

RELATÓRIO DO SEMINÁRIO PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL¹ (REPORT OF THE SEMINAR OF PSYCHOANALYSIS AND MENTAL HEALTH)

Wellerson D. alkmin

Psiquiatra, psicanalista membro da EBP e AMP,
pesquisador do CNPq do grupo CLINICAPS.

w.alkmin@terra.com.br

Resumo: Trata-se de breve relato de algumas conclusões de pesquisa sobre avaliação qualitativa do dispositivo CAPS, realizada ao longo de 3 anos. Aqui se ordenam algumas pontuações advindas do material clínico produzido nesta pesquisa.

Palavras-chave: Conversação clínica, construção do caso clínico, autoridade clínica, Um fundador, Um do vazio, reinserção e inclusão social.

Abstract: These are brief report of some findings from research on qualitative assessment of the device CAPS, held over 3 years. Here are some scores resulting ordering of the material produced in this clinical research.

Key-words: Speaking clinic, construction of clinical case, clinical authority, a founder of an empty, reintegration and social inclusion.

¹ Texto apresentado no Seminário de Psicanálise, Saúde Mental e Pesquisa, realizado em 24 de abril de 2009.

Início esta minha intervenção com uma citação de Benilton Jr. em um texto chamado ‘O cuidado nos CAPS - os novos desafios’: “Poucas iniciativas no campo da saúde pública foram tão felizes nas duas últimas décadas. As avaliações objetivas comprovam: os usuários que têm acesso aos CAPS se internam menos, aderem mais aos tratamentos, abandonam menos os serviços. De fato avançamos muito no processo de desconstrução da hegemonia manicomial, e devemos nos alegrar com isso. Mas nem tudo são flores. Quem circula pelos serviços, quem conversa com os profissionais da rede do município do Rio de Janeiro não pode deixar de perceber um curioso fenômeno: quanto mais próximo se está dos centros de decisão mais se vê entusiasmo e clareza quanto ao projeto de ampliação da rede de CAPS; quanto mais perto da linha de frente, no dia a dia dos serviços, mais se notam aflições, dúvidas quando não um certo desânimo quanto ao futuro da proposta.” Um pouco mais à frente, se refere à natureza dupla do CAPS: formuladores e ordenadores do sistema e das ações de saúde, ao mesmo tempo em que são os agentes de cuidado. Devem se preocupar com a estruturação do sistema [...] e paralelamente cumprir o mandato terapêutico que lhes cabe. E ao nomear algumas exigências e dificuldades operacionais como a inexistência de uma rede básica eficaz, insuficiência de remédios e equipamentos, dificuldades com os sistemas de referência e contra referência, número insuficiente de profissionais, interferências políticas, conclui: “o resultado é conhecido – demanda excessiva sobre as equipes, superlotação dos serviços, surgimento de novos processos de cronificação (de usuários e profissionais), sorrateira presença da chamada ‘lógica do despacho (encaminhamento automático para ambulatórios e outros serviços), dificuldade de funcionamento das equipes, evasão de psiquiatras para outras secretarias e outros serviços, etc. As dificuldades são maiores neste ou naquele serviço, mas há um sentimento de compartilhamento de que todos os serviços estão sendo extremamente exigidos.”

Diante destas observações, que também pudemos constatar desejo me ater à incidência desta lógica sobre o caso clínico.

Efeitos sobre o caso clínico

Dos efeitos recolhidos pela pesquisa, elegemos com especial interesse como sendo um dos objetos da nossa investigação, os ‘efeitos sobre o caso clínico’, ou as

respostas clínicas de alguns pacientes, a partir do encontro dos pesquisadores com as equipes. Foram, em sua maioria, apenas 2 encontros. Um para uma Conversação sobre o caso clínico e outro para o recolhimento dos possíveis efeitos deste primeiro. As percepções dos serviços variaram com relação a estas conversações conforme alguns aspectos, por exemplo, o grau de organização de cada serviço, a presença de supervisões regulares ou não, etc. Quanto mais definido e estruturado o serviço, menor a demanda à pesquisa.

