

Contribuição ao debate entre a psicanálise e a atual reforma psiquiátrica brasileira

Richard Couto

Mestre em Pesquisa e Clínica em Psicanálise pelo Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IP/UERJ). Rua Rodolfo Dantas, 26/1101. Copacabana. Rio de Janeiro – RJ. CEP 22020-040.
rhmmo@yaho.com.br

Sonia Alberti

Professora Adjunta do IP/UERJ e Procientista da UERJ; Doutora em Psicologia pela Universidade de Paris X-Nanterre; Pós-doutorado no IPUB/ UFRJ e pesquisadora do CNPq. Psicanalista membro da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano.
alberti@fcclrio.org.br

Resumo

No presente artigo procuramos cingir um questionamento da incidência do discurso do mestre e do discurso universitário na atual reforma psiquiátrica brasileira, como também sobre a contribuição que o discurso do psicanalista pode ofertar a essa reforma, a partir da clínica. Para tanto, procuramos situar uma das nuances do termo reforma psiquiátrica na história da psiquiatria. Recorremos a Lacan para trabalhar a teoria dos quatro discursos e comentamos um caso clínico, oriundo do atendimento em um dispositivo engendrado pela reforma psiquiátrica brasileira, uma residência terapêutica, a partir da clínica dos discursos, na qual é possível trabalhar a tese psicanalítica sobre o laço social.

Palavras-chave

Psicanálise; discursos; reforma psiquiátrica; clínica; caso clínico.

O presente artigo deve sua elaboração à dissertação de mestrado intitulada *Um Estudo Para Investigar A Incidência dos Discursos na Reforma Psiquiátrica Brasileira*, defendida em 30 de abril de 2007 no Programa de Pós-Graduação em Pesquisa e Clínica em Psicanálise do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Nossa tentativa de contribuir para o debate entre a psicanálise e a reforma psiquiátrica brasileira se iniciou ao nos colocarmos duas questões em relação ao referido debate: a primeira incide sobre as razões que levam alguns militantes da reforma psiquiátrica a terem uma forte reserva em relação à inserção da psicanálise na clínica da reforma; e a segunda recai sobre a formulação dos psicanalistas que afirmam que o discurso que norteia e que exerce uma hegemonia na reforma psiquiátrica é o discurso do mestre.

Para tentar cingir melhor essas questões, vejamos uma das várias nuances do termo *reforma* em psiquiatria. Notemos que não é nenhuma novidade que a psiquiatria, como uma especialidade da medicina, nasce a partir de uma reforma: reformar o tratamento que era ofertado à loucura. O mentor dessa reforma foi P. Pinel. Na verdade, Pinel abriu os portões para a saída dos mendigos, dos órfãos e dos pobres de modo geral que foram enclausurados devido à grande mudança dos meios de produção na Europa e que gerou modificações sociais contundentes no século XVIII. Contudo, os que foram considerados doentes, acometidos pela perda da razão, continuaram enclausurados. Foi a delimitação dos doentes num espaço físico que originou o hospital psiquiátrico como local de tratamento.

O Brasil, no início do século XX, empreendera também uma reforma de cunho higienista, mas pautada na reclusão em grandes asilos e no trabalho forçado nas colônias agrícolas. Uma medida vastamente utilizada foi a criação de hospitais-colônias, que foram implantados em muitas cidades do País, pois a ideologia burguesa do trabalho como índice da cidadania e da boa conduta do cidadão, como também o seu uso como parâmetro do normal e do anormal, foi incorporada à psiquiatria brasileira. O uso do trabalho agrícola como instrumento de tratamento global dos doentes mentais através de uma concepção de sociedade rural, na qual o paciente desenvolveria atividade e depois de recuperado seria devolvido à sociedade, foi por muito tempo sustentado como o melhor modo de tratamento dos doentes mentais. Como tal projeto não vingou, os hospitais agrícolas deixaram entrever sua verdadeira função: a de exclusão dos doentes mentais em locais geograficamente

distantes. Além disso, a ideologia do trabalho como fator da sanidade também influenciou a internação de não doentes, pois o enclausuramento foi tomado como solução para vários problemas que não encontravam respostas nos dispositivos governamentais:

De fato, quem se dispuser a examinar a população das nossas colônias de alienados vai encontrar amalgamadas à massa de crônicos, tornada indiferenciada pela cultura mesma do asilo, desde pessoas que lá chegaram após uma passagem por um hospital psiquiátrico até indivíduos em cuja história de vida consta, como determinante da internação, “doenças” como a de moças namoradeiras que foram desvirginadas e desonradas, crianças que se tornaram órfãos, mendigos e arruaceiros que, pela intermediação de um chefe de polícia local ou um delegado de polícia encontravam no encaminhamento ao hospício a solução definitiva (RESENDE, 1987, p. 52).

