrava mais interessante do que era produzido nas conversas com o psicólogo, e vice-versa, um material a ser trabalhado em qualquer um dos lugares por onde circulasse dentro do serviço, contribuindo para uma melhor construção e escuta do caso. Acolhendo-o nas suas diferentes formas de se apresentar na instituição e auxiliando-o na apropriação de suas particulares produções.

Muitos são os impasses e as possibilidades de laço social na psicose, o que se evidencia na desregulação de gozo presente nos pacientes psicóticos e na presença de um sintoma delirante ou alucinatório (por exemplo) como um trabalho psíquico de defesa contra a invasão do gozo do Outro; tendo no acompanhamento clínico e social um suporte que o auxilie a lidar com o seu sofrimento e a buscar um novo posicionamento subjetivo que possa representar alguma abertura ao laço social.

2.3.1 O lugar de resto: uma condição traumática na estrutura social

Na atenção psicossocial, além da gravidade psíquica dos pacientes, nos deparamos com uma gravidade social de extrema relevância para o estudo dos casos, onde é indispensável relacionar o sintoma ao campo social. Freud em *O Mal-Estar na Civilização* (1929/ 2006) já afirmava que dos três “males” que podem acometer o homem, o mais penoso é aquele que se dá na relação com o outro, no impacto da civilização sob o mal-estar presente

desde a constituição do sujeito e necessário ao laço social. Segundo Lacan há uma perda de gozo necessária para inserção do sujeito na sociedade. Na teoria dos quatro discursos, ele nos apresenta o discurso como aquilo, que por meio da linguagem dá um lugar ao sujeito, enquanto um ser social pertencente à determinada cultura. O que indica uma forma de pertencimento e posição no laço social.

Uma linguagem, camuflada de discurso social, que tem como outra função a atribuição de valor e poder no contexto social, capturando o sujeito em seu enredo e determinando os modos de operação e as formas de governar numa determinada cultura. Temos então questões políticas e socioculturais atuando diretamente sob o processo de constituição subjetiva dos sujeitos na sociedade. Além da relação afetiva e libidinal entre os homens dentro da cultura encontramos também modalidades de violências veladas, a partir de discursos dominantes, que através da linguagem acabam instituindo alienação e padrões a serem seguidos. O que contribui para a ocultação dos conflitos gerados na macropolítica, tendo como efeito a patologização das diferenças e das saídas encontradas pelos sujeitos na tentativa de se esquivar da submissão aos modelos dominantes.

Miriam Debieux (2016) nos presenteia com um belo trabalho de escuta e intervenção psicanalítica junto a sujeitos submetidos às diferentes formas de violência e exclusão social, articulando questões sociopolíticas com o singular de cada paciente. Como descreve a seguir:

(...) Assim, buscamos delinear o modo como o sujeito se enreda nessa trama. Psicanálise e política explicitam a articulação do sujeito com o gozo, o desejo, o saber e a verdade, nos laços sociais. Destacamos o desamparo discursivo produzido quando o discurso social e político, carregado de interesses e visando manter ou expandir seu poder, mascara-se de discurso do Outro (campo da linguagem) para capturar o sujeito em suas malhas – seja na constituição subjetiva, seja nas circunstâncias de destituição subjetiva (DEBIEUX, 2016, p. 23-24).

Ela relata suas intervenções juntos a esses sujeitos no ambiente social nos quais eles se constituem e dos quais sofrem suas incidências. A autora traz algumas reflexões acerca do desamparo social e discursivo que afetam esses pacientes, ao testemunhar o apagamento de suas forças discursivas e um silenciamento que acomete boa parte da nossa sociedade. O que vemos é uma predominância na desqualificação do discurso dessas pessoas em extrema vulnerabilidade, e uma culpabilização pela sua condição de social. O sujeito então se vê sem ter a quem se endereçar, sem voz e sem recursos simbólicos que o auxilie na criação de uma ficção imaginária sobre a sua existência. O que afeta diretamente o seu narcisismo e o lança direto a uma condição traumática de angústia e desamparo, causando efeitos de desubjetivação. Como aponta Debieux: “A exposição traumática é dupla: por um lado, a constante exposição a situações de violência; por outro, os recursos necessários à elaboração

do trauma encontram-se diminuídos, promovendo efeitos de desubjetivação” (DEBIEUX, 2016, p. 48).

O campo da linguagem, ou do Outro, é o lugar onde reunimos a complexa riqueza dos significantes. Lacan vai afirmar que “(...) é o mundo das palavras que cria o mundo das coisas” (LACAN, 1953/ 1986, p. 20), ou seja, será através da palavra e da fala operando sobre a cadeia significante que será possível ao sujeito acessar algum sentido, sempre a posteriori, dentro do discurso. Uma articulação necessária dos significantes, um após outro, para localizar o sujeito e auxiliar para que ele não se perca na dimensão imaginária, ou angustie diante do encontro com o real. Nesta dimensão imaginária podemos localizar como pano de fundo as relações que se fundamentam pelos discursos políticos e sociais de uma cultura. Debieux faz uma articulação interessante em seu trabalho relacionando o discurso do Outro aos discursos sociais:

Este é o ponto que abre para nossa discussão sobre o modo como certos discursos sociais se travestem de discurso do Outro (campo da linguagem) para obturar a polissemia do significante e impor sua verdade ao sujeito, para capturar o sujeito em suas malhas – na constituição ou na destituição subjetiva. Um dos efeitos será o silenciamento, o desarvoramento do lugar de fala do sujeito. Estamos no campo do laço social e da política que incidem sobre o desejo e o gozo do sujeito (DEBIEUX, 2016, p.35).

O trabalho da atenção psicossocial junto a crianças e jovens abrigados, ou em situação de rua nos convoca a um grande desafio. O que é possível capturar destes jovens emudecidos? Como operar uma escuta onde possa fazer aparecer algum traço deste sujeito ou algum fragmento de ficção da sua história?

Em certa ocasião houve um caso que agitou a equipe do CAPSi por semanas. Um jovem de dezesseis anos com histórico de abrigo desde os seis anos de idade. Chegou ao serviço acompanhado por um cuidador do abrigo e um ofício da promotoria solicitando uma avaliação urgente. Pois o jovem estava tendo muitas dificuldades de adesão aos abrigos por onde passou, com relatos de muita agressividade, atos ilícitos, difícil relação com os jovens na instituição e longas e recorrentes evasões. Um jovem bastante “desenrolado”, esperto, de pouca fala e muita observação. Circulava pelo espaço dos serviços e não parava diante de uma porta fechada, abria e sentava “confortável” na cadeira. Gostava de abraçar todos os técnicos, que precisavam ficar atentos à sua mão bastante escorregadia. Suas chegadas ao serviço eram muito aguardadas, e exigiam uma organização da equipe e do espaço para recebê-lo.

O técnico de referência que fez seu acolhimento no primeiro dia e acabou ficando sozinho como referência do caso, angustiado e se vendo diante de muitas reclamações da

equipe, que pedia um direcionamento urgente do caso e limites ao comportamento do jovem, solicitou de forma enérgica a fala numa das reuniões de equipe e se expressou de forma contundente: “Eu não aguento mais esse moleque e a equipe reclamando no meu ouvido que ele fez isso ou aquilo, que entrou numa sala ou passou a mão em alguém. Eu quero ver vocês tentarem ficar numa sala trancados com ele, tentando conversar e ele peidando e arrotando alto na cara de vocês, te pedindo um cigarro, sem fazer ideia do que responder às mais simples perguntas”.

Muitas são as questões que emergem na fala deste profissional. Uma resistência do técnico e da equipe diante do caso; a falta de uma transferência de trabalho dentro desta equipe; a dificuldade de referências mínimas de escuta do caso; e o desamparo deste jovem dentro da própria instituição de saúde mental. Um jovem silenciado pelos muitos desamparos, sem lugar no ideal social e sem o mínimo de recursos para elaboração de um discurso pertinente, atuando sobre as tentativas de subordinação impostas, seja pelas instituições ou pelo tratamento nos moldes ambulatoriais.

Graças a uma pontual intervenção da supervisão (de orientação psicanalítica) neste serviço, foi possível a diluição dos efeitos imaginários produzidos na fala deste técnico e foi pensado um novo arranjo na condução do caso. Foi sugerido um novo profissional para estar junto no caso, com uma escuta disponível aos atendimentos realizados no próprio ambiente do paciente (nas ruas), circulando ou sentados numa praça tomando um sacolé. Um *setting* terapêutico possível e favorável à emergência de alguma narrativa que pudesse operar como construção subjetiva para este sujeito, e auxiliá-lo na articulação de significantes que o ajudassem a se separar de algumas identificações imaginárias e a poder se comunicar de outra forma, que não fosse através da agressividade ou do silenciamento.

Segundo Debieux, esses jovens ocupam um lugar de resto na estrutura social, que acaba por produzir condições traumáticas a partir de um duplo desamparado, além do *Hilflosigkeit* freudiano esses sujeitos também sofrem um desamparo de Estado, uma violência exercida por entidades que supostamente deveriam cuidar deles. Segundo a autora uma possível identificação com este lugar é um fator que pode dificultar o trabalho com esses jovens e o seu próprio trabalho subjetivo como alternativa de saída pela via do discurso:

A identificação do sujeito a esse lugar de dejetos é um dos fatores que dificulta o seu posicionamento na trama de saber e que vai caracterizar o seu discurso, marcado, por vezes, pelo silenciamento. Ética e politicamente é fundamental não confundir o lugar de resto no discurso social com uma subjetivação da falta, que promove o desejo (DEBIEUX, 2016, p.45).

Sujeitos que respondem de forma sintomática e subjetiva à sua condição traumática, através do emudecimento, da violência, do abuso de substâncias, ou de uma sexualidade atravessada por um excesso de gozo. Sem o acolhimento necessário às suas reais questões, e agravado por políticas públicas de exclusão e violência. Como o Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, que vem sob a bandeira de uma nova (velha) política nacional antidrogas, estabelecendo dentre outras estratégias a institucionalização compulsória dos “dependentes químicos” em comunidades terapêuticas com o objetivo de tratar pela lógica da abstinência. Uma política que representa além de mais violência, um enorme retrocesso às conquistas já alcançadas, a duras penas, por profissionais e usuários investidos há anos neste trabalho.

Concluindo, podemos entender a complexidade deste campo e a urgência de estratégias que possam contemplar e favorecer a escuta destes sujeitos que ocupam um lugar de resto na sociedade, para além de qualquer diagnóstico. E nessa esfera podemos destacar a psicanálise como um instrumento importante para romper com essas barreiras e favorecer o resgate de alguma memória e a emergência do sujeito. Com a sua ética do desejo e a valorização das diferenças, a escuta psicanalítica visa o sujeito fora dos equívocos das relações de poder que engendram o tecido social como um discurso de alienação. Uma escuta capaz testemunhar através da experiência e da fala destes pacientes as formas possíveis de laço social e as saídas subjetivas e sintomáticas encontradas por eles diante da incidência dos diferentes modos de violência e desamparo.

2.4 O lugar do trabalhador na atenção psicossocial

O trabalho na atenção psicossocial é marcado pelo enlaçamento de diferentes questões: institucionais, dos trabalhadores e dos pacientes (sociais, econômicas e subjetivas). Em um dos seus ensaios Costa-Rosa (2013) traça um interessante paralelo entre os modos de produção sob os quais operam algumas instituições de saúde mental e o Modo Capitalista de Produção (MCP) extraído dos estudos de Marx, destacando a importância dos trabalhadores como a parte fundamental destas, por onde a instituição pode vir a “tomar consciência de si e para si” (p.61). Tendo estes profissionais a importante função de resistir e manter os serviços funcionando sem serem totalmente engolidos por esta lógica capitalista de produção, o que seria no mínimo incoerente diante das riquezas imensuráveis e imprevisíveis encontradas no trabalho da saúde mental, que escapam a qualquer forma de controle.

Muitas são as discussões e os desafios no interior das instituições de saúde mental, visto seu caráter multidisciplinar, a diversidade de interpretações e saberes perante a demanda

social da qual a própria instituição resulta. Profissionais com formações distintas muitas vezes sendo tragados pelo excesso de trabalho, pela correria e dinâmica de funcionamento dos serviços, tendo que lidar com a falta de recursos, com as dificuldades do trabalho em equipe e muitas vezes com a resistência dos próprios pacientes ao tratamento.