Do ponto de vista da lógica de intervenção, conforme já foi apresentado em outro relatório, a pesquisa estabeleceu a ‘Conversação Clínica’ como estratégia de Construção do Caso. A ‘Conversação’ busca ir além das tradicionais reuniões de equipe, sempre muito atravessadas pelas questões administrativas. A ‘Construção do Caso’ é a possibilidade de dar uma outra significação ao ‘Projeto Terapêutico Individual’, quase sempre estabelecido de forma burocrática, com indicações terapêuticas definidas por um automatismo de atividades, considerando na maior parte das vezes, os diagnósticos mais gerais ou sindrômicos, fundados no comportamento do paciente, cujo tratamento se assenta, em boa parte dos casos, num olhar disciplinar e normalizador de condutas, desconsiderando a particularidade dos movimentos do sujeito enquanto balizador da condução do tratamento. Um trabalho que leva em consideração a subjetividade, não acontece em grande parte dos casos analisados. Seja porque as responsabilidades com um trabalho intenso dos CAPS deslocam a atenção para as questões mais pragmáticas no cotidiano, seja porque a percepção do que se toma como conceito de subjetividade encontra diferentes olhares, com diferentes respostas na prática.² De modo geral, vimos que não há um trabalho sob transferência, embora não se desconheça a sua existência e importância. Perguntamos, então, quais os efeitos possíveis sobre os pacientes desse nosso encontro com os serviços? Certamente recolhemos mais efeitos, quando estes existem, sobre os membros da equipe do que sobre os pacientes. E os efeitos sobre estes pacientes depende do que acontece com os primeiros. Para maior precisão de investigação do nosso objeto, ‘os efeitos sobre o caso clínico’, nos cercamos de conceitos e operadores clínicos da psicanálise aplicada como: a Construção do Caso, o Trabalho de Rede, a instituição enquanto um discurso, a figura

² Neste sentido, recomendo alguns trabalhos de Erotildes Leal in. A Reforma Psiquiátrica e os Desafios da Desinstitucionalização, Edições CUCA-IPUB/URFJ, RJ/2001, p.69-83.

do Um Fundador, a Autoridade Clínica, o Diagnóstico de Discurso, as complexas noções de reinserção social na sua relação com o conceito de inclusão, etc.

Para tanto, selecionamos algumas vinhetas clínicas:

Caso Belo:

A primeira conversação funcionou como um instante de olhar.

A equipe escolheu este caso por considerá-lo um dos casos mais difíceis do Caps. Muitas dificuldades no manejo clínico. Era um paciente com diversos problemas na comunidade, causando transtornos à família e aos vizinhos, problemas agravados pelo uso de drogas e a relação com os traficantes.

No serviço exigia sempre um lugar de atenção, mas o que ele provocava era um incômodo, uma repulsa. Era muito “chato”, com muito neologismo, pensamento muito desagregado, não respeitava as normas, incomodava as mulheres na maneira com que olhava para elas, pegando, passando as mãos. Apresentava um comprometimento motor enigmático. Andava puxando a perna, de forma muito estranha, causando muito incômodo aos técnicos e que foi constante objeto de investigação no CAPS. Foram feitos exames neurológicos e não encontraram nada (sic). Chegaram a filmar seu movimento para estudo. Ficava horas olhando no espelho, ele se preocupava muito com a aparência. Não freqüentava as oficinas. Gostava de conversar, e ficava na sala dos técnicos para conversar. Porém, sempre recebia um: “aqui não pode, vai lá pra fora”. Era o único paciente do CAPS que ainda necessitava do recurso da internação psiquiátrica. Numa tentativa de tomar o caso como de responsabilidade dos muitos, de toda a instituição e não apenas do técnico de referência, o paciente ficou como caso de ninguém, solto no serviço, sem direção.

A Conversação, em vez de fechar algum diagnóstico ou encaminhamentos definitivos, em vez de concluir, o que fez foi abrir novas perspectivas de investigação. Concluiu-se que todos tinham algo a dizer deste paciente, mas nunca se reuniram para construir o caso. Todos se dirigiam ao técnico de referência cobrando alguma posição diante do comportamento barulhento de Belo. E que não havia lugar de recolhimento de suas falas, de seus endereçamentos. Tudo caía na vala comum da inadequação de seu comportamento. Porém, já nesta primeira conversação, os relatos do caso, à medida que iam se superpondo uns aos outros, surgiam como efeito de surpresa para os técnicos que

encontravam desde aí, novas significações para as falas de Belo. O caso começava a ser construído.

