



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva  
Brasil

Rinaldi, Doris Luz

Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 20, núm. 2, febrero, 2015, pp. 315-323

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63035372002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental

The micropolitics of desire:  
the clinic of the individual in the mental health institution

Doris Luz Rinaldi <sup>1</sup>

**Abstract** *The scope of this article is to discuss clinical practice issues in public mental health institutions, their predicaments and potential conditions, focusing especially on the practice “among others” of the psychoanalyst in this clinic. The mental health field is a field in permanent revitalization, marked by the heterogeneity and plurality of guidelines, permeated by tensions between old models of care, new political objectives to redeem the minimum rights of a population traditionally excluded from social coexistence and proposals for a new clinical practice that concentrates on the individual. Based on clinical perceptions, I intend to approach the clinical treatment of the individual in a mental health institution, as well as the challenges of working in a team, bearing in mind the impositions of mental health policy around which the services are structured. Our proposal is to think of the clinic as the micropolitics of desire that sustains the daily work of monitoring the course of treatment for each individual.*

**Key words** Mental health, Psychoanalysis, Individual, Clinic, Micropolitics

**Resumo** *Este artigo tem por objetivo discutir questões da prática clínica em instituições públicas de saúde mental, seus impasses e condições de possibilidade, focalizando em especial a prática “entre vários” do psicanalista nessa clínica. O campo da saúde mental está em permanente construção, marcado pela heterogeneidade e pluralidade de orientações, permeado por tensões entre velhos modelos de assistência, novos objetivos políticos de resgate dos direitos mínimos de uma população tradicionalmente excluída do convívio social e propostas de uma nova clínica que privilegie o sujeito. A partir de fragmentos clínicos, pretende-se abordar a clínica do sujeito na instituição de saúde mental, assim como os desafios do trabalho em equipe, frente às injunções da política de saúde mental que orienta os serviços. A presente proposta é pensar a clínica como uma micropolítica do desejo, que sustenta o trabalho cotidiano de acompanhamento do percurso de cada sujeito em tratamento.*

**Palavras chave** Saúde mental, Psicanálise, Sujeito, Clínica, Micropolítica

<sup>1</sup> Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. R. São Francisco Xavier 524/10º andar/Bloco B/sala 10024, Maracanã. 20551-030 Rio de Janeiro RJ Brasil. doris@uerj.br

## Introdução

Este artigo tem por objetivo discutir algumas questões sobre a prática clínica em instituições públicas de saúde mental, seus impasses e condições de possibilidade, focalizando em especial a prática “entre vários” do psicanalista nessa clínica.

Passadas quase três décadas do surgimento no país das primeiras experiências de assistência em saúde mental de caráter não manicomial, são inúmeros os desafios enfrentados pelos profissionais engajados nos serviços de saúde mental, criados a partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Pode-se dizer que, em um primeiro momento, a tarefa de criação de novos dispositivos de tratamento, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas, os Ambulatórios de Saúde Mental e outros, foi em grande parte atingida pela reforma, instituindo uma rede de serviços em todo o país. Entretanto, a sustentação de novos modos de acolhimento e tratamento do sofrimento psíquico na esfera pública impõe uma reflexão permanente sobre as práticas clínicas nesse campo, a partir dos impasses encontrados. Vários autores chamam a atenção para a importância dessa reflexão permanente, entre eles Ana Maria Pitta, quando nos convida a travar o “debate inadiável sobre os novos desafios que a Reforma Psiquiátrica precisa enfrentar para alimentar ou reciclar a antiga utopia de “cidadania plena para todos, numa sociedade sem manicômios”<sup>1</sup>. Em um sentido duplo, procuraremos discutir alguns desses desafios, indagando sobre a inserção do psicanalista nesse campo: qual a contribuição que ele pode dar à prática clínica nas instituições públicas e o que essa prática pode, por outro lado, lhe ensinar?

### O campo da saúde mental

O campo da saúde mental é um campo em permanente construção, marcado pela heterogeneidade e pluralidade de orientações, permeado por tensões entre velhos modelos de assistência, novos objetivos políticos de resgate dos direitos mínimos de uma população tradicionalmente excluída do convívio social, e propostas de uma nova clínica que privilegie o sujeito. Como temos podido observar, esse processo de construção é atravessado por movimentos contraditórios que muitas vezes impõem retrocessos em relação a algumas conquistas que, à primeira vista, pareciam consolidadas. A luta por novas formas de acolhimento e de tratamento do autismo, da psicose, da neurose grave e da toxicomania na esfera pública

não se esgota, portanto, nas reformas das políticas públicas em seus avanços e retrocessos, sendo imperioso repensar constantemente a micropolítica que sustenta o trabalho cotidiano das equipes no enfrentamento das questões que tanto o real da clínica quanto o real da política impõem.