Não é sem regularidade a rotatividade de profissionais que passam pela saúde mental, o que dificulta a continuidade do trabalho e a relação transferencial dos pacientes com o serviço. Visto o aspecto territorial e populacional, o excesso de demanda, os recursos humanos reduzidos, a vulnerabilidade dos pacientes, a dificuldade de comunicação entre os serviços da rede e a ausência de um supervisor na equipe, podemos imaginar o nível de adoecimento dos trabalhadores e alguns impasses no exercício do trabalho dentro do CAPSi destacado nesta dissertação.

Um perigo que corremos diariamente é o de cairmos no automatismo de um trabalho mecânico que não nos permita refletir sobre a nossa prática e que ainda comprometa o nosso poder de escuta dos casos. Nas atividades de matriciamento junto à atenção básica podemos identificar ainda uma posição servil de alguns profissionais diante do saber de outros técnicos ou a serviço de um saber médico, reduzindo pacientes às questões puramente biológicas ao alcance da visão e de uma intervenção medicamentosa. Porém, quando aparece um caso onde esta assertividade não consegue operar, é quando o trabalho de regulação da saúde mental sobre a atenção básica pode operar com maior eficácia. Quando ouvimos frases como a desta médica (que trabalha há anos na atenção primária) numa das reuniões de matriciamento na clínica da família: “Na academia me deram apenas um diploma, não me ensinaram a ser médica. Ainda mais nesta ponta da saúde”!

As situações inesperadas, as crises e os imprevistos são as marcas registradas do trabalho na atenção psicossocial, o que diverge do trabalho na atenção primária com suas cartilhas e procedimentos padrões, porém esta diferença pode ser útil e servir de ponto de convergência e diálogo entre estas instâncias do cuidado no estudo dos casos de saúde mental. Crises que desafiam equipes e profissionais dando um nó nos saberes e discursos acadêmicos, um real que insiste e nos escapa, retornando sempre ao mesmo lugar (LACAN, 1953). Nem mesmo a burocracia formal e documentada dos serviços, com seus projetos pré-estabelecidos a priori das questões dos pacientes são capazes de ajudar estes profissionais a lidar com este real, pois não garantem nenhuma intervenção diante do imprevisível e dos diversos fatores que se apresentam no trabalho com este público. Como apontam as autoras:

O fato é que o cotidiano nos serviços assistenciais exige levar em conta múltiplos fatores: a macropolítica, incluindo fatores econômicos, as relações entre as pessoas –

os laços sociais – e a dificuldade de cada ser falante em se ver frente a frente com a castração. (ALBERTI; FIGUEIREDO; 2006, p. 7)

Porém, infelizmente também é preciso destacar que mesmo na atenção psicossocial ainda podemos encontrar alguns trabalhadores operando sob esta mesma lógica de funcionamento da atenção primária, baseados em suas formações acadêmicas ou mesmo em suas “desinformações” protocolares. O que se soma às dificuldades já encontradas nos serviços, como a precarização das unidades e as demandas incalculáveis, resultando no adoecimento destes profissionais - da atenção básica e da atenção psicossocial - que apresentam níveis de ansiedade cada vez mais elevados e muitas queixas. Trabalhadores atravessados por questões institucionais e subjetivas.

É grave a situação dos profissionais que estão trabalhando de forma isolada, confinados dentro da instituição, sem o diálogo com outros serviços e sob a lógica capitalista de produção, ainda mais diante do risco iminente de ser mandado embora a qualquer momento, visto o panorama atual de demissões em massa no Estado. Muitas licenças médicas, desmotivação, apatia, queixas e o pior, perguntas do tipo: “O que estou fazendo aqui?” Questões como estas surgem o tempo todo nas reuniões de matriciamento que tenho tido a oportunidade de participar na atenção básica.

Falando especificamente da atenção psicossocial, precisamos estar atentos a dois fatores: a importância do trabalho extramuros (fora da instituição) e as dificuldades encontradas no trabalho dentro de uma equipe multidisciplinar. A multidisciplinaridade é uma característica importante dos serviços de saúde mental, pois a construção e condução dos casos deve obrigatoriamente passar pela diversidade de olhares e escutas dentro e fora da equipe, ampliando assim seu campo de observação e atuação. Porém, se a diversidade na formação dos profissionais dentro da equipe não for bem trabalhada pode resultar em resistência e dificultar a construção do trabalho clínico.

A formação das equipes na atenção psicossocial é um fator de grande relevância e que precisa de investimento no sentido de sua efetivação, pois não se dá de maneira imediata. Lacan, no Ato de Fundação (1964/ 1996), a partir do trabalho dos carteis nos traz o conceito de “Transferência de Trabalho”, em referência ao laço libidinal entre os membros de um grupo necessário para a construção de algo em comum, e que depois resultará na construção individual de cada um. Essa transferência permite a dissolução dos riscos imaginários e a tendência à rivalidade de grupos referidos ao poder, como já apontara Freud ao trabalhar o conceito de narcisismo das pequenas diferenças (1921/ 2006). Figueiredo (2004) aponta para

a complexidade do trabalho em equipe e nos alerta dos riscos de imobilização do trabalho e do destino da clínica:

O trabalho em equipe é extremamente complexo, e o modo como as equipes se estruturam também é decisivo para o destino da clínica. Destacamos duas lógicas ou modalidades de organização das equipes que podem melhor situar o problema. São elas: a formação hierárquica e a formação igualitária. Se as equipes são formadas mais na lógica hierárquica das funções e saberes, tendem a burocratizar a clínica, a verticalizar o poder e o saber, e a cristalizar as práticas. Se são mais igualitárias, tendem a horizontalizar o poder, a misturar as funções, escapando das especialidades (isso em si pode ser muito bom), mas caindo na falta de especificidade e confundindo as funções a ponto de perder a referência da clínica e imobilizar o trabalho em conjunto. (FIGUEIREDO, 2004, p. 82)

Diante deste panorama é imprescindível a busca uma transferência de trabalho no interior das equipes, como forma de combater uma tendência à hierarquização ou à formação igualitária e inibir esta tendência à polarização dentro dos serviços, destacando o lugar da clínica.

2.4.1 A importância do trabalho extramuros

Tragados pelas infundáveis demandas, o isolamento dos trabalhadores dentro do serviço de saúde mental se torna iminente e as dificuldades em efetivar o seu trabalho para fora do serviço acaba sendo uma realidade, trazendo consequências para a instituição, para os pacientes e para os próprios profissionais.

A questão diagnóstica é um exemplo do que aparece sempre como urgência direcionada aos serviços de saúde mental infanto-juvenil, oriundas de diferentes lugares: escolas, justiça, famílias ou mesmo de outras instituições de saúde. Atualmente muitos são os casos de crianças com atraso no desenvolvimento ou com os chamados distúrbios de comportamento ou atos antissociais; os casos de automutilação entre os jovens têm crescido bastante ultimamente, e sem o devido acolhimento e uma escuta mais cuidadosa na atenção primária esses casos acabam sendo direcionados para atenção psicossocial de forma inadvertida e sem indicação para um tratamento em saúde mental. Um fluxo que não há como ser redirecionado imediatamente, pois ao dar entrada nos serviços exige das equipes de saúde mental uma leitura e um entendimento mais detalhados do quadro, o que pode levar dias ou até semanas.

Desta forma prontuários vão se aglomerando e o volume de pacientes aumentando, gerando uma quantidade grande de tarefas e compromissos com pacientes que deveriam estar sendo assistidos fora da saúde mental. Tendo como consequência a dificuldade de ofertar um

acompanhamento melhor para os pacientes graves que realmente necessitam do tratamento. Somado a isso os profissionais ainda tem que dar conta de atendimentos à crise, realizar visitas domiciliares, fazer contato com escolas e outras instâncias do cuidado, atender aos pais e responder pedidos de relatórios, laudos e ofícios. O que colabora para o isolamento destes trabalhadores dentro do serviço, aumentando a dificuldade de um trabalho territorial e de inclusão dos pacientes na rede.

Por esses e outros motivos é que além da lógica de inclusão social dos pacientes e estímulo à sua autonomia, os serviços de atenção psicossociais precisam estar atentos ao desamparo vivenciado por seus profissionais e às urgências do trabalho territorial; valorizando a sua função plural e extramuros, como forma de promoção da saúde dos pacientes, dos trabalhadores e da própria instituição. Entendendo que um CAPS ideal é um CAPS vazio (com todos os seus pacientes singularmente incluídos e na vida), o isolamento dos profissionais da saúde mental e a manutenção dos pacientes dentro dos serviços é um indício de que as coisas não andam muito bem no território e nesta instituição.

Uma amostra da consequência que esta falha do trabalho em rede pode trazer é o exemplo de um menino de três anos que foi levado pela avó à clínica da família para uma avaliação e acompanhamento, devido a um quadro de agressividade e dificuldades para dormir. Sem saber o que fazer diante de algumas questões de saúde mental que apresentava o menino e aquela família, a equipe da clínica, sem apoio matricial de saúde mental naquele momento, decidiu colocá-lo no sistema de regulação de vagas (SISREG) para atendimento com um psiquiatra.

Aos cinco anos de idade este menino chega ao CAPSi muito medicado (por médicos particulares), com dificuldades de relacionamento com crianças da sua faixa etária, com um quadro de agressividade agudo e muitas queixas da escola. A avó solicita um laudo urgente para dar entrada no BPC (Benefício de Prestação continuada da Lei Orgânica da assistência Social - LOAS) do garoto e uma orientação, uma “receita de bolo” que pudesse ajudá-la a contê-lo, pois segundo o seu relato ele “parecia ter a força de três homens, impossível de ser domado”, mesmo com o excesso de medicação já prescrita. Um menino que teve seu quadro agravado pelo contexto familiar e pela falta de um acompanhamento adequado desde o primeiro momento que solicitou atendimento. Exigindo da equipe de saúde mental um trabalho três vezes maior, devido à gravidade que o caso adquiriu ao longo deste tempo de desassistência e diante das urgências do quadro.

Assim, podemos entender que a instituição, o trabalhador e o paciente estão intrinsecamente ligados no trabalho da atenção psicossocial, e todos submetidos a diferentes

tipos de adoecimento, principalmente os que são oriundos do isolamento. Como poderemos testemunhar nos fragmentos de casos destacados no capítulo a seguir.

3 FRAGMENTOS DA CLÍNICA E OS CONTOS INFANTIS

Neste capítulo serão abordados alguns fragmentos de casos atendidos no âmbito do CAPSi à luz da teoria psicanalítica. Assim como Freud, que encontrou nas interrogações clínicas os avanços necessários à sua teoria e ao tratamento de seus pacientes, os relatos a seguir representam de alguma forma os impasses enfrentados num serviço de saúde mental diante da gravidade dos casos e das dificuldades de manejo das equipes. Tais dificuldades, além de representar um desafio, levam ao amadurecimento e trazem experiência aos profissionais e ao próprio fazer da instituição. Um campo fértil de trocas, onde a prática pode inspirar a teoria.

A ideia de relacionar os casos às histórias infantis surge da proximidade com este público infanto-juvenil, que exige das equipes uma aproximação ao lúdico como instrumento de trabalho. Além disso, foi observada a possibilidade de correlação entre algumas pontuações presentes nestes contos e a história de vida destes pacientes, o que nos oportuniza certa leveza na leitura de realidades tão pesadas e com imaginários tão afetados. Metáforas que preservam algumas crenças populares e nos possibilitam novas formas de pensar e enxergar a realidade do trabalho na saúde mental e de pacientes com soluções únicas pela via da repetição, vivendo muitas vezes sob diferentes formas de desamparo: discursivo, social, clínico, de políticas públicas e do próprio sujeito.

3.1 Rapunzel e a sua mãe

O conto de Rapunzel compõe o vasto repertório do folclore e da literatura infantil, uma trama envolvente de amor, desejo e traição. Antes de introduzirmos o caso é relevante trazer à lembrança alguns pontos importantes desta história infantil, o que será realizado de forma abreviada e sem a conotação poética da sua narrativa original (GRIMM, 1812/1994), que dispõe inclusive de uma releitura psicanalítica interessante elaborada por Diana Lichtenstein e Mário Corso, 2006.