A massa presente nos hospitais psiquiátricos, ou nas colônias, e as condições dessas instituições não sofreram grandes modificações na era Vargas, no Estado Novo. Pelo contrário, houve apenas reforma e ampliação das instalações já existentes e a criação em larga escala de outros hospitais estaduais, financiados pelo governo federal, que obedeciam ao modelo de colônia agrícola. O modelo manicomial sempre foi a mola mestra das políticas públicas de saúde mental no Brasil, até sua contestação a partir da década de 1970. Contudo, antes disso, a década de 1960 gerou um outro problema para a política de saúde mental do Brasil: a privatização do setor através dos hospitais psiquiátricos prestadores de serviços. Porém, o que inspirou a contestação do modelo de tratamento psiquiátrico no País?

Muitos fatores contribuíram para esse questionamento e para o desencadeamento daquilo que, numa época anterior à década de 1970, se convencionou chamar de reforma psiquiátrica. O crescimento econômico de alguns países, a reconstrução social e a ampliação dos movimentos sociais e civis foram alguns dos fatores que contribuíram para o questionamento do hospital psiquiátrico, pois estavam referendados nas reivindicações de uma sociedade mais justa, igualitária, solidária e livre. Todavia, não foram somente os mencionados fatores que exerceram influência para se ter uma proposta de desmobilização das internações psiquiátricas nos anos do Pós-Guerra. A descoberta de psicofármacos eficazes em alguns quadros agudos auxiliou e facilitou a abordagem de pacientes em crises graves. Essa eficácia não pode ser

contestada, mas surgiram, ao mesmo tempo, reivindicações de tratamentos com efeitos secundários menores, que debilitassem menos os pacientes, não lhes tirando a liberdade psíquica. Podemos dizer, portanto, que ao mesmo tempo em que os psicofármacos se tornaram mais eficazes, toda uma outra corrente dentro da psiquiatria era crítica em relação a essa eficácia, ou seja, em relação ao modo de sua utilização. Outro fator a ser mencionado foi a entrada da psicanálise nos meios psiquiátricos.

As reformas psiquiátricas empreendidas em países como Inglaterra e França a partir da década de 1950, cujas iniciativas influenciaram, de uma maneira ou de outra, a atual reforma psiquiátrica brasileira, fizeram da psicanálise uma de suas principais referências. Já o movimento constituído por Basaglia na Itália estabeleceu uma contraposição à psicanálise. Contraposição que teve reflexos também no Brasil, pois o movimento basagliano foi tomado como a principal influência para a atual reforma psiquiátrica brasileira. Notemos que o movimento basagliano foi o único a se distanciar da psicanálise. No final da década de 1960 e início da década de 1970, a psicanálise teve uma grande hegemonia na psiquiatria norte-americana, que foi abalada pela consolidação da psiquiatria orientada pelos DSMs, de cunho biológico e farmacológico. A influência da psicanálise em diferentes reformas psiquiátricas não passou despercebida de um respeitado pesquisador dos movimentos de reforma psiquiátrica. Manuel Desviat observou que a psicanálise foi uma das principais referências para as iniciativas de reforma psiquiátrica de modo geral (1999). Daí colocamos uma indagação àqueles que são contra a inserção da psicanálise na reforma psiquiátrica brasileira: qual a razão de rechaçar a psicanálise da reforma, se a própria psicanálise teve papel fundamental, e ainda pode ter, nisso que se convencionou chamar de reforma psiquiátrica? É certo que o rechaço à psicanálise tem diversos fatores, como as divergências teóricas, dado que a reforma psiquiátrica se caracteriza pela sua orientação multidisciplinar, contudo o que mais nos chama a atenção é que esse rechaço se faz por razões político-ideológicas que são dissimuladas por discordâncias teóricas. As referidas razões precisam ser mais bem circunscritas pelos psicanalistas, com o intuito de situar melhor tal rechaço.