Partindo da crítica à padronização e homogeneização dos procedimentos que caracterizavam o velho modelo manicomial e excludente, no qual o tratamento dos chamados *doentes mentais*, sob o inquestionável domínio do saber médico resumia-se a *compensar o paciente*, a reforma introduziu novos dispositivos de tratamento, que reconfiguraram o quadro da assistência em saúde mental no País. O novo campo da atenção psicossocial caracteriza-se pela articulação entre diversos saberes com a instituição do trabalho em equipe multidisciplinar, onde estão presentes várias orientações clínico-assistenciais, desde as que privilegiam a reabilitação psicossocial e o resgate dos direitos de cidadania dos usuários, ponto de partida da própria reforma, até aquelas que tomam como eixo a clínica de cada sujeito em sua singularidade, esta última de inspiração psicanalítica.

É no trabalho cotidiano, quando a equipe de cada serviço desenvolve com a população assistida, que se pode observar os diferentes modos de articular as determinações político-institucionais que criaram os serviços à clínica propriamente dita, levando em conta a singularidade de cada sujeito que procura tratamento. Entretanto, as dificuldades nesse caminho não são pequenas. De um lado, pelas impossibilidades que atravessam todo trabalho clínico, no qual nos deparamos não raramente com pontos de impasse, e de outro, pela própria institucionalização dos novos dispositivos, assentada em normas de caráter universalizante que podem engessar práticas, incorrendo no risco de reprodução, sob novas roupagens, de antigas práticas.

A proposta de reinserção social presente na reforma, ao ser tomada como um imperativo, pode reduzir a clínica a procedimentos de reabilitação psicossocial, com seu caráter pedagógico e normatizador, a partir da crença na existência de um saber prévio sobre o que é melhor para o sujeito. Mais do que isso, tal estratégia pode conduzir a uma “nova cronicidade”, em consequência da redução do tratamento do usuário a um programa de assistência social, que dura por toda a vida<sup>2</sup>. A discussão sobre a produção de uma “nova cronicidade”, nos serviços substitutivos ao modelo manicomial, vem sendo realizada por vários autores, que apontam, dentre outras causas

para esse fenômeno, as limitações da estratégia reabilitadora<sup>3</sup>.

Quais os efeitos sobre o tratamento de psicóticos da prevalência desse tipo de orientação? Sem negar a importância da tentativa de resgate de habilidades sociais, como forma de trazer o psicótico para o espaço social das trocas e da contratualidade, não se pode deixar de assinalar que a estratégia clínica baseada apenas na reabilitação psicossocial, que impõe aos sujeitos a lógica da cidadania a partir da busca de direitos iguais e da participação produtiva na sociedade capitalista, tem suas limitações. Qual é a contribuição que a psicanálise pode dar neste contexto?

A pesquisa que desenvolvemos nesses serviços<sup>4</sup> tem evidenciado de diversas formas que uma política de inclusão e reinserção social de uma população tradicionalmente excluída do laço social só terá alguma chance de sucesso se tomar como ponto de partida o trabalho singular com cada sujeito, levando em consideração a sua forma particular de se endereçar ao Outro.

Ao precisar o conceito de sujeito a partir dos ensinamentos freudianos como correlativo do conceito de inconsciente, a teoria da clínica psicanalítica tem uma contribuição importante a dar à clínica da atenção psicossocial, ao permitir distinguir modos diferentes de endereçamento ao Outro que caracterizam as estruturas clínicas: neurose, psicose e perversão.

Algumas palavras sobre a estrutura da psicose são necessárias, tendo em vista que esta é a estrutura prevalente nos diagnósticos dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Um traço importante que a caracteriza é o fato de ser refratária ao laço social. Freud já anunciara a ruptura que a psicose apresenta em relação à realidade<sup>5</sup>, que podemos definir como o campo do sentido e das significações compartilhadas, onde são estabelecidos os laços sociais. O delírio psicótico é uma tentativa de reconstruir estes laços, através da construção de outra realidade e, por isso, é um sintoma positivo, uma tentativa de cura empreendida pelo próprio sujeito, que deve ser levado em conta e não abolido, como também nos ensinou Freud<sup>6</sup>.

Lacan procurou caracterizar esta estrutura clínica, valendo-se de formulações freudianas, em especial da noção de *Verwerfung*, para apresentar a sua teoria da forclusão como marca da psicose. O termo *Verwerfung* pode ser traduzido por *rejeição*, mas Lacan se valeu de um termo do vocabulário jurídico – *forclusion*, que se refere à privação de um direito que não foi exercido dentro do prazo estabelecido, para designar o

mecanismo próprio à psicose. Aquilo que não foi simbolizado, foi rejeitado, retorna do real sob a forma de um Outro avassalador que se apresenta nas alucinações e nos delírios. Para Lacan, a forclusão recai sobre o significante do Nome-do-Pai, a função paterna que permite ao sujeito situar-se no campo simbólico, no movimento dialético de alienação e separação do Outro a partir do destacamento do objeto. É esta função que abre para o sujeito as vias de orientação no campo social. Na psicose, em virtude da forclusão, o Outro se apresenta de forma maciça e absoluta, não simbolizada, o que fragiliza a constituição do laço social e impõe a necessidade de um trabalho clínico especialmente cuidadoso para que o tratamento não se transforme, ele mesmo, em mais uma manifestação de invasão deste Outro sem furo, gozador, que toma o sujeito como objeto. A posição do analista deve ser, portanto, uma posição discreta, que Lacan chamou de *secretário do alienado*<sup>7</sup>, para seguir o sujeito no caminho que ele mesmo traça para o seu tratamento, que não é senão tratamento do gozo desse Outro mortífero.