Certa vez, um casal com planos de ter um filho foram abençoados com a gravidez da mulher. Tomada pelos desejos de grávida, ela faz um pedido ao marido para lhe trazer raponços (um tipo verdura) que amadureciam no jardim de uma bruxa. Tomado pelo incômodo da situação e dos pedidos incansáveis de sua amada o homem se pôs ao risco e lhe trouxe os tais raponços. Porém, não foram suficientes para satisfazer o desejo desta grávida, que voltou a lhe exigir mais. Ao retornar ao jardim, desta vez o marido se depara com a bruxa,

que em troca de novos raponços faz um pacto com este homem lhe exigindo a filha que viria a nascer.

Ao nascer a menina é entregue para esta bruxa que lhe dá o nome de Rapunzel (em alusão aos raponços). A bruxa então passa a se apegar a bela menina, cria a criança com todo cuidado e amor de que dispunha, porém ao vê-la amadurecer e ficar cada vez mais bonita resolve trancá-la numa torre sem portas, para tê-la exclusivamente quando a jovem alcança a idade de doze anos, cujo único acesso era por meio das tranças da própria Rapunzel. A bruxa gritava ao pé da torre a famosa frase: “Jogue suas tranças Rapunzel”. Tornando-se assim o único contato da jovem com o mundo. Sem saber das inúmeras possibilidades que existiam e da sua verdadeira origem, Rapunzel toma a bruxa como sua mãe e a fala desta como uma verdade soberana. Até que um dia um príncipe ao passar próximo a torre ouve um belo canto vindo do alto, curioso se coloca a observar, em seguida vê a bruxa chamar Rapunzel e subir até a filha pelas suas tranças. O príncipe então passa a se encontrar com a amada no alto da torre através das tranças, se apaixonam e decidem planejar uma fuga, que é descoberta pela mãe. A bruxa sentindo-se traída e bastante furiosa decide cortar as tranças de sua filha e expulsá-la para o deserto, o mais distante possível dela, e planeja uma vingança para o príncipe. Colocando as tranças para atraí-lo no dia da fuga, fura seus olhos ao recebê-lo no alto da torre, condenando-o assim a nunca mais ver a beleza da sua amada e vagar pelo mundo cego atrás dela.

Os dois então passam anos a vagar distantes e sem sinal um do outro, ele pela floresta e ela pelo deserto. Neste período Rapunzel dará luz a um casal de gêmeos, fruto dos encontros na torre. Até que em suas andanças a procura da amada o príncipe reconhece a sua voz num encontro inesperado, Rapunzel muito emocionada e feliz chora ao encontrá-lo, e suas lágrimas lhe devolvem a visão.

Muitas são as questões que emergem deste conto infantil, porém vamos trabalhar apenas algumas que nos parecem adequadas ao caso que nos inspirou. Fernanda (nome fictício), uma mulher bastante religiosa, que morava no interior de uma pequena cidade do nordeste brasileiro e levava uma vida árida e de muitas dificuldades junto a sua família, diz que certa vez quando tinha vinte anos de idade, recebeu um chamado de Deus para ser missionária na Cidade do Rio de Janeiro. Chegando nesta cidade é acolhida por uma igreja e começa seu trabalho de missões. Num determinado momento encontra um rapaz, com quem tem um breve relacionamento e engravida. Porém, este relacionamento termina antes mesmo de dar a luz a sua filha, que dará o nome Glória (nome fictício, que conserva uma conotação religiosa próxima ao nome verdadeiro).

Uma mãe dedicada que estabelece com a filha uma relação solitária e simbiótica desde o ventre, diante do afastamento da sua família na terra natal, e do pai, que reconhece a paternidade, mas não o cuidado da filha. Próximo ao nascimento de Glória, sua mãe relata ter recebido um presente de Deus que orientaria sua vida e os cuidados para a filha: “Que já na barriga dava sinais de seu desequilíbrio”. Encontrara na igreja um livro chamado “Uma Mente Inquieta: memórias de loucura e instabilidade de humor” (1995), que narra o testemunho de uma médica norte-americana na luta pessoal contra o transtorno maníaco-depressivo desde a adolescência.

A partir daí começa uma vida de errância das duas, com mudanças de residência a cada três meses aproximadamente e com seus pertences resumidos a algumas sacolas de roupas e objetos pessoais. Fernanda em busca de um tratamento ideal e adequado para a filha, e Glória objeto deste cuidado. Deparamo-nos então com “a torre do patológico”, do lugar de objeto que Glória já ocupara antes mesmo de nascer, sem portas e cujo acesso só seria possível através desta mãe.

É importante destacar dois pontos: o primeiro é que embora não tenha se submetido a nenhum tratamento, o modo como esta mãe se apresenta no serviço e a relação que estabelece com a filha, nos dá indicações de uma possível estrutura psicótica desta genitora. Fator relevante para a condução do caso e para o relato deste fragmento. Qualquer associação desta mãe com a bruxa do referido conto se dá como simples configuração do caso, respeitando o lugar desta estrutura clínica e longe de qualquer julgamento moral. O segundo ponto, é referente ao patológico, conceito já combatido por Freud desde o início da sua obra. Um lugar que Glória ocupa para a sua mãe, um lugar de doente e de incapaz, que encontra no discurso médico e em inúmeros diagnósticos amparo e exclusão. O que se difere da proposta da psicanálise, que acredita no sintoma como uma via de acesso ao sujeito, fora do lugar de doença e sem a promessa de cura.

Sua trajetória pelo território e pelos serviços de saúde e assistência se intensifica quando a menina atinge a idade escolar, a partir de reclamações da escola e da dificuldade desta mãe em encontrar alguém que reconhecesse na sua fala a “verdade” sobre os problemas de sua filha. As trocas de escola e de residência começam a acontecer com maior frequência, até sua chegada ao serviço de saúde mental com sete anos de idade.

Glória se apresenta no serviço medicada por um médico particular, recebendo o benefício do governo (LOAS), bastante agitada, falante e com dificuldade na interação com os técnicos e as outras crianças e, principalmente, com dificuldade de se afastar da mãe.

Fernanda relata os obstáculos em mantê-la na escola e em encontrar o tratamento “certo” para a filha. Frequentam por um tempo o serviço, mas logo se afastam sem comunicar a equipe.

Anos se passam até que o Capsi recebe uma ligação da emergência de um hospital geral no território informando da entrada desta paciente e de sua mãe, solicitando a internação. Glória estava agitada e agressiva, e Fernanda bem machucada, pois um dos surtos da filha teria sido direcionado a ela. A esta altura a jovem já havia entrado na adolescência e aos treze anos seu quadro parecia ter se agravado bastante. Após este retorno, depois de terem circulado praticamente por toda a cidade do Rio de Janeiro, começa então um novo período de acompanhamento no território e no Capsi, com a jovem apresentando novas questões, de maior gravidade, e exigindo uma especial atenção da equipe e dos outros dispositivos da rede na construção de novas propostas de condução e tratamento. Fernanda se queixa muito, de tudo, afirma que sua filha esta só piorando e que ninguém quer ajudá-la, desde a equipe da vara da infância às equipes da saúde e da assistência, incluindo a educação.

Após contato com as outras instâncias do cuidado por onde Glória passou ao longo deste período em que esteve afastada do Capsi, nos foi relatada a dificuldade destes serviços em atender e conversar com a Fernanda e com a filha. Muitas eram as queixas sobre esta mãe e as confusões feitas por ela nos serviços por onde passou. Fora-nos informado também que a jovem já havia participado por meio judicial de programas do governo, como abrigo e família acolhedora. Uma tentativa de separação das duas com a proposta de promover saúde para ambas, mas não houve aderência ao que lhes fora proposto e a jovem não conseguiu sustentar sequer dois dias longe da mãe, evadindo do abrigo e da casa desta família acolhedora.

Uma coisa ainda permanecia do primeiro momento de chegada delas ao serviço, quando tinha sete anos de idade, o acesso à Glória continuava sendo através da mãe, pois era quem a levava para o tratamento e reconhecia o que seria importante ou não para a filha. Sem acolher esta mãe, não era possível acessar a filha, pois sequer apareceria no serviço sozinha. Muitos foram os embates e as dificuldades de toda a equipe em acolhê-las no serviço, todo profissional, incluindo a psiquiatra, designado para estar com a jovem era desqualificado pela mãe (incluindo a psiquiatra), e ainda havia os obstáculos com a mãe na questão de manipulação das medicações da filha, pois a cada semana ela aparecia com uma receita nova e com a solicitação de uma nova medicação, mesmo tendo sido revista há poucos dias pela médica do serviço. Foi quando, dentro do projeto terapêutico singular da jovem, fui incluído para estar exclusivamente com esta mãe.

Uma aposta que rendeu frutos, pois era um profissional novo no serviço e que ainda não havia presenciado nenhuma das confusões entre elas e a equipe. O primeiro contato se deu numa das internações de curta duração da jovem no Hospital Nise da Silveira, um atendimento ao ar livre realizado no pátio externo a internação, junto a outros pacientes que circulavam livremente pelo local. Mesmo tendo explicado o motivo da visita e a minha inserção no caso, fui recebido com muita desconfiança e resistência pela mãe. Mas a disponibilidade para escutá-la foi aos poucos sendo percebida e logo os atendimentos começaram a se efetivar, no Capsi ou nos locais de internação por onde as duas passavam. Fernanda tinha uma fala muito intensa, firme e consistente. Envoltas num discurso absoluto e sem falhas, até mesmo para eu tentar fazer uma rápida intervenção, entre uma frase e outra, era necessário muito investimento, mas que logo era sobreposta por outra frase dela sem nenhuma relação com o que fora proposto na interrupção. O que exigia um manejo importante na escuta clínica desta mulher. O tempo e o dia das sessões, por exemplo, era um ponto delicado e importante de intervenção, pois se ela pudesse falar por horas seguidas sem deixar ser interrompida um minuto sequer, e os dias seriam os mais variados possíveis. Em sua fala havia um saber sólido e bastante elaborado, com palavras e conceitos médicos, em relação às medicações e avaliações da filha; e muitas queixas de todos os possíveis profissionais que se dispuseram a tratar ou ajudar Glória, nos serviços públicos ou particulares.

A transferência com esta mãe é um divisor de águas na condução deste caso. Onde podemos identificar que através da disponibilidade para a clínica da psicose foi viabilizada uma abertura para o laço transferencial com Fernanda. O desejo do analista pode ser pensado como um dos principais operadores na condução desse caso dentro desta instituição de saúde mental. Como aponta Meyer (2017) ao destacar algumas pontuações da leitura de Jean Allouch (1997) do Caso Aimeé de Lacan:

Aí podemos observar que Lacan, ao se colocar no lugar de secretário na escuta do delírio de Marguerite, evidenciou o desejo que determinou a sua função de analista. Isto se deu a partir do lugar que ele assumiu ao acolher as produções da loucura de Marguerite. Este é o ponto fundamental onde se encontram desejo do analista e transferência, pois foi desta forma que Marguerite desenvolveu um laço transferencial com Lacan. Neste sentido, penso que o desejo do analista possui íntima relação com a possibilidade de acolhimento do discurso delirante, que é marcado pela diferença em relação ao que chamamos de “normalidade”. Desta forma, para que seja realizável a clínica das psicoses, é preciso uma aposta que estaria ligada a uma condição especial do lado do analista (MEYER, 2017, p. 72).

Acolhendo o seu saber sobre a doença da filha e autorizando sua fala livremente, foi possível visualizar o caminho trilhado por elas até ali e como o pensamento delirante desta

mãe estava articulado. Toda vez que era provocada a falar dela mesma, sua história, sonhos e desejos, ou mesmo trazer lembranças boas entre ela e a filha em outros tempos, Fernanda sorria no canto da boca e rapidamente retornava ao seu pronto e firme discurso. Aos poucos Glória começa a aparecer para além da “torre” construída por sua mãe, e suas verdadeiras questões começam a se apresentar para a equipe. Seus atendimentos individuais pela primeira vez começam a ter alguma regularidade no CAPSi.