Outra questão: por que atribuir à reforma psiquiátrica brasileira um aspecto de grande novidade se muitos dos dispositivos que hoje funcionam no Brasil se assemelham em muitos aspectos aos dispositivos elaborados em outros países, por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que guarda

relação com os centros de saúde mental norte-americanos idealizados por Caplan na década de 1960, sob a égide do Projeto de Saúde Pública do Presidente Kennedy (DESVIAT, 1999). Os centros de saúde mental norte-americanos tinham os mesmos princípios dos CAPS: regionalização, integração e trabalho junto à comunidade, setorização dos atendimentos, etc.? Ao contrário de somente tomar as reformas de outros países como referências, devemos nos perguntar quais foram os pontos de vacilação que impediram seus andamentos e suas consolidações. Perguntar-nos o que aconteceu na Itália, que foi a principal influência da reforma no Brasil, pois, como se sabe, muito do que foi preconizado pela Lei Basaglia hoje está posto de lado, e a Itália já não dispõe de um sistema de saúde mental semelhante ao do momento de implantação dessa lei.

Pode-se fazer a objeção de que as reformas na Inglaterra, na França, nos Estados Unidos e na Itália não deram certo e acabaram infrutíferas e de que a reforma no Brasil está se consolidando aos poucos, e que com a aprovação da Lei 10.216 ela se fortificou. As reformas dos países mencionados também tiveram o respaldo do Estado. A exceção que se faz é em relação aos Estados Unidos, que não conseguiram instituir uma política pública nacional de saúde mental. O seu sistema de saúde mental continuou privado e baseado na internação dos pacientes, como denuncia o filme *Um estranho no ninho* (1975), dirigido por Milos Forman. Então cabe questionar o que pode possibilitar o sucesso e o avanço da reforma psiquiátrica no Brasil. É nesse ponto que a psicanálise tem uma contribuição a dar à reforma psiquiátrica.

Concordamos que a reforma psiquiátrica está no discurso do mestre, mas não são as palavras de ordem, a reivindicação da cidadania dos usuários, as responsáveis pela mestria desta reforma. Nossa hipótese é: a reforma psiquiátrica brasileira é perpassada pelo discurso do mestre, porém mesmo com as leis e portarias que a legitimam, que respaldam as palavras de ordem, os *slogans* e o resgate da cidadania dos usuários como a principal função da reforma psiquiátrica brasileira, a clínica psicanalítica demonstra que esse discurso fracassa. Nossa referência é a formulação de Lacan sobre o discurso do mestre, pois este guarda relações estreitas com o Estado. É questionando a relação entre o Estado e o discurso do mestre, a partir da impossibilidade de governar, que se tem a indicação de que a aprovação de leis e portarias não é suficiente para garantir o funcionamento de certas iniciativas, principalmente iniciativas nas quais está em questão a saúde mental que visa

fundamentalmente o sujeito.

Ao formular os quatro discursos, Lacan estabelece uma forma de discurso que age sem palavras, podendo mesmo prescindir de uma possível necessidade de recorrer aos enunciados; contudo devemos esclarecer que os discursos continuam se articulando na linguagem, e não fora dela, como ressalta o próprio Lacan:

Em palavras, na verdade, ele pode muito bem subsistir. Subsiste em certas relações fundamentais. Estas, literalmente, não poderiam se manter sem a linguagem. Mediante o instrumento da linguagem instaura-se um certo número de relações estáveis, no interior das quais certamente pode inscrever-se algo que vai bem mais longe do que as enunciações" (LACAN, 1969-70 (1992), p. 11).

Os discursos circulam sem que para isso seja necessário que nenhum enunciado de comando esteja evidente. No caso do discurso do mestre, não é necessário nenhum ato violento para que haja um comando, o discurso do mestre age sem fazer uso da violência:

E se o discurso do mestre arruma tudo, a estrutura, o ponto forte em torno do que se ordena várias civilizações, é porque a força básica é, finalmente, de uma ordem bem diferente daquela da violência (idem, Lição de 20/01/1971, p. 38).