Nesse sentido, todas as tentativas de reabilitar o psicótico, de reinseri-lo em seu meio social, devem levar em conta estas características clínicas, que se apresentam de forma singular para cada sujeito. O risco presente nas propostas políticas reabilitadoras que desconhecem a clínica do sujeito ou se superpõe a ela é o de tentar, através de uma “ortopedia”, enquadrar o psicótico em um cardápio de atividades que supostamente possibilitariam a sua recuperação, a partir de demandas que não são as suas, atropelando o sujeito e, desta forma, reforçando a sua posição de objeto frente ao Outro. Nesse caso, o tratamento se resumirá a um adestramento para o laço social que não poderá ser sustentado de forma ativa por este sujeito. Ou pior, poderá levar a um agravamento de seu quadro clínico. Como afirma Viganó, “uma reabilitação só pode ter sucesso na condição de seguir o estilo subjetivo do psicótico, por seus sintomas”<sup>8</sup>.

Seguir o estilo do sujeito, acompanhando-o em seu trabalho subjetivo, valorizando a sua fala, os seus sintomas, é a proposta clínica da psicanálise para as novas instituições de saúde mental. A construção de um lugar social para os portadores de grave sofrimento psíquico não é possível sem um trabalho clínico rigoroso, que vise à singularidade do sujeito em questão, o que pode criar um campo de tensão com o ideal de cidadania, que possui um caráter mais universal. Entretanto, isso não significa que as dimensões da clínica e da política não possam coexistir. Pelo contrário,

a clínica do sujeito possibilita a atenção psicossocial, a partir da implicação do sujeito em suas próprias questões. Esta é uma das mais importantes contribuições da psicanálise ao trabalho coletivo e plural que se desenvolve nas instituições de saúde mental. Sustentar a clínica na instituição nessa perspectiva ética – que não é a da moral assistencialista, que já sabe de antemão o que é melhor para o sujeito – deve ser pensada também como uma proposta política, em um processo que pretende reconstruir as formas de assistência pública a saúde mental a partir de outros paradigmas.

Nessa direção ético-política, é fundamental refletir sobre os efeitos da clínica do sujeito na organização dos serviços e nas articulações da rede de atenção psicossocial, assim como nas proposições da política de saúde mental. Chama-nos a atenção, no momento, a maneira como esta política vem sendo implementada, em franca contradição com os próprios princípios norteadores da reforma psiquiátrica, especialmente no tratamento de usuários de álcool e drogas, mas que tem seus efeitos sobre todo o campo da saúde mental. Assim, da macro à micropolítica, em que esta última diz respeito aos jogos de força e poder no espaço das instituições de saúde mental, trata-se de ressaltar o lugar da clínica no conjunto das ações institucionais e na gestão dos serviços.

### **Os psicanalistas “entre vários” nas instituições de saúde mental**

A presença de psicanalistas nesse campo não é uma novidade e vem se consolidando desde o final do século passado nos diversos dispositivos criados pela Reforma Psiquiátrica, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial, que acolhem os casos de psicose e neurose grave, autismo e psicose infantil, assim como os de toxicomania (CAPS, CAPSis e CAPS-AD).

Seu trabalho se efetiva no âmbito da equipe multidisciplinar instituída pela reforma, a partir da quebra da hegemonia do saber médico. É no bojo dessa transformação que os psicanalistas passaram a se inserir de forma mais efetiva nesses serviços. Composta por profissionais de diferentes disciplinas, esta equipe enfrenta os desafios do trabalho clínico-assistencial nos Centros de Atenção Psicossocial, entre a reprodução de velhas práticas e o reinventar permanente que se impõe ao trabalho clínico. Nesse campo o psicanalista está entre “vários”, seja como técnico, seja na função de supervisor clínico, e é desses lugares que ele deve sustentar uma ética fundada no de-

sejo que coloca o sujeito como eixo do trabalho clínico.