No segundo momento da Conversação, surgiram elementos importantes. No período do primeiro encontro o paciente estava internado. Ao retornar, era um serviço que já estava falando dele, construindo o caso, já tinham feito uma intervenção com a mãe, que já estava se reposicionando; então quando chegou, ele já foi acolhido de uma outra forma, e isso produziu efeito. Uma fala: “Quando o Belo voltou, ele voltou do mesmo jeito que ele era antes. Eu olhei aquilo e me posicionei de uma outra forma. Eu sei que eu consegui mudar a minha posição diante do Belo e eu acho que toda a equipe fez isso, não existe mais aquele olhar que assusta; nunca mais ninguém da equipe falou disso.” Segundo o coordenador do CAPS, uma coisa crucial nessa mudança, foi exatamente dar um lugar para ele no serviço. Belo passa a ter um lugar no discurso do Outro. Inicialmente havia-se construído que na relação de Belo com o CAPS, ele estava “na varanda” assim como fazia uso da varanda da casa da tia por não ter lugar em sua casa. Essa localização foi fundamental para mudar a intervenção da equipe, porque se ele estava na varanda do CAPS, “o que a equipe fez, quando ele saiu do hospital, foi coloca-lo pra dentro da casa... e isso fez toda a diferença.”

Parou de haver problemas com a comunidade, pois ele parou de ficar abordando as pessoas na rua, pedindo comida, afinal, ele passou a comprar na conta na mercearia. Não fica circulando entre os marginais - “eu não vou mais me misturar lá”. Em vez de andar com a marginália, ele passa a se endereçar claramente ao CAPS.

Inicialmente, um sujeito com comportamento totalmente inadequado com as mulheres, num segundo momento fica mais quieto, calmo, caseiro, quer namorar, namorar em casa. As falas e os gestos passam a ter novas significações: Por exemplo, Belo diz que não pode ter um filho, que só pode ser pai quando ele for filho. O pai é dançarino, elegante, impecável, anda sempre bem arrumado. Pelo que eles descreveram “é aquele cara meio malandro, da gafeira.” Na fala de um técnico, “é impressionante como é que cada vez mais Belo passa a andar arrumado, ele é igualzinho ao pai, é o estilo de andar, é o jeito de vestir.” Surge uma pergunta sobre a relação com o pai. O primeiro surto remete a uma frase que o paciente ouvira do pai ainda quando criança e que se tornou um enigma: “um pai pode entregar filho para o diabo.”

A alteração da marcha antes tomava toda a cena, impedindo a equipe de escutar o sujeito. Belo chamaria isso de “fraqueza”. Ele queria ser bonito. Ele falava que não gostava de andar daquele jeito, mas que a perna repuxava, isso era feio e ele é bonito,

mas que desse jeito as pessoas não o viam, só o viam como feio. Estas falas do sujeito só foram escutadas e ganharam significação a partir da construção do caso. Percebeu-se por exemplo, que havia, por parte do sujeito, a tentativa de construir e dar contorno a um corpo esfacelado. Além disso, a sua demanda de se aproximar da equipe, ocupar os mesmos lugares e conversar com os mesmos, era uma forma de encontrar um lugar no discurso do Outro. O que pode ser visto nesta fala de Belo: “Eu quero ser bonito como vocês, mas os bonitos só conversam entre eles.”

Em relação aos neologismos o paciente se diz “formado em dicionário. Assim, os impulsos erotômanos, o comportamento errante, agressivo, as horas em frente ao espelho, etc., ganharam outro estatuto quando deixaram de ser meros sintomas comuns de uma psicose esquizofrênica, atualmente, F-20, para se constituírem como significantes com os quais o sujeito interpreta sua própria história.

Esta vinheta nos proporciona a leitura da mudança de alguns paradigmas clínicos a partir da intervenção por parte da pesquisa.

Foi introduzida a perspectiva da conversação em 3 momentos: um trabalho inicial de recolhimento dos elementos dispersos do caso (instante de ver), um momento em que esses elementos ganham uma nova significação (momento de conclusão), separados por um interregno de tempo que permitiu um trabalho de reflexão sobre um novo olhar da equipe sobre o paciente (tempo de elaboração). Esta perspectiva de trabalho encontrou uma equipe disponível a um questionamento sobre as dificuldades de condução do caso e disposta a romper com o automatismo que caracterizava a sua relação de trabalho com o paciente, embora não soubessem identificar os nós deste processo. Surgem neste movimento elementos importantes de análise. Ao romper com as reuniões de julgamento do comportamento do paciente, nas quais não havia uma leitura dos movimentos do sujeito na Transferência, o que aparece é uma pergunta sobre qual o lugar destinado ao CAPS e aos profissionais na economia de gozo do sujeito.