No rigor de sua elaboração, Lacan define uma forma lógica para os discursos operarem, postulando quatros lugares, como também quatro elementos. Os lugares são:

$$\frac{\text{agente}}{\text{verdade}} \longrightarrow \frac{\text{outro}}{\text{produção}}$$

Os elementos são: *S1* (significante mestre), *S2* (o saber), *§* (o sujeito dividido) e *a* (objeto caído, o mais-de-gozar). Estes elementos são articulados por estarem implicados na constituição do sujeito e por terem sido trabalhados conceitualmente durante os anos do ensino de Lacan. Temos o *S1* que é o significante advindo do campo do outro que representa o sujeito (*§*) para outro significante *S2*, e da operação de representar um sujeito resulta um resto, o objeto causa de desejo, perdido desde sempre, o objeto *a*, aqui como mais-de-gozar por produzir um gozo excedente. Os discursos surgem à medida que se faz com que os elementos ocupem os lugares através de

um giro em sentido horário. Quando, a partir do giro em sentido horário, um dos elementos ocupa o lugar de agente é que se pode falar de um determinado discurso:

É quando o significante mestre está em um certo lugar que falo do discurso do mestre; quando um certo saber também o ocupa, falo da universidade; quando o sujeito em sua divisão – fundadora do inconsciente – está nesse lugar, falo do discurso histórico e, enfim, quando o mais-de-gozar o ocupa, falo do discurso do analista (idem, 1969-70 (1992), p. 21).

Ao colocarmos os elementos nos lugares determinados, na ordem dada anteriormente, teremos o discurso do mestre:

agente	outro
$\frac{S_1}{\$}$	$\frac{S_2}{a}$
verdade	produção

Nesse discurso a posição de agente é ocupada pelo S1. Este significante é denominado muitas vezes por Lacan como significante não senso, sem nexos ou razão, pois não estabelece nenhuma significação. O mestre tem de ser obedecido, o que não quer dizer que se tem algum ganho com isso; trabalha-se pelo simples fato de o mestre comandar, por ele exigir que se trabalhe. Lacan diz que este é o discurso do inconsciente, por ele ser o mestre do sujeito do inconsciente, por comandar sem precisar recorrer à vontade do sujeito. Todavia esse discurso, por se articular na linguagem, também determina modos de funcionamento em outras esferas, entre elas as instituições que funcionam através da política. O discurso do mestre em nossa época pode ser apreendido na política:

Não faço de maneira arbitrária, pois esse discurso do mestre já tem seus créditos na tradição filosófica. No entanto, tal como o tento depreender, ele adquire aqui uma nossa relevância pelo fato de poder – e isto por algo que experimentamos diretamente, no plano da política (ibidem, p. 81).

O escravo, por trabalhar arduamente, acaba por produzir algo, isto é, um saber que tem de ser sempre produtivo, devendo servir para alguma coisa. Portanto, o escravo ocupa o lugar do outro, o S2, e o saber sempre se

articula pelo S2 devido ao fato de S1 ser insuficiente para produzir um saber; para se ter saber é sempre preciso que haja concatenação significativa:

Se há um saber que não se sabe, como já disse, ele é instituído no nível do S2, ou seja, aquele que chamo de outro significante. Esse outro significante não está sozinho. O ventre do Outro, do grande Outro, está repleto deles (idem, 1969-70 [1992], p. 31).

Para ter acesso a esse saber, o mestre apenas comanda e não permite contestação de sua ordem. Esta postura tem como função velar sua verdade de sujeito, de também ser um sujeito dividido tal como o escravo, pois o mestre esteve submetido à castração simbólica, logo essa é a verdade do mestre que está velada em seu discurso.

A forma de fazer o mestre gozar é detida pelo escravo por saber o que o mestre quer; ao mestre cabe apenas usufruir o gozo sem se preocupar com o trabalho que o escravo tem para proporcionar esse gozo. O segredo de fazer o mestre gozar pertence ao escravo, quanto a isso o mestre é ignorante. Para o mestre importa que os meios de obter o gozo funcionem, ou seja, que o escravo continue trabalhando.

Nesse ponto de nosso percurso em traçar minimamente determinadas referências do discurso do mestre e seu modo de funcionamento, cabe verificar como esse discurso incide na clínica, em especial no diálogo entre a psicanálise e a reforma psiquiátrica brasileira.