Que desafios ele enfrenta? Por um lado, os desafios da clínica propriamente dita, com sua imprevisibilidade, em que o real da psicose e da neurose grave acossa a todos, através de casos bastante graves de desamparo psíquico, aos quais se soma o desamparo socioeconômico. Mas há também as dificuldades do próprio trabalho na instituição, fundamentalmente coletivo, que coloca em questão a prática tradicional do psicanalista, habituado à solidão de seu consultório. Na instituição ele está entre muitos “técnicos” e o seu trabalho, ainda que tenha a sua especificidade, não existe sem os demais, sendo no âmbito da equipe, com suas múltiplas intervenções, que ele pode se realizar. Não se pode, portanto, trabalhar sozinho, ainda que a experiência seja sempre de cada um, que deve se responsabilizar pelo seu ato.

No âmbito dos serviços de saúde mental, há diferenças na conformação e na orientação do trabalho das equipes, ainda que todas estejam subordinadas às determinações normativas da política nacional de saúde mental, que definem formas de gestão, objetivos, competências e dispositivos de tratamento.

Em alguns serviços a presença da psicanálise é mais marcante na direção do trabalho em equipe, em outros menos, mas não é essa a diferença que importa, pois, como se pode constatar na prática, a psicanálise não é uma panaceia, um antídoto para os problemas da clínica institucional, muito pelo contrário, ela os deixa à mostra. Quando a psicanálise é tomada como um saber idealizado sobre a clínica, uniformizando o discurso, teremos certamente um reforço da resistência. Talvez a diferença mais importante seja entre equipes mais abertas às interpelações do inconsciente e outras menos abertas, em que a resistência se apresenta mais fortemente. De todo modo, qualquer trabalho clínico que tenha como eixo o sujeito do inconsciente e seus efeitos, só é possível ao se levar em conta a resistência, como Freud mostrou desde cedo<sup>9</sup>. Lacan acrescentou que, em última instância, a resistência está do lado do analista<sup>10</sup>, o que é uma indicação bastante oportuna para pensar o trabalho institucional de analistas e não analistas nas instituições.

Há equipes em que o saber, ainda que proveniente de diferentes formações disciplinares, apresenta-se de forma consistente, fechado a interpelações, cristalizando os discursos. Exemplo disso são reuniões clínicas de discussão de casos, conduzidas de tal forma que os sujeitos e seu sofrimento são tomados como objetos (casos), so-

bre os quais se debruçam saberes, cultos ou não, em que se fala muito *sobre eles*, mas pouco ou nenhum espaço é aberto para escutar o que *eles falam*, ou seja, para “lhes dar voz”. Nos casos de pacientes “crônicos”, há muitos anos vinculados aos serviços, isso fica evidente no descrédito que se dá à sua palavra, na medida em que ela é feita de repetições. Indagamos: de que lado estará a repetição, na fala dos pacientes ou na escuta surda dos técnicos? Podemos pensar aqui em uma *nova cronicidade* em um sentido diferente do já referido, que não está do lado do paciente, *mas do lado dos técnicos* assentados em um saber já sabido. Ou em um não querer saber de nada disso através da burocratização e rotinização das práticas.

Para enriquecer essa discussão, apresentaremos alguns fragmentos clínicos que trabalhamos em nossa pesquisa. Fiéis a Freud, partimos do princípio metodológico de que pesquisa e tratamento coincidem<sup>11</sup>, ou seja, tomamos a clínica como lócus privilegiado de investigação.

### 1. Solange e o diamante

Solange (nome fictício) é usuária do CAPS e há muito diagnosticada como psicótica<sup>12</sup>, devido a um delírio místico em que o significante “diamante” ocupa lugar central. Em seus delírios considera-se portadora de um diamante que contém o bem da humanidade, sendo, por isso mesmo, objeto de cobiça. Poder-se-ia dizer que tais delírios são típicos de casos de psicose. Dizer isso, entretanto, é pouco. Através da escuta da fala de Solange, podemos lançar a hipótese de que o conteúdo central de seu delírio é o “amor” e o significante diamante, além de representar uma jóia poderosa, pode ser lido também como “de-amante”. Através dele a usuária busca o cuidado de si e a conquista do amor do outro. O amor é algo sempre presente em seu discurso, preocupada em cuidar dos outros nas missões que realiza em suas “viagens” para fazer o bem. Em troca, quer ser amada, o que se manifesta em seu jeito sedutor.

Solange diz ter se apaixonado por um enfermeiro que na sua concepção é Jesus, a quem “deu a sua sorte” através de seu diamante, tornando-o assim “o homem mais poderoso”. Ao longo dos atendimentos feitos por um estagiário de psicologia, fica evidente que a usuária se utiliza desse artifício para, dessa forma, recobrar o seu “favor”. Ela diz: “como eu dei a sorte, ele poderia me ajudar”. Apesar de eleger “X” como o seu amado, ela o tem como um homem proibido seja por considerá-lo casado ou por ser Jesus. Vale ressaltar que esta situação a deixa insatisfeita, o que se

manifesta em seu discurso e também nos sintomas corporais que apresenta, aspectos esses que apontam para a peculiaridade do caso. Queixa-se de dores nas pernas, nos joelhos e costas que seriam devido a um acidente de trânsito do qual foi vítima ou fruto de alguma “macumba”. Todavia, anda normalmente quando não está sob todos os olhares, chegando às vezes até a “rodopiar” enquanto dança em umas das oficinas do CAPS, após reclamar de dores.