Glória fugia com frequência de casa para às ruas, dormia em praças ou embaixo de viadutos, passava dias e retornava bastante debilitada, com a higiene muito comprometida. Fazia uso de bebidas, de drogas e do sexo como possibilidade de laço no período que estava fora de casa. Porém, passado esse período no “deserto” das ruas, sempre retornava à sua casa, ao lugar ofertado por sua mãe. Em um de seus retornos Glória aparece em casa com uma tatuagem permanente na perna, o desenho de um tridente que dizia ser do diabo, em alusão às possessões demoníacas que sua mãe referia ao falar do estado que ela ficava em casa antes de ir para as ruas: “Igual uma Pomba-gira”. Ficando claro o insuportável desta mãe frente à sexualidade exacerbada presente na filha, próxima de completar dezesseis anos de idade.

Segundo Fernanda o estopim para as saídas da filha de casa era quando Glória fazia um “inferno” para colocar o alicate ou as tranças no cabelo, sinal de que em seguida a entidade iria encorajá-la a sair de casa. Ao contrário do conto de Rapunzel em que as tranças significavam o contato e a proximidade com a mãe, no caso desta paciente, as tranças significavam a saída da torre para as ruas, para o deserto, do qual sempre retornava debilitada e cabisbaixa.

Passados alguns anos do seu novo acompanhamento no Capsi, algumas tentativas na reconstrução dos laços sociais foram realizadas. Dentre elas a possibilidade do seu retorno às atividades escolares. Animada, Glória se organizou e chegou a frequentar alguns dias as aulas, porém não sustentou por muito tempo. Repetindo o fracasso das anteriores propostas de promoção de saúde e inserção social na cultura, no esporte e na geração de renda, tanto para ela quanto para a mãe.

Ao longo do seu tratamento eram recorrentes suas idas à emergência dos hospitais gerais, com vistas a uma internação. As duas chegavam de malas prontas na certeza de um longo período na instituição, com crises muitas vezes interrogadas pelas equipes, pois Glória não se apresentava com sintomas claros de um surto psicótico, como na maioria das vezes se apresentam os pacientes psiquiátricos nas emergências. Porém, ao simples sinal de irritação e discussão da mãe com a equipe que questionara a gravidade de sua filha, Glória começava a se agitar e a quebrar tudo que via pela frente, precisando ser contida e sedada. Vale destacar

que um desses acessos de fúria numa clínica da família resultou na sua institucionalização no DEGASE (Departamento Geral de Ações Sócio Educativas) por sete dias, o que significou grandes discussões entre a justiça e as redes de saúde e assistência do território.

Num determinado momento deste acompanhamento no CAPSi, quando a relação transferencial com esta mãe começa a surtir efeito no tratamento da filha, Fernanda solicita a mim a oferta de uma escuta para Glória: “Eu tenho muito respeito pelo seu trabalho, mas como mãe preciso ceder este lugar para a minha filha, pois ninguém aqui pode tratá-la como você. Será um sacrifício necessário, para um bem maior. Ela precisa mais do que eu”. Uma solicitação para deixar de atendê-la e começar a atender exclusivamente a filha. Este pedido gerou muitas discussões entre a equipe, sem um supervisor a época, pois não representava somente uma resistência desta mãe ao que vinha sendo realizado com ela, mas significava também um primeiro pedido, que se diferenciava das demandas excessivas que já trazia ao serviço. E Glória reforçava ainda mais o pedido da mãe de ser atendida por mim. Os atendimentos a esta mãe continuaram, e uma das saídas encontradas foi reservar além de um horário para os seus atendimentos, separar um horário para atendimento das duas juntas, fazendo a função de mediador para que uma pudesse falar e a outra ouvir. O que nos pareceu oportuno e positivo para aquele momento do tratamento. Glória também continuou com seus atendimentos individuais com outro técnico.

Com o tempo ficava cada vez mais claro que não cabia às instituições de cuidado e assistência a função de tentar separá-las, mas sim, de acompanhar as pistas deixadas e testemunhar as saídas encontradas por elas mesmas nesta relação simbiótica. Como em uma das tentativas inconscientes de Glória em se separar desta mãe, quando desenvolveu uma gravidez psicológica, com sintomas fisiológicos característicos e uma barriga que crescia rapidamente. Um período de comoção importante delas e das equipes envolvidas no cuidado dentro do território. Em duas semanas Glória conseguiu, sob muita insistência, fazer três exames de ultrassonografia para tentar ver o bebê, um feito raro, visto que as filas de espera deste exame são longas. Porém, nada aparecia nas imagens. O suposto bebê já tinha nome e até um bom motivo, segundo Glória, para vir ao mundo: “Receber todo o amor que tenho para dar a ele, diferente do que a minha mãe faz comigo”.

Um caso extremamente difícil, em que nos deparamos com uma “torre patológica”, uma mãe super-protetora, um deserto libertador e tranças que funcionam como chaves. Um caso que exigiu e ainda exige um repensar constante das práticas encontradas nos serviços de assistência e saúde mental neste território. Um trabalho coletivo que requer o diálogo e a proximidade entre as equipes responsáveis pelo cuidado destes pacientes graves e muito

negligenciados, na direção de propostas de trabalho e políticas públicas que contemplem a complexidade desta clínica. Um trabalho que entenda as especificidades da clínica com psicóticos e respeite a singularidade de cada caso, considerando a transferência dos pacientes com a instituição e com os técnicos, como uma via de condução dos casos. Como no exemplo do fragmento relatado a cima, onde podemos visualizar um laço transferencial com esta mãe que oportunizou o acesso às questões da paciente Glória. Uma transferência que se estendeu para além da permanência da jovem na instituição, pois mesmo depois da passagem dela para um CAPS de adulto ao completar a maioridade, sua mãe ainda passava no CAPSi para “falar rapidinho” comigo.

3.2 O Patinho Feio e sem lugar

O conto do Patinho Feio certamente fez parte da infância de alguns dos leitores deste trabalho, e de uma forma descontraída nos traz a angústia vivida por este personagem na busca de aceitação e pertencimento. A história começa com a presença de um ovo grande e diferente no ninho de uma pata, que exige um tempo maior para ser chocado. Ao nascer, se depara com a hostilidade desta suposta mãe e dos seus irmãos, que nada se pareciam com ele. Decide então voar para bem longe deste ninho e vai parar num lago, com dois gansos, que o acolhem, mesmo rindo de sua aparência estranha.

Numa determinada tarde seus dois novos amigos foram abatidos por caçadores e ele teve que se esconder na plantação à beira do lago. E nem mesmo os cães de caça, que vieram pegar os seus amigos abatidos e o farejaram escondido, quiseram levá-lo, o que reforçou ainda mais seu sentimento de rejeição. Voando para longe dali foi parar na casa de uma senhora, que o abrigou achando que se tratava de uma pata poedeira. Sentindo-se ameaçado pelos outros animais que residiam na casa decide voltar para o lago, porém o rigor do inverno quase o leva à morte. Vendo-o desmaiado sobre o gelo, um bondoso caçador o leva para casa e cuida dele até recuperar suas forças. Os dias iam passando na aconchegante casa e a intimidade com as crianças ia crescendo, sem saber que se tratava de brincadeiras, interpretava como hostilidade e violência o divertimento dos jovens, até que um dia, tentando fugir dos meninos, ele provoca uma enorme confusão sobre a mesa de café da família, espalhando comida para todo lado. Ao ouvir o grito estridente da dona da casa, ele foge mais uma vez para longe. Voltando a habitar no lago até a próxima estação, a primavera.

Chegada a estação das flores, retornam também os belos cisnes que haviam partido no outono anterior, aves que ele sempre reverenciava. Ao se aproximarem dele no lago, abaixa a

cabeça com medo de ser novamente hostilizado e se depara com o seu reflexo no espelho d'água, admirado, percebe que havia se tornado no mais belo dos cisnes.

Falar de segregação no trabalho da saúde mental nos parece um pouco redundante, pois infelizmente ainda representa uma dura realidade o preconceito existente na sociedade em relação a loucura, que vai do completo desconhecimento à completa exclusão. Um trabalho de luta e resistência, sob diversos aspectos.

O fragmento de caso que trabalharemos agora é sobre um jovem que chamaremos de Théo, cuja história, assim como a de Glória e do Patinho Feio original, começa antes do seu nascimento. Filho da “Maria-Maluca”, como era chamada a sua mãe biológica, Théo é fruto de uma relação sexual desta mãe (usuária de substâncias) e algum homem que encontrou em suas andanças pelas ruas. Ao nascer foi acolhido por uma mulher chamada Marta, dona de um terreiro de umbanda na comunidade que a sua mãe biológica frequentava.

Marta era conhecida na região por sua hospitalidade e pelo acolhimento de crianças em situações parecidas com a de Théo. Os moradores também a reconheciam como a mãe-de-santo deste terreiro e desta comunidade, o que lhe dava um lugar e certo prestígio na região. Théo é criado por Marta do nascimento até a adolescência e a reconhece como mãe, mesmo sabendo da história sobre a sua mãe biológica e sobre o seu desaparecimento. O jovem então passa a viver e a se desenvolver dentro desta casa que fica junto ao terreiro de umbanda, prestando serviços e ajudando na manutenção e tarefas dos dois lugares. Porém, entrando na fase da adolescência Théo começa a apresentar um comportamento agressivo e extremamente sexualizado, muitas vezes sendo invasivo e não respeitando o limite entre o corpo dele e o corpo do outro. Tal comportamento começa a trazer problemas para ele e para esta mãe, tanto dentro de casa/terreiro quanto na comunidade.

Após algumas tentativas fracassadas desta cuidadora em medicar, com a orientação e a prescrição de um médico conhecido da família, e não conseguir controlar o comportamento do jovem, ela resolve expulsá-lo de casa. Mas Théo parecia ignorar as suas ordens e sempre retornava, o que a levou a pedir a ajuda dos milicianos que gerenciavam a comunidade para mantê-lo longe. Neste momento Théo é colocado para fora do “ninho”. Contudo, ao chegar na “pista” (nas ruas fora da comunidade) e começar a apresentar tais comportamentos, o jovem é detido pela polícia, que inicialmente o encaminha para a emergência de um hospital geral no território, devido à sua saúde debilitada e desorganização.

A equipe do hospital se depara com a seguinte situação: um jovem negro, de aproximadamente um metro e noventa de altura, pesando cerca de noventa quilos, sem nenhum documento de identificação, com um quadro psiquiátrico de agitação agudo, sem

qualquer histórico no hospital ou nas clínicas da região, literalmente um “Zé Ninguém”. Após uma conversa com o jovem foi verificado que nunca havia frequentado a escola, só possuía uma certidão de nascimento sem filiação registrada e somente com o nome próprio, Théo Felipe, tendo como única referência a Marta. Acionados os órgãos responsáveis pela proteção e pelo cuidado de crianças e adolescentes, conseguiram chegar até esta suposta responsável, que reconhece o jovem, confirma a história e afirma não ter condições de tê-lo em casa enquanto estivesse apresentando este quadro de desorganização e agressividade.

A partir daí começa o trabalho de todas as instituições envolvidas no cuidado deste jovem: assistência, justiça, saúde mental, educação e conselho tutelar. Um grande desafio, que exigiu muito desta rede que funcionava de forma frágil, com suas instituições trabalhando de maneira isolada. As inúmeras reuniões, relatórios e avaliações organizadas em função das urgências do caso, não eram suficientes para encontrar um lugar adequado para acolhê-lo. Por todos os abrigos que passava Théo “causava” pânico nas equipes e a fúria dos outros jovens, que se reuniam para bater nele devido aos comportamentos sexualizados e agressivos que não respeitavam o corpo do outro, valendo-se muitas vezes de seu tamanho e força física. Por ter sido criado dentro de uma casa e num contexto que lhe resguardava da aspereza das ruas, Théo mesmo com todo tamanho que possuía e com uma fala articulada e sedutora em alguns momentos, ainda encontrava-se desprotegido diante da sagacidade dos jovens criados nas ruas, apresentando comportamentos que muitas vezes se pareciam com os de uma criança de oito anos de idade.