Caso Luis

O quadro clínico teve início após a separação de uma companheira com quem Luis vivia há 2 anos. Ela teria fingido estar grávida, “enganando-o”. Ele descobre-se

portador de HIV, como também que sua companheira havia morrido de AIDS e que ele mesmo nem sabia que ela era portadora do vírus. A isso se acrescenta uma experiência anterior, em que outra companheira fizera um aborto sem lhe comunicar a decisão, levando-o igualmente a se sentir enganado. Ele perdera a mãe aos três anos de idade. Ao completar seis anos, seu pai se casa novamente com uma garota de catorze anos de idade. Aos 14 anos, em função dos desentendimentos com a madrasta, ele sai de casa e só retorna com 19 anos. Dispondo de algum dinheiro, monta sua casa e leva uma vida dedicada ao trabalho, às mulheres e às drogas. Luiz conhecia Lia desde a adolescência, a quem considerava como amiga e grande confidente. Passaram a ser vizinhos próximos, separados apenas por uma parede. Luiz construiu um buraco na parede de seu quarto para espioná-la. Surgiu uma construção delirante onde tal buraco se tornou o local para que também fosse vigiado, fazendo com que, de perseguidor, ele passasse a ser o perseguido. Luiz, que desenvolveu uma erotomania com relação à Lia, chegou a agredi-la fisicamente com uma faca e tentou enforcá-la com uma corrente, vindo a ser detido pela polícia em razão desse episódio. Outra situação, que o desestabilizou, foi a chegada de um bebê adotado pelo irmão e a esposa, que ainda davam um suporte a Luiz. Passa a viver então numa moradia protegida, diante da impossibilidade de morar sozinho ou com seus familiares. Na moradia, desenvolve um comportamento erotomaniaco em relação a uma funcionária que teve que se afastar do serviço, pois por ocasião de uma comemoração de festa junina, Luiz se oferece para ser o noivo enquanto Lúcia, essa funcionária, seria a noiva. Após a festa, não aceitava que tudo fora apenas uma brincadeira. Furioso, dizia que o fizeram de “bobo” e que não ia desfazer casamento algum. Luiz ameaçou também de morte outra funcionária chamada Lia, tomando-a por sua ex-vizinha que ele outrora havia atacado.

Ser ‘abandonado-enganado’, poderíamos dizer ‘abandonengano’, era invariavelmente a matriz interpretativa que dava sustentação a sua posição persecutória, na qual exigia um lugar de exceção e reparação.

A questão que então se levantou, a partir dessas considerações, foi como tratar o caso singular, sem fazer coincidir o singular com a demanda de exceção. Verificou-se que era possível, entre outras coisas, trivializar situações por ele interpretada como intenção de enganá-lo. A equipe observou que poderia abordá-lo em sua singularidade, sem fazer dela um privilégio, no sentido em que ele não poderia se sobrepor às regras. O efeito dessa construção sobre a equipe, que era refém das ameaças de contaminação através de uma seringa com seu sangue, ou das suas agressões, exigências e imposições,

foi uma mudança marcante no cenário da instituição. A equipe se localizou e houve um claro apaziguamento de Luiz, que se tornou mais participativo e colaborador, introduzindo palavras onde sobravam atuações.

Um dia, Luis foi com uma auxiliar de enfermagem ao banco, receber seu benefício. Na sua vez o caixa saiu para algum procedimento. Cenário armado para mais uma passagem ao ato. Foi quando a funcionária, tendo a lógica da construção do caso, lhe disse que aquilo poderia acontecer com qualquer um, que ele esperasse um pouco e que logo seria atendido. Esta intervenção trivializada desarmou a agitação.

O que podemos extrair a partir destas duas vinhetas?

O UM do Vazio

Mesmo alguns casos muito difíceis podem responder favoravelmente se clareamos um ponto que mostre a lógica de funcionamento desse sujeito, um nome de gozo, uma localização, seu lugar de objeto nomeado pelo Outro.