Situações como essas levaram uma psicanalista do serviço a levantar a hipótese de que se tratava de um caso grave de histeria e não de psicose. Essa nova hipótese diagnóstica foi sugerida em meio à banalização da fala de Solange feita por grande parte da equipe, diante das constantes repetições de seu discurso e do longo tempo de permanência no serviço. Tal banalização, contrastada com o início de uma oferta de escuta, teve efeitos sobre a usuária, provocando a seguinte fala, carregada de angústia: “Você acredita em mim? Ninguém acredita em mim”.

A nova hipótese diagnóstica foi, contudo, corroborada por um residente de psiquiatria, a partir da observação de algumas características de comportamento e de traços do discurso da usuária. No momento em que o próprio representante do saber médico se dispôs a discutir um diagnóstico já cristalizado, surgiu na equipe maior interesse pela fala da usuária, quebrando a surdez dos técnicos que, tal qual o diagnóstico, se apresentava cristalizada. Ao estagiário que já a acompanhava foi solicitado fazer um atendimento regular com a usuária. Tal fato obteve efeitos rápidos que se evidenciaram em um sonho relatado por Solange, em que o “psicólogo” a guiava durante uma missão em um hospital – provavelmente o local da sua primeira internação – para cuidar da saúde das pessoas. A usuária se refere a este devaneio com grande prazer e alegria, ainda que já relatasse o cansaço decorrente de suas “viagens”. De alguma forma parecia querer dividir o “peso” da sua missão com aquele que a acompanhava, indicando uma abertura para a transferência, em que o lugar de “secretário do alienado”<sup>11</sup> era ocupado por quem se dispôs a escutá-la, testemunhando suas “viagens” e acolhendo os desejos expressos em sua “missão pela paz mundial”.

Este fragmento clínico chama a atenção não só para o valor da discussão diagnóstica, mas fundamentalmente para a importância da escuta da fala do sujeito. Só é possível acompanhá-lo a partir disso. Há muitos anos frequentando o serviço, Solange tinha sua palavra banalizada por



parte dos técnicos, a partir de um diagnóstico consolidado que para equipe reverberava sob a forma de um saber rígido e prévio acerca da usuária. Foi justamente o questionamento desse saber que possibilitou a construção de um espaço para a manifestação do sujeito em sua singularidade, na medida em que sua fala passou a ser valorizada, independentemente de um diagnóstico definitivo.

## 2. Leila, dor e angústia

O segundo fragmento clínico refere-se a uma situação comum nos CAPS, envolvendo aqueles usuários que não participam das atividades coletivas da instituição, como oficinas, grupos terapêuticos, etc., mas que frequentam o CAPS, permanecendo no espaço de convivência, muitas vezes isolados e/ou dormindo. Em geral, estas situações provocam angústia na equipe, por trazerem à tona o seu não saber. A discussão sobre uma usuária nesta situação foi suscitada na reunião de equipe do serviço por um profissional que atuava na instituição há cerca de seis meses. Ele questionou qual seria a função do CAPS para esta usuária, que chamaremos de Leila, que fica deitada, não participa das oficinas e, por isso, nada produz<sup>13</sup>.

Qual o trabalho possível com os usuários que não participam das oficinas e outras atividades coletivas? De início, pode-se dizer que são situações que demandam uma condução clínica que acompanhe o sujeito em outros espaços, respeitando a sua diferença, aliada a uma convocação à equipe a arriscar-se a novas maneiras de tratamento.

Leila foi encaminhada ao CAPS pela equipe de psiquiatras da instituição hospitalar na qual se encontrava internada devido aos maus cuidados com seu próprio corpo e irregularidade de sua higiene pessoal. Apresentava algumas lesões pruriginosas na pele como escabiose e lesões no couro cabeludo devido à pediculose. Demonstrava-se inapetente, apática, pouco reativa e queixando-se de fortes dores abdominais. Após algumas semanas de internação foi encaminhada para o CAPS com o diagnóstico de episódio depressivo moderado e retardo mental leve.

Ao chegar ao CAPS foi atendida pela equipe de acolhimento constituída por uma psicanalista e uma técnica de enfermagem. A equipe a introduziu no tratamento intensivo após algumas entrevistas com ela e sua família, devido à queixa de uma dor abdominal que não correspondia a uma dor orgânica, pois já tinha sido investigada em

exames clínicos. Percebeu-se que o CAPS poderia ser um local para que seu tratamento fosse efetivado, em virtude dos sintomas que apresentava, como também poderia ser um local de enriquecimento de seu cotidiano, através das atividades e do relacionamento com os seus frequentadores e técnicos. No tratamento intensivo, a frequência do usuário deve ser em tempo integral (das nove às dezessete horas), de segunda a sexta. Assim foi combinado com Leila, a partir de sua participação nas oficinas: de culinária, bijuteria, mosaico, geração de renda, café dançante e oficina da palavra, oficinas escolhidas pela usuária. Além das oficinas foi estabelecido atendimento individual, semanal com a psicóloga/psicanalista, ao que se seguiu, com a saída desta do serviço, o atendimento feito por uma estudante de psicologia.