Parte-se da formulação que o discurso que norteia a reforma psiquiátrica é o discurso do mestre; a figura do mestre que esteve presente na *episteme* desde a antiguidade, nascendo na civilização grega e que foi desdobrada pelo pensamento de Hegel. Um ponto de referência para pensar a relação do mestre com o Estado é a concepção hegeliana, como demonstra Lacan em *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* (1969-1970). No texto *A terceira* (1973), Lacan, analisando justamente o discurso do mestre, observa que na história ocorreram alguns movimentos em que esse discurso foi interceptado de tal maneira que foi possível pôr uma encruzilhada no caminho do discurso do mestre. Essa observação se sustenta no estudo feito por Lacan da obra de Marx. Lacan tece daí a ideia de que Marx foi o inventor da função do sintoma. A ideia de Marx ter inventado o sintoma vem do fato de ele ter feito a tentativa, talvez a primeira, de subverter o discurso do mestre a partir do debate que ele iniciou com o pensamento hegeliano. Apesar de Marx, segundo Lacan, não ter conseguido subverter o discurso do mestre, o

pensamento marxista forneceu indicações para o discurso da histórica questionar o mestre e o discurso do psicanalista para subvertê-lo:

Quanto ao discurso da histórica, foi este que permitiu a passagem decisiva, dando seu sentido ao que Marx historicamente articulou. Que é, a saber, existirem acontecimentos históricos que só podem ser julgados em termos de sintomas. Não se viu aonde isso chegaria até o dia em se dispôs do discurso da histórica para fazer a passagem com uma outra coisa, que é o discurso do psicanalista (LACAN, 1969-1970 [1998], p. 193).

Verificamos, desse modo, que o discurso do psicanalista se efetiva como o avesso do discurso do mestre. Essa posição permite ao discurso do psicanalista cingir os pontos de vacilação do discurso do mestre, bem como sua impossibilidade, que é a de governar plenamente. A elaboração do discurso do psicanalista como o avesso do discurso do mestre tem seu fundamento não só no estudo de Hegel e Marx, mas, sobretudo, na clínica psicanalítica: “é assim que entendo o que articulo para vocês do discurso psicanálise; é que, se não houvesse prática psicanalítica, nada do que posso articular teria efeitos que eu pudesse esperar” (LACAN, 1972, p. 38). Lacan constata que o discurso que rege o inconsciente é o discurso do mestre. O trabalho de uma análise é fazer com que haja uma subversão do funcionamento inconsciente como discurso do mestre, pois, lá onde isso estava, o sujeito pode advir. Assim, o que possibilita demonstrar a subversão do discurso do mestre é a clínica psicanalítica. Será que esta subversão pode ser feita no bojo da prática da atual reforma psiquiátrica brasileira?

Com isso, temos a seguinte questão: a reforma psiquiátrica brasileira, desde seu nascimento, sempre possuiu um forte apelo social, como podemos comprovar nos lemas e nas reivindicações dos quais já falamos, o apelo social muitas vezes teve seus argumentos fundamentados em alguns aspectos de teorias sociológicas. Então, como sustentar que a reivindicação do resgate da cidadania dos usuários da rede de saúde mental, garantida por leis e portarias, é suficiente para subverter o discurso do mestre? Além do mais, a tentativa de aplicar as teorias sociológicas ao Estado introduziu uma articulação com o discurso universitário a partir da burocracia, como pontuamos em nossa dissertação. Devido à constatação exposta, lançamos outra questão: por que privilegiar nas propostas da reforma psiquiátrica brasileira a dimensão política em detrimento da dimensão clínica, por que a dimensão política sempre

está em primeiro plano, qual a razão desse desnivelamento? Apesar do fato de muitos psicanalistas se inserirem nos dispositivos da atual reforma psiquiátrica no Brasil, tal desnivelamento ainda pode ser observado.

Nosso intuito ao trabalhar um caso clínico, oriundo de um serviço empreendido pelas propostas da reforma psiquiátrica, foi lançar para o debate meios de pensar que a dimensão clínica, ao dar lugar ao sujeito, possibilita abrir brechas para a discussão aqui tratada tanto no que diz respeito à égide do discurso do mestre, quanto à colaboração do discurso universitário. Essas brechas viabilizariam giros discursivos e, portanto, novas posições em laços sociais. Em virtude de nosso trabalho clínico, podemos fazer valer a tese psicanalítica de que o laço social somente se efetiva se há a possibilidade do sujeito se situar em um discurso, sustentando sua posição no discurso, e não estando somente assujeitado a ele.