Como seu quadro só se agravava e Marta não manifestava nenhum interesse em tê-lo novamente em casa, o trabalho com ele e em torno dele se intensificava. Os atendimentos individuais pareciam infrutíferos, pois não suportava conversar com os técnicos um minuto sequer, sempre andando de um lado para o outro nos serviços, abrindo todas as portas, pedindo dinheiro, cigarros e sentando em qualquer cadeira, mesmo estando sob o efeito de medicação. Suas repetidas demandas incluíam ligar para Marta e poder falar com ela. Raramente ela atendia sua ligação, quando atendia falava brevemente com ele e sempre com uma negativa em relação a sua ida para casa. Toda vez que evadia das instituições Théo ia ao encontro dela no terreiro, mas era posto para fora e redirecionado para a rede. Uma relação que ao mesmo tempo em que era importante para ele também lhe fazia mal, não lhe deixando brechas para pensar em outras possibilidades de laço. Não acreditava em nada que lhe era proposto e desqualificava a fala de qualquer um que tentasse se aproximar para iniciar uma conversa.

Certa vez, durante o período de tratamento e atenção a crise, em que permanecia praticamente o dia inteiro no Capsi e depois era direcionado à instituição de acolhimento na qual iria dormir para poder retornar no dia seguinte, a equipe se deparou com uma situação bastante paradigmática, o que provocou a angústia de alguns profissionais que naquele momento não dispunham sequer de um supervisor nas reuniões de equipe. Théo havia acabado de completar a maioridade, com isso perdia os direitos da adolescência e de ser abrigado numa instituição para menores de idade, o que acabou gerando certo alívio nos abrigos infanto-juvenis por onde passara no território. Sendo assim, foi redirecionado para um abrigo de homens adultos, no qual ele havia pernoitado na noite anterior e se recusava a voltar, devido a ter sido ameaçado após uma briga. Dada à hora de direcioná-lo para a instituição de abrigamento, no final do expediente do CAPSi, a resposta que a equipe havia recebido das outras esferas (justiça, assistência e conselho tutelar) que acompanhavam o caso, era que não havia um lugar para encaminhá-lo, pois de fato não poderia voltar para o abrigo que estivera na noite anterior e não havia vaga nos outros abrigos da região. Desta forma, coube a equipe do Capsi ter que lidar, por dias, com a cena de vê-lo dormir na calçada da instituição até a abertura do serviço no dia seguinte, pois não se tratava de um serviço de pernoite e não havia um lugar para onde pudéssemos direcioná-lo naquele momento, visto já não se tratar mais de um paciente em crise.

Mesmo não se tratando de um caso onde apareça um manejo clínico estrito ou uma relação transferencial específica com algum profissional, podemos testemunhar a transferência deste paciente com a instituição (CAPSi), enquanto um local de acolhimento da sua loucura, para onde retornava sempre que era expulso de alguma instituição e do qual também fazia uso como abrigo diário, para descansar ou mesmo se restabelecer após alguns embates na rua. Neste momento em que passava mais tempo em contato com a equipe, era quando podíamos fazer alguma intervenção e acessar um pouco deste sujeito. Durante o dia que passava conosco ele dormia, acordava, lanchava, tomava banho e conversava com os diferentes técnicos e sobre diferentes assuntos. Algumas vezes pedia conselhos, outras se queixava das mazelas de sua vida, mas havia sempre um fio condutor que o ligava a sua mãe Marta.

Ele a endeusava e não conseguia entender a gravidade da sua situação, pois tudo que passava nas ruas ou nos abrigos era de caráter provisório para ele, porque em algum momento voltaria para o cuidado dela na casa/terreiro onde cresceu. Ele se identificava como gay e tinha planos de casar com um homem que o sustentasse. Os atendimentos com técnicos do sexo masculino eram bastante difíceis, tinha que ser sempre em um lugar aberto e próximo de

outras pessoas, pois ao passo que a conversa ia acontecendo ele ia avançando o limite entre o seu corpo e o corpo do outro. A palavra não tinha efeito sobre o seu comportamento, ele tentava agarrar os técnicos, beijar seu pescoço e tocar as suas genitálias, sendo necessário segurar seus braços e pedir o auxílio de outro técnico para afastá-lo. Quando não ia ao encontro do corpo do outro, ficava falando obscenidades e provocando os técnicos pelos corredores, na frente de outros pacientes e seus pais. Eram situações difíceis de manejar, pois ao passo que era repreendido e chamado atenção, ele dizia: “Ah...me deixa! Eu tô de saco cheio disso aqui. Abre a porta para eu sair! Abre a porta!” Gritava aos berros e esmurrando a porta de entrada do CAPSi.

Quando saía porta a fora, ele ficava andando pela comunidade ao redor do CAPSi pedindo cigarro e oferecendo atividades sexuais em troca de dinheiro. Isso exigiu um trabalho intenso da equipe no entorno da instituição, para explicar que se tratava de um paciente psiquiátrico e para alertar que qualquer problema maior deveria ser direcionado à instituição, ainda mais por se tratar de um bairro dominado pelo poder da milícia. Comportamentos estes, que segundo o relato das equipes dos abrigos, repetiam-se com frequência, com os profissionais, com os outros jovens na instituição e também no território ao redor.

Cabe destacar que por inúmeras vezes, ele precisou permanecer longos períodos no CAPSi durante o dia, mesmo não estando em crise, pois os abrigos não conseguiam acolhê-lo em tempo integral e já no projeto singular estabelecido a priori da chegada de Théo nos abrigos, era estipulado, como condição para estar ali, uma ajuda dos outros dispositivos do território na divisão do cuidado diário do jovem. O que precisou ser exaustivamente trabalhado pelo CAPSi na rede, pois diante das dificuldades de manejo com o sujeito psicótico, tanto a assistência quanto a vara da infância via no serviço de saúde mental o único lugar onde era possível suportar o insuportável da loucura de Théo, significando para eles um lugar de tratamento e também um lugar de depósito, se não ficássemos atentos.

Conseguimos evidenciar dois pontos importantes que este caso nos leva a refletir: a grande dificuldade em encontrar na cidade do Rio de Janeiro locais de abrigamento de crianças e adolescentes psicóticos e sem referência familiar, devido à escassez de abrigos, à precarização das instituições existentes e a falta de preparo das equipes em trabalhar com a psicose; e o lugar central que ocupa um CAPSi na articulação da rede de cuidados nestes casos mais graves. Um trabalho duro, de convocação e implicação das outras esferas do cuidado (justiça, assistência social, saúde e conselho tutelar) para as urgências do caso e para a construção de um projeto terapêutico singular que respeite os direitos do paciente enquanto

cidadão, as singularidades do sujeito e que caminhe na direção de uma escuta qualificada ao que realmente nos exige o paciente.

Um caso que congrega ao mesmo tempo dois lugares, o “lugar de resto” no discurso social e o “sem lugar” da estrutura psicótica. Uma realidade que encontramos com frequência, instituições com sérias dificuldades em acolher este público e pacientes que tem seu quadro agravado pelos equívocos existentes entre as diferentes entidades responsáveis pelo seu cuidado. Uma triste realidade que denuncia questões muito graves, e que suplica urgência na elaboração de políticas públicas que promovam um trabalho sério e responsável na formação de equipes e na construção de lugares de cuidado integral e acolhimento para crianças e jovens psicóticos sem referência familiar, os Patinhos Feios e sem lugar, que pode ou não vir a se tornar cisne.

No caso de Théó, infelizmente não pudemos testemunhar o momento de deslumbramento do cisne diante da sua imagem refletida no espelho d’água, devido às dificuldades de acompanhar o caso após o encerrado do seu tratamento no CAPSi e do fato de não ter aderido ao tratamento proposto na instituição de saúde mental para o qual foi encaminhado algum tempo depois de completar a maioridade, reafirmando a errância de sua estrutura psicótica e a repetição das suas dificuldades de aderência às propostas de tratamento nos serviços ofertados.

3.3 Cinderela e a madrasta

A história desta paciente talvez seja a que mais se aproxima dos contos de fadas propostos neste capítulo, a história da Cinderela. Órfã de mãe ainda na primeira infância, Ketlen foi entregue pela justiça aos cuidados de seu pai Thales quando tinha quatro anos de idade. Passando a residir com ele, sua Madrasta Joice e uma irmã recém-nascida (filha do casal). Aos sete anos de idade Ketlen chega ao Capsi acompanhada da madrasta, que trazia nas mãos um caderno com muitas anotações, documentos e fotos, praticamente um dossiê da vida da enteada desde o momento em que chegou a sua casa.

Neste caderno continham laudos médicos, relatórios escolares, pareceres diversos e fotos de suas filhas (até este momento já havia nascido mais uma criança nesta casa) machucadas pela Ketlen. Junto trazia um discurso inflamado de queixas da menina e relatos dos mais esdrúxulos possíveis, incluindo diagnósticos graves e tenebrosos. Tudo documentado, com dia e hora dos acontecimentos. Um discurso que trazia uma gravidade tamanha, capaz de fazer o casal se trancar no quarto a noite com as crianças pequenas com

medo antes de dormir, deixando Ketlen sozinha na sala. Aliado a isso a madrasta também trazia um pedido de avaliação urgente, de preferência documentado, que corroborasse com suas investigações anteriores.

Já no primeiro acolhimento desta família muitas questões se evidenciavam, sem o menor esforço da equipe, e o recurso diante das inúmeras demandas de Joice era o tempo necessário para avaliação e conduta do caso. Quanto ao pai, quando convocado pelo técnico de referência relata trabalhar muito e não ter tempo para tratar das coisas das filhas, por isso as deixava sob os cuidados exclusivos da esposa, que segundo ele gostava bastante de Ketlen (assim como o pai da Cinderela no conto de fadas).

Iniciado seu acompanhamento e avaliação no Capsi, não eram observados sinais de maus-tratos físicos desta madrasta com a Ketlen, que também não apresentava nenhum comprometimento psíquico, o que possibilitava uma conversa aberta com ela. Porém quando perguntada sobre suas questões ou sobre como era sua vida, a menina trazia um discurso muito próximo ao da madrasta, como nesta sua frase: “Eu não estou bem. Minha madrasta pediu para eu dizer para vocês tudo que acontece comigo. Inclusive que eu vejo coisas, como um homem da capa preta saindo do chão da cozinha a noite”. Um discurso próximo, mas não aderente ao discurso da madrasta. Podemos ver nesta sua frase certo distanciamento e o cumprimento de uma ordem dada a ela pela madrasta.

Ketlen chegava pontualmente aos atendimentos, acompanhada de Joice, que aguardava na sala de espera enquanto a menina era atendida. Ketlen sempre com a aparência bem cuidada e de roupas limpas. Seu comportamento oscilava entre ficar quieta num canto, relatando tudo que sua madrasta a orientava a dizer, ou cedia aos impulsos de uma boa e suada partida de futebol com as outras crianças. Mas logo após o jogo se recompunha e embotava uma cara tristonha e cabisbaixa novamente. Numa visita à escola para discussão do caso, o relato das professoras era de uma menina com dificuldades na aprendizagem, porém muito tranquila e assídua às aulas, com alguns episódios de agressividade com outros alunos, mas nada que chamasse atenção para uma gravidade. E suas observações quanto ao cuidado dispensado da madrasta em relação à menina, eram as mesmas avaliadas pela equipe do Capsi. Numa visita domiciliar agendada, a impressão foi a mesma e o comportamento da menina também.

Em um novo momento deste acompanhamento a madrasta começa a trazer queixas diferentes da menina, dizendo que havia fugido de casa e tinha sido encontrada na casa de uma vizinha da rua de baixo, inventando mentiras sobre ela e sobre a sua família. Num segundo episódio, Ketlen teria fugido novamente e ido à casa de outra vizinha pedindo ajuda

para chamar a polícia. Esses episódios, que renderam mais que algumas páginas no dossiê da madrasta, foram responsáveis pela convocação destes responsáveis ao conselho tutelar e à vara da infância, motivos suficientes para sua madrasta colocar o pai da menina contra a parede e intimá-lo a ter que escolher entre ficar com ela e as duas filhas, ou com a Ketlen.

Passados alguns meses sem notícias e contatos com a família, recebemos no Capsi o contato da psicóloga de um abrigo da região, dizendo que Ketlen estava há um mês sob os cuidados deles e que a promotoria havia lhes informado do seu acompanhamento no Capsi. Combinamos um estudo de caso para reunirmos as duas equipes, pensar num plano de ação e nas possibilidades de construção de um projeto terapêutico singular a partir do histórico e das informações já coletadas da menina nas duas instituições, estipulando dia e o horário de atendimentos no CAPSi, além da investigação de toda rede familiar, visando um possível retorno à família.