Inicialmente, a usuária participava de todas as oficinas, fazia todas as atividades, chegava e saía nos horários certos. Apresentava melhora em sua higiene pessoal e melhora no ânimo para executar as atividades. No entanto, queixava-se da dor e falava pouco sobre ela com a equipe. Deixava o momento do atendimento individual para falar um pouco mais sobre sua dor. Em suas palavras, uma dor de “angústia”. Após atendimentos individuais e no lidar cotidiano com Leila, a psicanalista que a atendia levantou a hipótese diagnóstica de histeria.

Em meio diagnósticos divergentes, um fato era certo: tratava-se de um sujeito que se queixava de uma dor muito forte na barriga, que a angustiava e angustiava a equipe. Leila apresentava dificuldade de elaborar algo sobre a dor, bem como a equipe demonstrava dificuldade para acolher o seu sofrimento. Leila gradualmente deixou de participar das oficinas e passou a descuidar-se do corpo. A equipe questionava o que Leila tinha.

Foram realizados exames clínicos, sem êxito, para identificar a dor. Então, como acolher o seu sofrimento? Oferecer uma escuta para que ela falasse sobre a dor era uma possibilidade e essa foi a aposta encaminhada pela psicanalista, seguida pela estudante de psicologia que a substituiu. Leila percebia não ter espaço para falar de seu sofrimento nas atividades das oficinas. Relatava que “incomodava” a equipe ao queixar-se da dor. Dizia que “falar sobre a dor, dói, dói muito”. Preferia ficar deitada no espaço de convivência “removendo a dor”. Quando participava da oficina era para “prender a dor”. Repetia que “tinha que aguentar tudo calada”.

Em meio a esta dinâmica clínica, a maioria dos profissionais da equipe preocupava-se em

oferecer “direitos sociais” para Leila, que lhe dariam “mais dignidade”. A condução clínica sustentada pela psicanalista era de não oferecer, de imediato, benefícios, mas antes escutar o sujeito.

A oferta de benefícios, no caso, tinha a função de apaziguar a angústia da equipe, mais do que seguir o trabalho do sujeito. Enquanto alguns profissionais se perguntavam sobre o que fazer para lidar com a usuária e seu sofrimento, outros pensavam em dar entrada nos pedidos de cesta básica, no Benefício de Prestação Continuada (BPC), no *Riocard* e no trabalho assistido pela saúde mental, alegando que a usuária tinha direito a esses benefícios.

Nesse contexto, as orientações de tratamento conflituosas dentro da própria equipe do CAPS revelaram o que se apresentou como fundamental neste caso. Leila queixava-se de uma dor enigmática que causava angústia e quando deixou de participar das oficinas e passou a ficar deitada, toda a equipe se angustiou, desestabilizando-se frente à dor de Leila. Seu sintoma e seu sofrimento “escaparam” ao que foi estabelecido em seu projeto terapêutico e isso “desprotegeu” a equipe. O fato de não estar participando das oficinas parece ter desencadeado um sentimento de culpa, um “mal-estar” que fez com que vários técnicos passassem a buscar o bem da usuária a partir de idéias preconcebidas, desconsiderando sua própria fala que indicava uma “vontade de melhorar” e de “voltar a trabalhar”. Soluções de cunho assistencial que, contudo, não resolveram a dor de Leila.

Diante do que surge de enigmático, do *real* da clínica, ou seja, o que escapa ao sentido, o que se desvela é um vazio de saber e a tentativa de preenchê-lo a partir da utilização de fórmulas prontas. De forma distinta do fragmento apresentado antes, nesse caso o não saber não abre espaço para a escuta de Leila, ao contrário, favorece a via assistencialista. Poder escutar e tomar o caminho do sujeito como ensinamento está relacionado à postura de aprendiz da clínica<sup>14</sup>, no qual o não saber tem valor dinâmico, a partir de uma ética que resguarda a palavra e a diferença do sujeito.

Passemos ao último fragmento.

### 3. Flávia e os limites do trabalho em equipe

Trata-se de um pequeno relato de um caso clínico<sup>15</sup> que ilustra a gravidade dos casos atendidos nos CAPS, a importância da escuta clínica para os mesmos e as repercussões que a falta desta mesma escuta traz para a clínica e para a instituição.