A partir desta localização é possível estabelecer um ‘tratamento do Outro’ do sujeito psicótico, um Outro que se confunde com a instituição e suas regras inflexíveis, ora se localiza em algum membro da equipe, ora é a voz ou o comando que o invade e que pode vir de qualquer lugar ou de lugar nenhum. As estratégias de enfrentamento são amplamente elaboradas pelos colegas da Bélgica, entre eles, Alfredo Zenoni, Alexandre Stevens, e também por Carlo Viganò, que tomam o trabalho institucional, uma ‘clínica de muitos’, como possibilidade de intervenção nos estados da psicose que exigem um maior cuidado.

Neste tipo de trabalho, a ética da direção da cura se dá a partir do que funda o discurso na equipe, o Um fundador. O que importa é a garantia de circulação de um discurso que possa impedir o automatismo das normas, ao saber previamente constituído e cristalizado sobre o paciente. No campo da Saúde Mental habitualmente é o Mestre que orienta a cura a partir do discurso da norma. É preciso um discurso, uma outra ética que esvazie esse discurso do saber já dado. O UM do vazio é o que descompleta o discurso do Mestre fazendo com que a postura na equipe faça emergir um saber que ainda não teve lugar. Segundo Di Ciaccia, O trabalho a partir do UM do vazio é feito por cada um, um por um, dedicado não, à repetição do mesmo, do

automatismo institucional, mas na disposição à surpresa e na invenção de cada um. Trabalhar a partir do UM do vazio não exclui o UM do Mestre.

No caso de Belo o coordenador da equipe foi decisivo para que o caso se tornasse um interpretante do trabalho da equipe, num permanente questionamento do porquê do caso estar se cronificando e da impotência das ações sobre o comportamento do paciente. O que colocou todos a trabalho.

Autoridade clínica

Estamos no campo Autoridade Clínica: Autoridade Clínica é ser capaz de interromper o discurso do mestre para deixar emergir um saber novo – um saber que vem do paciente, de seus significantes e da sua interpretação destes significantes. A reconstrução que o sujeito faz de sua história. Como já vimos, a nomeação de chato, estranho, inconveniente, transgressor das normas impedia a escuta dos significantes trazidos pelo sujeito em suas próprias nomeações: bonito, fraqueza ao se referir ao jeito de andar, ser formado em dicionário, etc.

No segundo caso, a intervenção se deu a partir da supervisora da moradia protegida que também pertence ao grupo da pesquisa e que provocou a possibilidade de a equipe de escutar Luis para além do sujeito insuportável, perigoso, manipulador, transgressor das normas, que amedrontava os outros pacientes tanto quanto os próprios funcionários. O UM Fundador do vazio permite que a leitura viciada do diagnóstico, das falas comuns do tipo: “é preciso colocar limites neste paciente” ou “vamos dar alta administrativa”, sejam substituídas por perguntas do tipo: por que este paciente age assim em determinadas situações e em que situações? É uma ruptura com o discurso moral de julgamento dos comportamentos desviantes.

Em um texto denominado A Palavra na Instituição, Viganò diz que “pode ser útil pensar a instituição em termos de discurso.” Isso nos leva a inverter a relação entre sujeito e instituições: não é o sujeito que “deve” respeitar as instituições, mas é a instituição que será respeitada se tiver vontade de dar ao sujeito uma representação, um lugar no vínculo social.”

A conversação abre caminho para a Construção do Caso que é um método da passagem da escritura dos sintomas a um testemunho lógico. É uma narrativa espontânea em que o sujeito descreve toda sua história precedente. A construção em realidade é uma desconstrução desta escritura dos sintomas, para reescrevê-la em uma escritura lógica...(Viganò: princípios para a pesquisa e avaliação). Construir o caso clínico é colocar no centro do trabalho institucional o ato da palavra, mais precisamente, o ato que cria a palavra. (Viganò). Dizendo de outra maneira, o campo da narrativa se prende ao factual, aos dados da história. Ir além significa buscar uma posição do sujeito na relação com o Outro, um nome de gozo, um recontar os fatos com uma nova significação que ainda não havia surgido.