Depois de quase três meses morando no abrigo recebemos Ketlen no serviço, a essa altura ela já tinha nove anos de idade. Segundo a equipe do abrigo, a menina havia engordado aproximadamente uns oito quilos neste curto período sob o cuidado deles. Ao chegar ao Capsi eu, o técnico de referência, ao vê-la de costas não fui capaz de reconhecê-la. Houve um choque geral na a equipe pela forma como se apresentara, com uma aparência extremamente saudável e com um sorriso largo no rosto. Abraçou-me com força e começou a relatar tudo o que ocorrera até sua ida para o abrigo.

Foi quando muitas coisas do caso vieram à tona e a menina pode falar livremente sobre o que acontecia quando estava sob os cuidados da madrasta. Maus-tratos físicos de fato não ocorriam com muita frequência, mas os maus-tratos psicológicos e as ameaças eram constantes. Os seus atendimentos passaram a ser longos, com muitas queixas da madrasta, sempre trazendo em sua fala a esperança de ser retirada do abrigo pelo pai e viverem uma nova vida longe de Joice e das suas irmãs.

Ao chegar no abrigo a menina passou a apresentar novas questões, como dificuldades para dormir, dificuldades de relacionamento com as outras crianças da instituição e muitas mentiras. Uma delas inclusive foi responsável pela demissão de uma funcionária antiga do abrigo, pois Ketlen relatou em umas das audiências concentradas com a promotoria que havia sido agredida por esta funcionária, fato que após investigação da equipe não foi constatado.

A menina foi incluída em uma nova escola, no território do abrigo, e semanas após sua apresentação esta escola já trazia relatos e muitas queixas dela, solicitando uma intervenção medicamentosa urgente para acalmá-la. É quando a relação comigo ganha uma nova conotação e passa a ocupar um lugar importante para o futuro do caso. Ketlen estabelece uma

transferência maciça comigo e começa a direcionar para mim muitas questões referentes ao seu pai, desde um comportamento mais sexualizado ao afeto mais infantil de filha, através de cartas e declarações explícitas de amor. Atento ao que acontecia e manejando esta transferência, pude observar as consequências nefastas de uma promessa feita pelo pai (de retirá-la do abrigo) sobre os comportamentos da menina e as suas construções subjetivas, que se evidenciavam na dificuldade de pertencimento àquele lugar com outras crianças, pois na sua cabeça estava somente de passagem. O que dificultava sua adaptação ao abrigo e aumentava sua angústia, ainda mais quando ficava esperando a visita do seu pai aos sábados e elas não aconteciam.

Foi quando eu, junto com a equipe do abrigo, decidimos conversar com este pai e convocá-lo para uma conversa com a menina, após uma das audiências concentradas que se realizam semestralmente nos abrigos para revisão dos casos, na presença do que restou de contato com a família de origem. Nesta conversa o pai foi questionado novamente quanto à sua intenção de retirar a filha do abrigo e, assim como relatou para o Juiz na audiência, fez o mesmo com estes profissionais envolvidos no caso, afirmando que já havia esgotado todas as possibilidades na tentativa de levá-la para casa novamente ou inseri-la na casa de alguém da família. Diante disso, foi organizado um encontro entre o pai e Ketlen, na presença das duas equipes, em que ele deveria lhe falar abertamente o que havia relatado ao Juiz e as suas reais possibilidades e intenções de retirá-la do abrigo.

Uma fala que chegou para a menina de forma inesperada e violenta, responsável por fazer desmoronar um muro de fantasias construído em torno dele e de suas irresponsáveis promessas. Muito choro e algumas semanas tentando elaborar algum tipo de luto, sendo preciso intensificar seus atendimentos individuais e a elaboração de um projeto terapêutico que pudesse ajudá-la a suportar este trauma tão importante. Após longo período de reestabelecimento, o que Ketlen apresentou para as equipes que a acompanhavam neste cuidado foi de surpreender até o mais otimista dos profissionais que trabalha com este público. A menina passou a se concentrar nas tarefas da escola, voltou a dormir bem e a estabelecer outro tipo de relação com as crianças do abrigo, fazendo amigos, selecionando os meninos mais interessantes e ajudando a cuidar das crianças mais novas. Em seus atendimentos individuais já não aparecia com tamanha frequência o nome do seu pai e já falava de planos futuros como faculdade e família.

Rapidamente Ketlen foi inserida no programa nacional de adoção de crianças, junto com a proposta de inserção no programa de famílias acolhedoras. Entretanto, ela trazia muitas dúvidas em relação aos tipos de programas do governo e muito medo, tanto de ser escolhida e

não saber como poderia ser, quanto de ficar mais velha e ninguém querer adotá-la. Num determinado momento deste acompanhamento foi avaliado que ela estava em condições de ser inserida numa dessas famílias acolhedoras, e assim foi feito, uma nova casa, uma nova oportunidade, com uma senhora de oitenta anos e sua filha de cinquenta e cinco.

Foi um encontro superinteressante, de uma fina sintonia desde o primeiro momento. Cabe destacar que ela fez um único pedido nesta transição do abrigo para a nova casa, o de poder continuar sendo acompanhada por mim no Capsi, mesmo tendo novos psicólogos próximos ao caso que trabalhavam no programa (FACO - Programa Família Acolhedora).

Inicia-se então uma nova fase da vida desta menina. Na nova casa ela se depara com uma realidade que nunca havia tido contato antes, um quarto bastante confortável e arrumado só pra ela, com uma cama grande, escrivaninha para estudar, roupas novas, uma tv e um som para escutar música nas horas de lazer, dentre outras coisas. Duas pessoas com muitos cuidados e afeto para com ela. Aos doze anos Ketlen se encontra pela primeira vez em condições de avançar nos estudos e elaborar melhor seus pensamentos a respeito da vida, podendo ter acesso a coisas e questionamentos que nunca pudera fazer antes, um lar sossegado e com cuidados que lhe permitiram entender tudo o que passara até ali e lhe abriram novas possibilidades, como pensar em namorar pela primeira vez, por exemplo.

Neste momento a transferência ganha uma nova configuração, passamos ao momento de hostilidade e início da adolescência. Ela chegava aos atendimentos de cara fechada e agressiva, não querendo conversar e perguntando o que ainda fazia ali. Com alguma insistência consigo retirar dela algumas coisas que passavam pela sua cabeça naquele novo momento do tratamento: “Você quer saber mesmo o que eu tô pensando, então tá. Tô pensando que vocês (profissionais do abrigo e do Capsi) são um bando de falsos, que fingem se preocupar com a gente, mas na verdade não estão nem aí. Pronto, falei”. Uma fala incisiva que nos proporcionou caminhar em novas direções dentro do seu tratamento.

Algum tempo depois, a pedido dela e da mãe acolhedora, seus atendimentos no CAPSi foram espaçados, acontecendo quinzenalmente, o que era suficiente. Apenas como precaução e acompanhamento neste período de adaptação ao novo lar. Porém, não bastassem as negligências sofridas por ela diante do pai e da madrasta, ainda existiam as que eram cometidas pelas instâncias do cuidado e da assistência, diante de metas a cumprir, que propõem benefícios e programas de adoção sem sequer passar por essas crianças. Sem sabermos, seu nome já havia sido direcionado e escolhido para uma adoção internacional, por um casal na França. Os documentos da menina foram solicitados às pressas para a mãe acolhedora, que não fazia ideia do que estava acontecendo. Motivo para agitar toda a casa e a

sua cabeça. Desesperada, se recusa a ir para qualquer adoção e dizia que só sairia da casa onde estava se fosse para voltar para o abrigo. Fica óbvio o seu apego a esta casa, os benefícios de uma adoção definitiva e do caráter provisório desta família acolhedora. Porém, não havia nem quatro meses que ela tinha se instalado nesta casa e tido a oportunidade de vivenciar coisas das quais nunca tivera acesso. Um momento inoportuno para este tipo de adoção, dada a brevidade e a ótima adaptação nesta nova casa. Uma surpresa para ela e também para mim, mas graças a um pedido falado e escrito por ela e uma intervenção à tempo junto à FACO, esta adoção internacional não se efetivou.

Passados alguns meses, a justiça teve acesso a um possível contato de alguém da família da mãe de Ketlen e descobre que antes de ir morar com o pai por determinação da própria justiça, aos quatro anos de idade, a menina havia sido cuidada pela família de um tio após o falecimento da mãe. Este irmão da mãe havia cuidado, junto com a sua esposa e seus dois filhos da Ketlen por mais de um ano em sua casa. Ao serem informados do paradeiro da menina e da omissão do pai de Ketlen, esta família imediatamente foi ao seu encontro e pela via judicial exigiu a guarda da menina que, feliz, reconheceu os tios e os primos.

Mas a saída da casa desta mãe acolhedora que a amparou e lhe apresentou coisas maravilhosas não foi fácil. Uma despedida seria demais pra Ketlen, que tratou de arranjar uma confusão na saída da escola e ir parar direto na FACO, sendo direcionada depois para a casa dos tios maternos, sem passar pela casa da família acolhedora.

Sem poder se despedir e entender direito o que havia acontecido, a mãe acolhedora foi ao Capsi e à FACO buscar respostas e explicações para o que havia ocorrido, na tentativa de tranquilizar seus pensamentos e aplacar qualquer dúvida em relação aos cuidados prestados à menina. Ketlen, muito agradecida, manda pelo um recado emocionado para esta senhora, que afirma ter sido muito importante para ela, e lhe promete no futuro um encontro para agradecer por tudo que lhe proporcionara.

Seus atendimentos no Capsi aos poucos foram reduzidos até o ponto em que não se fez mais necessário. Hoje Ketlen esta readaptada à casa dos tios, e de vez em quando, manda notícias. Um caso com um final feliz, assim como o de Cinderela, que passou por importantes obstáculos, até ser resgatada das mãos da madrasta e de um pai inútil, por um príncipe, que no caso da Ketlen pode ser visto sob algumas configurações: a sua ida para o abrigo, os atendimentos no Capsi, a importante família acolhedora, até a sua chegada na casa dos tios.

Este fragmento de caso nos remete a um lugar de resto, onde se encontram pacientes institucionalizados, em acolhimento ou em situação de rua, submetidos a diferentes formas de violência e exclusão, discursiva e social. Uma jovem que saiu desta posição para um lugar

possível, construído por ela com o auxílio dos encontros que lhe foram ofertados ao longo do caminho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta pesquisa foi possível testemunhar o esforço e o trabalho realizado de forma conjunta, por instituições, trabalhadores e pacientes dentro de serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Mesmo diante do desmonte significativo da saúde pública e de condições diminutas de trabalho é possível confirmar a efetividade das propostas do SUS, através de soluções singulares encontradas por sujeitos engajados no tratamento em liberdade e na luta pelos direitos de inclusão da loucura na sociedade.

O trabalho realizado em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) reúne um conjunto significativo de atividades e diferentes linhas de ação. Com um público que exige além do tratamento em saúde mental, um cuidado assistencial. Um diálogo constante com outras instâncias do cuidado voltadas à infância e adolescência, necessário e de extrema importância para a condução de projetos terapêuticos elaborados a partir da singularidade de cada caso. Conselhos Tutelares, Varas da infância, Educação, Assistência Social, Atenção Básica e Hospitais de Emergência, são algumas das parcerias de trabalho que encontramos na difícil tarefa de tratar e assistir esta parcela da população tão negligenciada.

Pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, em vulnerabilidade, necessitando de acolhimento, orientação, tratamento e muitas vezes de um lugar para se abrigar, seja por estar se colocando em risco, em crise ou mesmo sem referência familiar. Chegam muitas vezes aos serviços desorientados e atravessados por inúmeras questões: psíquicas, sociais, jurídicas e/ou econômicas. Vivendo à margem, com o acesso bastante dificultado ao mínimo, tanto das necessidades primárias (alimentação, higiene e saúde) quanto das secundárias (educação, moradia, trabalho, cultura e lazer). Exigindo das equipes um olhar atento e ampliado às inúmeras questões que os casos demandam. Um trabalho de escuta que congrega também a função de dar voz a sujeitos com histórias únicas e complexas, que encontram saídas subjetivas e criativas para lidar com o (in)suportável que se apresenta no dia-a-dia de suas vidas.