Flávia (nome fictício) chegou ao serviço em 2003, após diversas internações com quadro clínico que se caracterizava por agitação e heteroagressividade. Sua história no CAPS é atravessada por episódios de intimidação e agressão aos técnicos e usuários, quando por alguma razão não tinha suas solicitações atendidas. Muitos foram os episódios de passagens ao ato no CAPS: tentativas de agressões aos técnicos; ameaças de colocar fogo no próprio cabelo; tentativa de enforcamento e destruição dos espaços coletivos do CAPS quando irritada ou contrariada. Esses comportamentos são a repetição sintomática da forma como essa jovem se coloca no mundo e na relação com as pessoas.

Ao longo dos anos de tratamento no CAPS sua história clínica mudou pouco. Foi atendida em psicoterapia por uma psicóloga, mas esse atendimento pareceu não configurar para a paciente um trabalho que produzisse efeitos. No ano de 2006, após a chegada de um novo profissional médico ao CAPS, algo na história clínica de Flávia mudou. Ela o elegeu como médico e ele e a equipe acolheram tal pedido. Estabeleceu-se nesta relação de trabalho um forte vínculo transferencial da paciente com o profissional. O médico a atendia como médico e terapeuta, realizando um trabalho de escuta da paciente. Cabe ressaltar que a partir desse trabalho, este profissional mudou a hipótese diagnóstica de Flávia, antes diagnosticada como psicótica e posteriormente tomada em trabalho pelo referido profissional como histórica.

Esse trabalho clínico resultou em uma evidente estabilização de Flávia, diminuindo as internações da paciente, amenizando as reações hostis dela no serviço, cessando os episódios de auto-agressividade. Toda esta estabilização trouxe ganhos clínicos na vida de Flávia que conseguiu trabalhar como assistente da administração do CAPS, recebendo uma bolsa-auxílio pelo desempenho do trabalho. Apesar dessa visível melhora, alguns episódios institucionais delicados não deixaram de ocorrer, como, por exemplo, a venda das medicações que seriam para o seu uso no tratamento. Porém, era inegável a sua melhora clínica.

Durante um período de férias de 15 dias de seu médico, Flávia apresentou importante desestabilização, marcada por diversas e graves passagens ao ato. Dentre estas, pode-se destacar: danos à unidade de saúde, ameaças físicas a usuários e tentativas sérias de agressão física a técnicos e à direção da unidade. Quando o médico retornou Flávia não mais o aceitou. Sua intensa hostilidade



e as atitudes de repulsa e ódio apontavam para um quadro erotomaniaco. Após muitas tentativas, o médico desistiu de atender à usuária.

Durante meses Flávia acosou a equipe e os usuários. Porém, a posteriori, foi possível perceber que muitas das atitudes e atos de Flávia foram uma resposta ao funcionamento clínico-institucional que, em alguns momentos parecia rivalizar com Flávia. A crescente tensão que o comportamento de Flávia trazia ao funcionamento do CAPS e à equipe fez com que a resposta a essas situações fossem imperativos institucionais e leis rígidas que pareciam evidenciar um Outro institucional sem furo.

Assim, a relevância deste fragmento clínico está no fato de ele apontar o quanto os membros da equipe, diante de passagens ao ato graves, responderam de forma normativa, fixando-se aos aspectos fenomenológicos do caso e perdendo de vista a dimensão clínica do agir de Flávia. Um dos exemplos da atuação da equipe, aí incluída a direção, foi a suspensão de Flávia do cotidiano do CAPS. Suspensão que ela jamais cumpriu e que acentuou sua postura hostil e agressiva com o coletivo do CAPS.

Em todos os fragmentos apresentados, o que se observa são os impasses da clínica que questionam o saber constituído, desde a dúvida diagnóstica até as diferentes propostas de direção do tratamento, evidenciando os momentos de resistência. O que eles nos ensinam é que na clínica institucional (mas não só nela) os saberes da equipe são constantemente furados pelo que vem do real, trazido pela própria clínica, onde algo de insuportável se apresenta. Os chamados casos difíceis, considerados intratáveis, que mobilizam e angustiam a todos, são exemplares para movimentar a equipe, porque eles colocam em questão sua suposta suficiência ou competência. A repetição de protocolos já instituídos, através dos quais se procura apaziguar a angústia, já não funciona.

Mas é justamente nesses impasses, nas dificuldades de conduzir o trabalho com determinados sujeitos que uma abertura se instaura, o que é especialmente importante para impedir o imobilismo tão frequentes nas instituições. Um vazio de saber se abre e é nessa brecha que se pode inserir a novidade que a psicanálise traz: de que há saber inconsciente, isto é saber não sabido, que está do lado do sujeito e não do lado dos técnicos. É ao levar isso em conta que podem ocorrer des-

locamentos discursivos que possibilitem a elaboração, no âmbito da equipe, de novos saberes, sempre não todos.

Para o psicanalista, esta prática é antes de tudo, formadora, porque é diante do real e do vazio de saber que ele deve sustentar a sua função, inventando um saber fazer ali, cujos efeitos só serão recolhidos a posteriori, seja diretamente na clínica com cada sujeito ou no trabalho em equipe.