A Rede

Pois bem, uma outra questão que se colocou para nós de forma prenante foi: se o caso responde ao manejo transferencial, como a Construção do Caso Clínico pode atingir a rede extra-muros do CAPS? Como levar esta dimensão da lógica do caso para outros pontos da rede? Este é um grande desafio, pois é preciso, em primeiro lugar que tenhamos uma compreensão do que vem a ser uma rede. Chamamos de rede, não o funcionamento dos vários dispositivos distribuídos geograficamente, mas a rede enquanto uma função lógica.

Entendemos, com Viganò que a rede é neutra, como uma carta geográfica. A rede só existe enquanto nós. É preciso transformar a rede anônima em uma equipe. Quem cria a rede, quem anima a rede é o sujeito. Quem faz a rede existir é o sujeito. A ligação dos nós da rede, a transformação de uma rede anônima em equipe é feita pelo paciente, pela transferência do paciente recolhida pelo desejo dos operadores. A rede anônima não é clínica. A rede como tal, a sua mera existência, facilita o anonimato e a não responsabilização, e cada um diz: minha competência vai até aqui. Não se consideram os outros nós, não se considera o paciente.

O desafio à construção da rede talvez passe não por reuniões gerais com todos os serviços, como vimos acontecer em algumas de nossas visitas. Impossível construir um caso nestas condições. São boas reuniões para assuntos mais organizativos ou informativos, não para construção de uma rede, o que talvez seja possível a partir de um

movimento particular da equipe com os vários pontos da rede do paciente, em reuniões menores e sem outra pauta. Um movimento menos massificado.

Neste sentido, temos o caso de Gabriel que nasceu com complicações neurológicas, viveu dos 4 aos 14 anos em uma instituição para crianças excepcionais (APAE), com grande pobreza simbólica, agressivo, desadaptado socialmente. Na adolescência apresenta um quadro delirante alucinatório, agride o pai e é internado. Passa a freqüentar o CAPS que constrói uma rede de cuidados com a APAE, uma escola regular da rede de ensino e o ministério público que permitem uma circulação antes impossível para o paciente. Na escola ele é o mais velho dos colegas e passa a ocupar um lugar de responsável pelos mais novos. Num '18 de maio' demanda ao juiz que faça uma intervenção para que o pai deixe de bater em sua mãe. O que é prontamente atendido. O caso é construído com os diversos dispositivos e Gabriel passa a ocupar um lugar de reconhecimento no campo do Outro e a fazer um bom uso dos pontos da rede à sua disposição.

Ainda sobre os efeitos de transmissão, como contornar o problema do 'efeito temporário' no caso e na equipe? Nem sempre os efeitos recolhidos se sustentam. Às vezes há uma rotatividade grande na equipe e o trabalho se perde. É preciso que haja transmissão de uma parte da equipe à outra para que todos apreendam a lógica do caso para o manejo das situações adversas. O profissional de referência deve ser também um profissional da Transferência. Não deve acumular todas as responsabilidades do caso. É decisiva a presença regular de pelo menos um que sustente a Transferência de trabalho. Pode ser o coordenador, ou um elemento da equipe ou o supervisor, etc., mas que mantenha a tensão da regularidade e os efeitos de transmissão. Retornamos ao papel UM fundador.

Para terminar, dois pontos importantes: a Cronicidade e a Reinserção.

Os CAPS, pela característica de ter que lidar com casos mais graves, pelo fato de ser porta de entrada e não poder contar com uma rede de outros dispositivos organizada e estabelecida, enfrenta uma situação em que convive com pacientes em crise com os que saíram da crise, mas que continuam graves e outros que já estão mais apaziguados, porém o encaminhamento para a rede não acontece. Caminham para uma cronificação. Temos a considerar que a cronicidade é diferente de incurabilidade; também o sintoma

neurótico não é curável. Nas palavras de Viganò, cronicidade é uma adesão a um programa de vida imposto, decidido fora de qualquer expressão subjetiva. O risco é de se passar da exclusão à segregação. A segregação que se pode criar com a abertura dos manicômios é criar outros lugares onde se faz barulho sem se falar. Isto não quer dizer que abandonamos o nosso projeto de eliminação dos manicômios, é apenas uma constatação que a abertura dos manicômios não exclui a segregação. A respeito dessa perspectiva, Viganò propõe a construção do caso clínico.