Nesta dissertação tentamos trazer o olhar a partir de um serviço de saúde mental infanto-juvenil na cidade do Rio de Janeiro. Onde as instituições, os pacientes e os trabalhadores compõem a tessitura de uma rede multifacetada e com uma função nuclear dentro das propostas do SUS. Utilizando a psicanálise como instrumento e método de investigação, em que a teoria e a clínica são indissociáveis, buscamos nesta pesquisa nos valer da teoria como um auxílio para o trabalho clínico e ao mesmo tempo tentamos extrair da

clínica instrumentos que de alguma forma nos ajudassem a avançar na teorização, como nos propõe Freud.

No primeiro capítulo abordamos o tema do desamparo, trabalhado por Freud e Lacan em alguns textos fundamentais. A *Hilflosigkeit* freudiana, na base de todas as experiências do sujeito e a partir da qual serão impressas as marcas de sua constituição. Assim, destacamos a importância do contexto social e “familiar”, desde os primeiros meses de vida, para a formação do sujeito e de sua estrutura psíquica.

Iniciamos pelo *Entwurf* (Projeto), um artigo datado do início dos escritos freudianos, o Projeto para uma Psicologia Científica (1895/ 2006). Um texto muito apreciado por Lacan Seminário: Livro 7 (1959-60/ 2008), onde destaca principalmente três pontos relevantes: a sua dimensão ética, a constituição da realidade e os princípios de uma topologia da subjetividade. Um estudo inicial da relação entre o princípio do prazer e o princípio de realidade, no qual Freud já descarta a referência do prazer relacionado ao biológico, como apontavam os cientistas da época. Neste momento Freud nos apresenta o conceito de *Nebenmensch* ou Complexo do Próximo, em que a apreensão da realidade deverá necessariamente passar pelo semelhante, pelo próximo, visto a prematuração do corpo do bebê tornar difícil realizar sozinho uma ação necessária para modificar o mundo externo e obter alguma satisfação, como alimentação ou cuidados. Freud chama a atenção para a necessidade de uma atividade que ele denominou de ação específica, capaz de suspender temporariamente a tensão interna provocada pela pulsão, que depende do próximo. Um lugar de destaque dado ao outro nesta fase importante da constituição subjetiva da criança, como uma força auxiliar e reunindo ao mesmo tempo o lugar de primeiro objeto de satisfação.

No Projeto encontramos a introdução ao conceito do desamparo primordial proposto por Freud, enquanto uma insuficiência psicomotora na qual todo ser humano é lançado ao sair da barriga da mãe, responsável por conduzir o bebê diretamente aos cuidados do semelhante, sem o qual estaria condenado à morte. Segundo Freud, será neste paradigma do desamparo que podemos localizar “a fonte primordial de todos os motivos morais” (p. 379). Uma recepção do outro, na qual a criança terá sua primeira experiência de satisfação, ao converter uma energia pulsional que até então era livre em energia direcionada a alguma coisa, um choro que possivelmente trará alimento e cuidados. Uma ação específica do próximo que acarretará consequências diretas e significativas ao desenvolvimento das funções psíquicas deste indivíduo. Segundo Lacan, será nesta recepção que se encontrará o início do processo de constituição subjetiva do *infans*, um momento onde começarão a ser inscritas as primeiras marcas, lançando a criança no universo do desejo e da demanda, ou seja, no universo da

linguagem. Um momento suscetível de inscrição, enquanto um significante, no inconsciente do sujeito.

Lacan em *Os Complexos Familiares* (1938/ 2008) reafirma e avança ao que nos é proposto por Freud, enfatizando que o nascimento não representa somente uma excitação pulsional invasora, mas uma perda impossível de ser apagada, a separação da criança da matriz. Um mal-estar que nem mesmo o mais afetuoso dos cuidados maternos poderá recompensar. A perda do objeto, de um lugar primeiro, o ventre materno, que será responsável por lançar o sujeito na ordem simbólica, no campo da linguagem, justamente neste lugar de ser faltante. O que trará a ambivalência até mesmo para a relação com seus pais e com o próximo, pois mesmo encontrando no outro alguma satisfação, haverá sempre algo de estranho que faltará, algo que não pode ser satisfeito, a Coisa freudiana, um vazio responsável por fundar o psiquismo. Uma inscrição inconsciente que acompanhará o sujeito ao longo de toda a sua vida, uma falta responsável por nos trazer uma posição ativa e singular e nos inserir no plano do desejo que se presentificará nas relações sociais. Um laço com a cultura e com o outro que será fundado em torno deste desamparo, um desejo de desejo do outro, visto que ser amado por um ser que pode me trazer alguma satisfação poderá significar inconscientemente uma proteção contra possíveis ameaças.

Retomando a noção de prematuração do corpo *do infans* ao nascer e desta incompletude do sistema cognitivo neste primeiro momento de vida, observamos que a criança não dispõe de recursos perceptivos e da integração das suas funções motoras, o que lhe impossibilita a experiência de um corpo unificado. Lacan vai desenvolver a sua teoria do Estádio do Espelho a partir da observação desta primeira etapa do desenvolvimento criança. Ele vai afirmar que nesta fase inicial da vida a imagem do outro exercerá uma função primordial que permitirá a criança antecipar a experiência de unidade do seu corpo. Sua hipótese sobre este estágio objetiva mostrar o momento fundamental da constituição imaginária do eu, e alertar para a possibilidade da formação de uma estrutura psicótica, por exemplo, caso este alicerce seja afetado.

Será justamente entre o narcisismo primário e a constituição do eu que Lacan irá fundamentar esta hipótese, como uma contribuição à obra freudiana da teoria do narcisismo. No Estádio do Espelho (1949/ 1998) Lacan irá propor que a criança entre aproximadamente seis meses e um ano e meio de vida, será conduzida a uma unificação do seu corpo até então fragmentado (autoerotismo) através da sua relação com o outro e da percepção da sua própria imagem no espelho. Assim, através da identificação com o seu semelhante e da precipitação de sua imagem no espelho, a criança defrontar-se-á com a matriz simbólica para a

constituição do eu e também para o surgimento do sujeito, ou seja, através de uma relação imaginária entre a criança e o outro, haverá um investimento libidinal em sua própria imagem corporal, com qual a criança se identificará diante do outro, buscando ser o que o outro deseja que ela seja. Após este momento, o investimento inicial da libido no corpo frente ao outro retornará sobre o eu desta criança enquanto uma organização narcísica.

Podemos imaginar como a teoria da sexualidade infantil de Freud foi recebida pelos médicos e estudiosos em meados de 1900. Ele nos apresenta uma sexualidade humana diferente da ideia clássica de um comportamento instintivo com objetivos fisiológicos e reprodutivos previamente determinados. Uma proposta que chega como uma afronta aos pensamentos da época, que fundamentava a sexualidade infantil em uma disposição perverso-polimorfa, impossível de ser domesticada devido à manifestação da pulsão presente no aparelho psíquico da criança, que escapa a qualquer tipo de controle e que buscará diferentes formas de satisfação, no seu corpo e fora dele. Uma sexualidade perversa por não ter relação com a reprodução humana e polimorfa por não se fixar em um único objeto, assumindo várias formas de satisfação, a partir do desamparo primordial. Freud vai desenvolver a sua teoria privilegiando a realidade psíquica do sujeito e tendo o inconsciente como o conceito fundamental da psicanálise.

Nos Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade (1905) Freud irá destacar o comportamento falacioso, a amnésia infantil, dos adultos ao fazerem uso de histórias fantasiosas e de mentiras na hora de responder às perguntas curiosas das crianças a respeito dos enigmas da vida, como o nascimento e a morte, por exemplo. Desta forma, a criança irá buscar estas respostas na sua relação com o outro, o que favorecerá o seu desenvolvimento e a sua constituição subjetiva. Assim, estas primeiras relações do sujeito com o mundo ganham ainda maior importância e o contexto familiar ou de cuidados maternos estarão na base desta primeira fase do seu desenvolvimento. No texto Os Complexos Familiares (1938/ 2008), o jovem Lacan relaciona a família a uma instituição, com seus modos próprios de organização da autoridade, com as leis da descendência e parentesco, e com um papel primordial de transmissão da cultura. Responsável pela primeira educação, pela repressão das pulsões e pela aquisição da língua materna. Uma transmissão das estruturas de comportamento que ultrapassa os limites da consciência do sujeito.

Desta forma, nos deparamos então com o conceito de Complexo, importado dos estudos de Freud e desenvolvido por Lacan. Uma marca inconsciente, que desempenha um papel de organizador da vida psíquica, um registro com causas e efeitos psíquicos não dirigidos pela consciência e que reproduz certo aspecto da realidade adquirida pelo sujeito na

relação com meio ambiente, apreendido e transmitido através da cultura. Avançamos assim para o Complexo de Édipo, uma teoria que representa um dos estudos mais importantes da obra freudiana e um momento significativo da constituição do sujeito, que não se limita apenas a simples relação de amor da criança ao genitor do sexo oposto e de ódio ao genitor do mesmo sexo. Esta teoria fala da experiência vivida pela criança nas dificuldades de lidar com o desejo como algo novo e pulsante, um momento decisivo de inserção no mundo simbólico e de uma socialização necessária à constituição do sujeito. No qual Lacan enfatiza primazia da função paterna, o Nome-do-Pai, enquanto uma importante interiorização das regras e das leis, que possibilitará ao sujeito o acesso ao seu desejo.

Encerrando o primeiro capítulo temos O Complexo de Castração, um processo que representa para Freud o núcleo do Complexo de Édipo, onde ele vai deduzir a existência de um objeto perdido nos primórdios da existência do sujeito, que se justifica na impossibilidade de uma completude diante dos cuidados dos pais. Uma perda libidinal que retornará sobre o eu da criança e irá auxiliá-la na busca de alguma identificação que a auxilie na sua construção subjetiva e na busca de um novo objeto. Para Lacan a castração pode ser pensada como uma operação subjetiva de inscrição do sujeito na linguagem, que será determinante para o modo como se dará o acesso ao mundo simbólico, tendo na forma assumida por este frente à castração a consequência direta sobre a sua estrutura clínica (neurose, psicose ou perversão).

No segundo capítulo nos detivemos na ideia da construção de um lugar, tema que compõe o título desta dissertação. Uma reflexão acerca de alguns possíveis lugares encontrados no trabalho da atenção psicossocial infanto-juvenil, criados por pacientes, trabalhadores e pelas instituições envolvidas neste cuidado. A partir dos paradigmas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os serviços de saúde mental ganharam uma função nuclear e de extrema importância para o tratamento da loucura nas propostas do SUS, tendo na atenção psicossocial um ponto de gerenciamento e articulação do cuidado destes pacientes no próprio território. Um tratamento em liberdade que denota a complexidade deste trabalho e algumas linhas de ação necessárias para que se efetive.

O questionamento ao saber hegemônico da psiquiatria sobre o tratamento das psicoses e das neuroses graves na lógica manicomial foi o eixo principal da Reforma, responsável pela criação de novas condutas no tratamento de pacientes em sofrimento mental. Através da associação entre diferentes saberes e práticas, foi possível reestruturar as propostas de tratamento da loucura, passando pela clínica e pela criação de novas instituições de cuidado, além da elaboração de políticas públicas. Atualmente a formação das equipes dentro dos serviços de saúde mental possui uma multiplicidade de abordagens e formas de manejar o

cuidado, constituída por profissionais com formações distintas e de diferentes orientações. Um desafio, que exige atenção e articulação de um trabalho que favoreça o diálogo e evite uma polarização entre os diversos discursos presentes no interior das equipes.

Desta forma, a presença de psicanalistas no seio da Reforma foi imprescindível para dar destaque ao lugar da clínica dentro dos novos dispositivos de saúde mental. Com um olhar voltado para a singularidade de cada caso, a psicanálise nos orienta a recolher as indicações que os próprios pacientes vão dando para o seu tratamento, tomando assim o sujeito e a sua palavra como eixo central do tratamento. O lugar da psicanálise diante dos paradigmas da Reforma ratifica uma direção de trabalho que favorece o esvaziamento de uma escuta atravessada por saberes prévios e que dê lugar às construções subjetivas, dos pacientes e dos técnicos. Um instrumento de escuta e cuidado utilizado por alguns profissionais, que pode favorecer a circulação da palavra no interior das equipes e minimizar alguns impasses e rivalidades narcísicas que possam surgir entre profissionais com diferentes formações.