Lacan ao referir-se em Radiofonia<sup>16</sup> aos quatro discursos através dos quais pensa o laço social – o discurso do mestre, como avesso do discurso do analista, o discurso da histérica e o discurso universitário – afirma que é o inconsciente, com a sua dinâmica, que precipita a passagem brusca de um discurso para outro. Na clínica institucional pública essa indicação é particularmente valiosa, pois não se trata de defender a prevalência de qualquer discurso que seja sobre os outros, nem mesmo o discurso do analista, mas de ressaltar a presença dos quatro discursos: o discurso do mestre, que funda a instituição, o discurso universitário que orienta o seu funcionamento e a burocracia, o discurso da histérica que questiona o saber constituído e o discurso do analista que dá lugar à fala do sujeito<sup>17</sup>. É o próprio exercício da clínica, em seus impasses, que traz a tona os furos desses discursos, ou seja, o seu real, e permite uma circulação discursiva em que o saber se mostra em sua impotência.

Nessa prática, em que se combinam a clínica singular de cada sujeito, na *psicanálise em intenção*, e o trabalho com a equipe, no âmbito da *psicanálise em extensão*<sup>18</sup>, o psicanalista opera a partir de uma ética que coloca o sujeito e seu desejo como eixo do trabalho. Mas é principalmente no trabalho em equipe que essa ética pode ser sustentada como uma política, na medida em que ela incide justamente sobre o que não anda, o que faz obstáculo, sobre o impossível do real, no sentido de sustentar esse furo no saber que favorece o reviramento discursivo, que movimenta a instituição e dá lugar à clínica que é sempre de cada sujeito.

É nesse sentido que ele pode também contribuir para a reflexão sobre a política pública para a saúde mental, em seus avanços e retrocessos, levando em conta, em especial, a micropolítica que sustenta o trabalho cotidiano das equipes no enfrentamento das questões que tanto o real da clínica quanto o real da política impõem.

## Referências

1. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituição, atores e políticas. *Cien Saude Colet* 2011; 16(12):4579-4589.
2. Viganó C. A construção do caso clínico em Saúde Mental. *Psicanálise e Saúde Mental, Curinga/Escola Brasileira de Psicanálise* 1999; 13:50-59.
3. Pande MNR, Amarante PDC. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial: a nova cronicidade em questão. *Cien Saude Colet* 2011; 16(4):2067-2076.
4. Rinaldi D. *A psicanálise no campo da saúde mental: a clínica como política*. Relatório de Pesquisa (Não publicado). Rio de Janeiro: UERJ, CNPq; 2013.
5. Freud S. La perdida de realidade en la neuroses y la psicosis (1924). In: Freud S. *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu; 2006. p. 189-197.
6. Freud S. Pontualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiograficamente (Schreber) (1911). In: Freud S. *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu; 2006. p. 1-76.
7. Lacan J. *O Seminário, Livro 3, As Psicoses (1955-56)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1995. p. 235.
8. Viganó C. A construção do caso clínico em Saúde Mental, *Psicanálise e Saúde Mental, Curinga/EBP* 1999; 13:50-59.
9. Freud S. Sobre psicoterapia (1905). In: Freud S. *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu; 2006. p. 243-257.
10. Lacan J. *O Seminário, Livro 1, Os escritos técnicos de Freud (1953-54)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1986. p. 15-86.
11. Freud S. Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico (1912). In: Freud S. *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu; 2006. p. 107-119.
12. Ignacio MV. A escuta psicanalítica em um Centro de Atenção Psicossocial e sua contribuição à questão diagnóstica. In: Rinaldi D, organizador. *A psicanálise no campo da saúde mental: a clínica como política*. Relatório de Pesquisa (Não publicado). Rio de Janeiro: UERJ, CNPq; 2013. p. 62-67.
13. Reis HP. A psicanálise no campo da saúde mental: a fala do sujeito e o trabalho em equipe multidisciplinar. In: Rinaldi D, organizador. *A psicanálise no campo da saúde mental: a clínica como política*. Relatório de Pesquisa (Não publicado). Rio de Janeiro: UERJ, CNPq; 2013. p. 45-60.
14. Zenoni A. *Psicanálise e Instituição: a segunda clínica de Lacan*. Belo Horizonte: Abrecampos; 2000.
15. Cerqueira LC. *A instituição e a Clínica no campo da Saúde Mental: há lugar para a psicanálise na gestão da saúde mental* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
16. Lacan J. Radiofonia. In: Lacan J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003. p. 400-447.
17. Lacan J. *O Seminário, Livro 17, O avesso da psicanálise (1969-70)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1992.
18. Lacan J. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: Lacan J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003. p. 248-264.

---

Artigo apresentado em 17/09/2013

Aprovado em 05/03/2014

Versão final apresentada em 12/03/2014