Esta indicação de Viganò nos leva ao caso de ADEMAR que, descoberto em um manicômio de Buenos Aires, mereceu a intervenção do cônsul brasileiro para seu retorno ao Brasil e sua cidade natal, sendo prometido, pelas autoridades locais, um suporte para que a família o aceitasse de volta. Não sendo cumprida a promessa, ADEMAR é abandonado pelos familiares, faz tratamento no CAPS e mora em um abrigo dirigido por religiosos. O caso nos foi trazido não, pelo barulho, pelo comportamento bizarro ou agressivo, mas pelo incômodo do seu silêncio, sua imobilidade. Sua presença no CAPS torna-se anacrônica, pois não tem crises, e não há uma rede para encaminhá-lo. O seu cotidiano no CAPS é marcado por uma presença quase imperceptível frente ao barulho dos outros pacientes, por um lado, e uma certa desistência por parte dos técnicos pela falta de respostas vindas de ADEMAR. O que é incurável em ADEMAR é a sua psicose, mas foi possível descobrir ao construirmos o caso que há um sujeito que fala pelos seus movimentos. Se no serviço permanece o dia todo parado, no abrigo age como outros moradores arrumando sua cama todos os dias e cumprindo com as demais tarefas. É capaz de surpreender. Num feriado, foi feito um mutirão para pintar o CAPS e, de repente, ADEMAR aparece em seu silêncio para ajudar. Chega sem o recurso do carro que costuma leva-lo de casa para o CAPS e de volta para casa. O que o paciente não responde é a um programa estabelecido a priori, dos encaminhamentos automáticos às oficinas ou aos atendimentos programados. Qual a inserção possível neste caso? Não se pode contar com a família ou mesmo com outros dispositivos a serem acionados neste momento.

Com relação a este ponto, tomamos como referência de trabalho na pesquisa uma pergunta sobre os termos inclusão e inserção ou reinserção social. Embora em documentos produzidos no âmbito da Reforma Psiquiátrica tenham o mesmo estatuto, a mesma significação, caminhamos no sentido de uma distinção conceitual e operativa. O sujeito pode ser incluído em programas terapêuticos e/ou assistenciais, pode até circular

pelo social, mas isto não garante sua inserção, que significa a condição de estabelecer laços sociais, de se fazer reconhecido no discurso do Outro. Esse lugar simbólico no campo do Outro é que estabiliza o sujeito psicótico. Citamos um caso que nos foi trazido que pode nos indicar a direção da discussão.

Eliseu representa uma situação relativamente frequente nos nossos serviços. 30 anos, pedreiro, pai hanseniano, mãe alcoolista vivia caída nas ruas. Os pais eram ‘bate-gato – pessoas que na condição de doentes fazem eternos pedidos de dinheiro e outros benefícios. Desencadeamento aos 16 anos, mantém comportamento errante, sempre alcoolizado, com um delírio persecutório e reivindicativo que não cessam de se inscrever. Mesmo com acesso a vários dispositivos, inclusive a uma residência terapêutica, diferentemente de ADEMAR, continua a errância pelas ruas, pedindo dinheiro e se expondo ao risco de ser roubado e maltratado. Todos os projetos de cunho assistencial e o grande envolvimento pessoal da equipe se mostraram insuficientes. Um dos profissionais chegou a ser o tutor, o representante legal de Eliseu. A equipe, levada à exaustão, passa a se referir a Eliseu como um saco sem fundo, cujas demandas parecem não ter fim. De fato, ele permanece em seu comportamento de pedinte errante, sempre à espera de cuidado. Passa a existir uma relação de identificação especular com o sujeito, um esforço norteado por um ideal de reabilitação cuja trama intersubjetiva impossibilita o processo de inserção, na medida em que a equipe se coloca prisioneira de um encaixe sintomático que deixa intocado o modo de gozo do paciente. Ao se fazer parceira de um sujeito indefinidamente demandante, a equipe se torna provedora sem limite de um pedido de auxílio sem ponto de basta. Em uma supervisão anterior à pesquisa foi isolado um nome de gozo desse sujeito: “pidão.” Talvez esta nomeação pudesse orientar algumas ações da equipe.