O lugar da psicose é um dos temas abordados neste capítulo. Casos que são predominantes nos serviços de atenção psicossocial e demandam um manejo singular no seu cuidado. Com uma errância particular, o sujeito na psicose encontra-se muitas vezes afastado do laço social, e esta relação, mesmo quando efetiva, demonstra-se de modo frágil devido a um gozo desregulado e a presença de sintomas delirantes e alucinatorios. Porém, a partir de Freud e reforçado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, a psicose está cada vez mais afastada da associação que era feita anteriormente com uma condição patológica, e hoje é reconhecida como uma forma singular de funcionamento do sujeito, como uma estrutura psíquica que requer a mesma atenção que a neurose. Tendo no acompanhamento clínico e social realizado pelos serviços de saúde mental um suporte que ajude o sujeito a lidar com o seu sofrimento e o auxilie na busca de novas possibilidades subjetivas que representem uma abertura para o laço social.

Ao longo desta pesquisa podemos localizar também o lugar de resto que alguns sujeitos ocupam no laço social, crianças e adolescentes em situação de rua e/ou abrigamento. Sem referência familiar, vítimas de diferentes formas de violência e exclusão social. Com recursos simbólicos reduzidos que pudessem auxiliá-los na defesa contra tais agressões e na elaboração dos traumas ou de alguma ficção para a sua história. Um lugar de resto na estrutura social, reforçado por um desamparo social e discursivo, como aponta Debieux. Além da *Hilflosigkeit* freudiana, esses sujeitos também sofrem um desamparo do Estado, uma violência exercida por entidades que supostamente deveriam cuidar deles, podendo encontrar

nos locais de tratamento na saúde mental alguém a quem possa se endereçar e uma possibilidade de escuta das suas verdadeiras questões.

Por último, mas não menos importante, encontramos o lugar do trabalhador, um lugar fundamental, responsável pela sustentação e efetividade das propostas do SUS em atender de forma universal e gratuita toda a população. Mesmo diante da precariedade dos serviços e do excesso de demanda, podemos testemunhar a realização do acompanhamento de pacientes graves que estariam condenados à morte sem o devido tratamento. Profissionais atravessados por questões materiais e subjetivas, encontrando saídas únicas que lhes ajudem a sustentar o peso das dificuldades encontradas no dia-a-dia dos serviços e ainda suportar a miséria psicossocial destes pacientes. Trabalhadores que podem encontrar nas parcerias do trabalho extramuros e no diálogo com outras instituições uma energia extra, capaz de lhes trazer força e orientação para a condução de casos difíceis e aparentemente sem solução, ampliando seu campo de ação e de inclusão dos pacientes. Evidenciando assim a importância deste trabalho fora da instituição como auxílio para evitar o isolamento, tão adoecedor para os pacientes quanto para as equipes.

No último capítulo encontramos fragmentos da clínica de casos acompanhados no CAPSi, onde podemos verificar alguns pontos de convergência entre os temas trabalhados ao longo de toda a dissertação. Casos relatados com o auxílio de contos infantis, que congregam questões clínicas, políticas e éticas encontradas no exercício das atividades da saúde mental infanto-juvenil. A ideia de relacionar os casos às histórias infantis surge da proximidade com este público jovem que exige das equipes uma aproximação ao lúdico como instrumento de trabalho. Uma leitura de casos complexos que revela com otimismo o que ainda é possível no trabalho da atenção psicossocial com pacientes que desafiam instituições e estimulam o desenvolvimento criativo dos profissionais e das equipes. Pacientes que vão construindo lugares subjetivos, excêntricos e exclusivos, tendo no CAPSi o ponto de balizamento e auxílio nesta construção. Como a Rapunzel e sua mãe, um caso de uma jovem, atualmente com 18 anos de idade, que foi colocada numa torre patológica antes mesmo do nascimento, por uma mãe cujo diagnóstico seria de psicose. Encontrando nos apliques e tranças feitas com muita dificuldade nos cabelereiros da região, uma força capaz de lançá-la às ruas e retirá-la provisoriamente deste lugar de adoecimento.

Encontramos também o caso do Patinho Feio e sem Lugar, um conto que certamente fez parte da infância de algumas das pessoas presentes aqui hoje. Um jovem psicótico, que viveu até os seus 15 anos sob os cuidados de uma instituição religiosa, um terreiro de umbanda, onde residia e ajudava nos afazeres diários. Após ser expulso deste lugar devido ao

seu quadro clínico ter se agravado é encontrado pela assistência e pela saúde mental nas ruas próximas a comunidade, sem documentos e sem passagem pela escola, apenas com uma certidão de nascimento onde constava somente o seu primeiro nome, sem filiação alguma. Iniciava naquele momento sua trajetória errante e de passagens pela justiça, pela assistência e pelos cuidados na saúde mental. Um jovem negro, de um metro e noventa de altura, invadido pelos afetos desta nova situação em sua vida e por uma acentuada desorganização psíquica, com uma questão sexual latente e sem entender os limites entre o corpo dele e o corpo do outro. Sendo impedido de retornar para este ambiente que sempre lhe foi “familiar” após a denúncia dos responsáveis por este terreiro aos milicianos do território. Encontrando muitas dificuldades em permanecer nos abrigos que eram ofertados.

Finalizando o capítulo temos o caso da Cinderela e sua madrasta. Uma menina que após a morte de sua mãe (de forma violenta pelo tráfico) foi morar com o seu pai aos quatro anos de idade. Quando completara sete anos, seu pai casou-se com a sua madrasta, com quem veio a ter mais duas filhas. Quando a menina tinha oito anos sua madrasta buscou atendimento na saúde mental, alegando problemas psiquiátricos graves, e apresentando consigo, já no acolhimento inicial, um caderno que mais parecia um “dossiê”, com muitos registros, relatórios e laudos médicos, que justificavam a sua teoria sobre a gravidade do quadro clínico de sua enteada. Passados dois anos de sua chegada ao CAPSi, mesmo sendo acompanhada de perto pela equipe, recebemos um comunicado de um abrigo da região dizendo que a menina havia dado entrada há poucos dias, após seu pai tê-la entregado ao Conselho Tutelar e afirmar que não poderia mais cuidar dela. Sem o auxílio de outros membros da família, esta menina inicia a sua trajetória pelos abrigos da região e sob a tutela do Estado. Uma jovem que inicialmente não apresentava nenhum transtorno mental grave e que poderia certamente estar funcionando bem na vida. Hoje com treze anos tem seu quadro agravado pela falta de cuidado e pelos traumas do abandono, apresentando muitas dificuldades escolares e no laço social. Porém ainda em condições de responder positivamente às violências sofridas, pela via do desejo e com o auxílio de parceiros responsáveis pelo seu cuidado.

Assim, após este longo percurso de trabalho e pesquisa podemos concluir que a importância de um lugar familiar, de amparo e cuidados na primeira infância se faz imprescindível para o bom desenvolvimento da criança, deixando marcas inconscientes que o sujeito carregará ao longo de toda a sua vida. E em relação ao desamparo primordial proposto por Freud, estamos todos fadados. Algo positivo, pois será a partir deste desamparo, associado ao desamparo que encontramos nas diferentes tarefas, sejam elas laborais ou da

própria vida, que nos tornamos ativos e protagonistas da nossa história. Desamparos que representam desafios, responsáveis por nos fazer avançar e amadurecer, sejam no trabalho ou em nossa constituição subjetiva. São estes os causadores do movimento em busca da construção de um lugar singular, a partir do nosso desejo e dos riscos que estamos dispostos a enfrentar sozinhos diante do desconhecido. Parafraseando Lacan, a angústia não está relacionada ao desamparo, mas sim no excesso de amparo. Concluimos com o pensamento de Clarisse Lispector utilizado como epígrafe desta dissertação: “Agora eu conheço o grande susto de estar viva, tendo como único amparo exatamente o desamparo de estar viva. De estar viva – senti – terei que fazer o meu motivo e tema. Com delicada curiosidade, atenta à fome e à própria atenção, passei então a comer delicadamente viva os pedaços do pão”.

REFERÊNCIAS

ALBERTI S.; FIGUEIREDO, A. C. **Psicanálise e saúde mental**: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

ALLOUCH, J. **Marguerite ou a “Aimée” de Lacan**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

COSTA-MOURA, F. A psicanálise é um laço social. In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Org.). **Psicanálise e saúde mental**: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

COUTO, M. C. V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, T. (Org.). **A criança e a saúde mental**: enlaces entre a clínica e a política. Belo Horizonte: Autêntica/FHC-FUMEC, 2004.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S; DELGADO, P. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30. n. 4. Dec. 2008.

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

FERENCZI, S. A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In: _____. **Obras Completas de Sandor Ferenczi**. São Paulo: Martins Fontes, 1992. v. IV

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

FREUD, S. (1895) Projeto para uma Psicologia Científica. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. I.

_____. (1896) Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. I.

_____. (1905) Três ensaios sobre a sexualidade. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. VII.

_____. (1909) Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. X.

_____. (1913) Totem e Tabu. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. XIII.

_____. (1914) Recordar, repetir e elaborar. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. XII.

FREUD, S. (1915) Observações Sobre o Amor de Transferência. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. XII.

_____. (1917) Luto e Melancolia. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. XIV.

_____. (1919) Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. XVII.

_____. (1920) Além do princípio do prazer. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. XVIII.

_____. (1921) Psicologia de grupo e análise do Eu. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. XVIII.

_____. (1923) A Organização Genital Infantil: Uma Interpolação na Teoria da Sexualidade. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. XIX.

_____. (1925) O eu e o id. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. XIX.

_____. (1930) O mal-estar na civilização. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. XXI.

LACAN, J. (1938) **Os Complexos Familiares**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. (1949) O estádio do espelho como formador da função do eu. In: _____. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1998. p. 96-103.

_____. (1953-54) **O seminário, livro 1**: Os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

_____. (1956-57) **O seminário, livro 4**: A Relação de Objeto. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

_____. (1957-58) **O seminário, livro 5**: As formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. (1958-59) **O seminário, livro 6**: O desejo e sua interpretação. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2016.

_____. (1959-60) **O seminário, livro 7**: a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. (1962-63/) **O seminário, livro 10**: a angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____. (1964) **O Seminário, livro 11**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

LACAN, J. (1969-70) **O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. (1969/) Nota sobre a criança. In: _____. **Outros Escritos**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 248-264.

_____. (1961/1998) Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: psicanálise e estrutura da personalidade. In: _____. **Outros Escritos**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 653-691.

_____. (1966-67) **O Seminário, livro 14: a lógica da fantasia**. Recife: Centro de Estudos Freudianos de Recife, 2008.

_____. (1974). **Televisão**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

_____. (1975-76) **O seminário, livro 23: o sinthoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

MEYER, G.R. **A clínica da psicose: transferência e desejo do analista**. São Paulo: Zagodoni, 2017.

NICOLAU, R. F. “O inconsciente é a política: articulando o sujeito na política do cuidado” In: MANSO, R.; ANCIÃES, V. (Org.) **Psicanálise e Saúde: entre o estado e o sujeito**. FAPERJ - Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015.

OURY, J. **O coletivo**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009.

PASSOS, I.C.F. **Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

RABINOVITCH, Solal. **A forclusão: presos do lado de fora**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000. (Coleção Transmissão da Psicanálise, n.65).

RINALDI, D. L. **A ética da psicanálise**. Rio de Janeiro: EDUERJ/Jorge Zahar Editora, 1996.

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

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

_____; BURSZTYN, D. C. O desafio da clínica na atenção psicossocial. **Arq. Bras. Psicol.** v. 60, n. 2, p. 32-39, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-2672008000200005

SPLITZ, R. (1957/1984) **O não e o sim: a gênese da comunicação humana**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

WINNICOTT, D.W. (1958/2000). Da pediatria à psicanálise. In: _____. **Obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.