Vimos que em certas circunstâncias, alguns profissionais ou a equipe como um todo se deixam capturar numa relação intersubjetiva de amor ou de ódio com alguns pacientes, o que os levam a uma angústia paralisante ou à exaustão. São situações de uma identificação a certos traços do paciente ou uma identificação no plano especular e imaginário. As respostas às demandas imediatas dos pacientes passam por um esforço desregrado, marco o desregrado como ‘um a mais’ de cobertura necessidades sociais de toda ordem. Os benefícios a que cidadão tem direito não podem ser usados para a desresponsabilização do sujeito.

Por outro lado tomar as demandas incessantes e os jogos subjetivos dos pacientes nas instituições, como da ordem da “manipulação” a serem corrigidas com

meras condutas disciplinares desencadeiam, muitas vezes, passagens ao ato ou perda de controle da equipe dos movimentos do sujeito na Transferência.

Retomando o ponto conceitual, nos utilizamos de uma intervenção de Marcelo Veras para localizarmos o que ele denomina como um paradoxo nas políticas de inclusão. Diz ele: “A superação da exclusão se faz justamente no momento em que o excluído se submete aos limites do Outro. Temos então um sujeito que se inclui no campo social mas que é, ele mesmo, configurado por um ideal que lhe é externo. O sujeito, “dito”, incluído é aquele que se integra à coletividade agrupada em torno de seus ideais. O sujeito que se inclui no campo social é, ele mesmo, configurado por um ideal que lhe é externo.” Assim, Veras nos propõe passar do social à clínica. “Não se trata da clínica do social, mas da clínica no social.”

Ao se referir à inserção psicossocial, Tenório diz que “é preciso estar atento para que este ideal não se torne um ideal tirânico para o sujeito. Para que isto não aconteça, é preciso que [...] o valor da cidadania seja um pressuposto ético e político, e não um ideal de desempenho social imposto ao sujeito.”

Para concluir, para pensarmos o lugar da psicanálise na sua relação com o campo da Saúde Mental, o que orientou o nosso trabalho de pesquisa, encontramos ressonância nas palavras de Marcelo Veras: “há (sempre) um resto que escapa aos programas de Saúde Mental. Este resto é onde se aloja a clínica psicanalítica. Na conversação multidisciplinar a psicanálise se destaca por explicitar esta diferença, não como um discurso de exceção e sim como um discurso que recolha as exceções, ou seja, os fragmentos de ditos que não fornecem sentido algum à saúde mental e que representam, porém, o que o sujeito tem de mais íntimo. Estes restos de dizeres, verdadeiros ruídos de comunicação, são a principal justificativa para a participação do psicanalista nas equipes de saúde mental.”

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALKMIM, W. “Construir o caso clínico, a instituição enquanto exceção. *Revista Eletrônica Clinicaps* no 1, 2007

BAIO, V. “O ato a partir de muitos”. *Curinga*, EBP-MG, 1999, no.13, set, p.66-73

BEZERRA JR., Benilton. disponível em: http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/cuidado_nos_caps.pdf.

DI CIACCIA, A. *Dela fondation par Um à la pratique à plusieurs-Preliminaire*.1998, p. 19.

LEAL, Erotildes. *A Reforma Psiquiátrica e os Desafios da Desinstitucionalização*, Edições CUCA-IPUB/URFJ, RJ/2001, p.69-83.

STEVENS, A. “L’institution:la pratique de l’act”. in: *Pertinences dela psychanalyse Appliquée*: Éditions du Sueil, mai 2003, p.94.

VERAS, M. “Saúde Mental: uma clínica sem privilégios.” *Revista Eletrônica Clinicaps no 3*. 2007

VIGANÒ, C. “A construção do caso clínico em Saúde Mental.” *Curinga no 13*. Belo Horizonte: EBP-MG, 1999, p. 550-59

VIGANÒ, Carlo. A Palavra na Instituição. *MENTAL*, vol. IV, n°. 06, Universidade Presidente Antônio Carlos, Barbacena, Brasil, 2006, pp27-32.

VIGANÒ, C. Entrevista que nos foi concedida em Milão, em outubro de 2008 a respeito da pesquisa ‘Clinicaps’.

ZENONI, Alfredo. Qual a instituição para o sujeito psicótico?. In: *Abrecampos*. Psicanálise e Instituição – A Segunda Clínica de Lacan. Instituto Raul Soares – FHEMIG, ANO 1, N° O, 2000.