O caso em questão é de um jovem adulto, atualmente com 21 anos (idade estimada por exame ósseo), que foi um dos primeiros a ser selecionado para ir morar na residência terapêutica, quando o projeto ainda estava em fase de implantação. Sua idade no momento de implantação do projeto da residência era de 15 anos. Ao passar definitivamente para residência, quando o projeto da residência se concretizou, sua idade era de 18 anos. Para preservar sua identidade, vamos fornecer somente as informações essenciais ao caso. Aqui o chamaremos de Negão, pois este é seu apelido na residência, que de forma alguma é rejeitado por ele, ao contrário, ser chamado de Negão é algo que ele tomou para si.

A história que conhecemos de Negão é que ele foi abandonado ainda muito novo, possivelmente aos 3 ou 4 anos de idade, em uma instituição para menores, provavelmente um orfanato. Nessa instituição notou-se que Negão possuía “problemas mentais”, em razão dos quais foi encaminhado para uma clínica psiquiátrica e lá ficou até seus 18 anos, quando saiu para ir morar na residência terapêutica. Sabe-se que a clínica que o acolheu funcionou por muito tempo nos moldes de um hospital psiquiátrico, ou seja, reclusão, medicação exacerbada, maltratos, superlotação, eletrochoques, etc. Esse funcionamento é ainda mais problemático no caso, por se tratar de uma clínica cuja clientela era exclusivamente composta de crianças e adolescentes. Possivelmente o único tratamento a que Negão havia se submetido, até chegar à residência, foi o tratamento oferecido por essa clínica. Desde sua estada nessa instituição, Negão tem o diagnóstico de autismo infantil. Esse diagnóstico foi mantido sem questionamentos.

O relato sobre a chegada de Negão, dado pelos primeiros cuidadores que trabalharam com ele nos primeiros meses de funcionamento da residência, indica que era difícil lidar com ele, tendo em vista que ele reagia com tentativas de agressão quando era interpelado por algum cuidador, rasgava as roupas que lhe eram oferecidas, tentava agredir os demais moradores que, de alguma forma, se mostravam invasivos com ele, não aceitava facilmente fazer sua higiene e sua postura em geral era arredia. As únicas palavras que Negão falava eram Paulo e porra. Paulo, segundo a informação que foi dada à residência, era um cuidador da clínica na qual passou a segunda infância e a adolescência, e de quem Negão gostava, sendo alguém com quem ele tinha uma boa relação. Já a palavra porra era e é usada para expressar seu incômodo, insatisfação, raiva e, às vezes, para fazer alguma atividade lúdica. Essa atividade lúdica era feita de forma automática, completamente repetitiva, acompanhada, portanto, do enunciado porra.

O motivo de Negão não ter sido recebido em tratamento no CAPSi de referência da região, onde está estabelecida a residência terapêutica e para o qual ela o orientou, residiu no fato de ele já não ser um adolescente, e sim um jovem adulto agora com mais de 18 anos. O CAPSi justificou que como Negão já era adulto não poderia recebê-lo em tratamento, por ser essa uma instituição para crianças e adolescentes. Quanto ao CAPS adulto da região, para o qual a residência também tentou encaminhar Negão para tratamento, foi argumentado que não o aceitaria em tratamento por ser um diagnóstico de autismo infantil. Como o autismo seria uma afecção da infância e como o CAPS é destinado a psicóticos adultos, o acesso lhe foi negado por se tratar de um adulto autista; o que seria então uma contradição dos termos. No entanto, devemos notar que o autismo é uma das quatro principais características da esquizofrenia, juntamente com as associações em distúrbio, a afetividade e a ambivalência. Essas quatro características foram formuladas pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler, que descreveu a esquizofrenia em 1911, indo na contramão da descrição de Kraepelin, que nela identificava um processo de demência, denominando esse quadro de demência precoce. Bleuler preferiu usar o termo esquizofrenia para enfatizar a cisão que afeta os sujeitos esquizofrênicos, e um dos modos de constatar essa cisão foi pela observação do autismo que se encontrava em alguns esquizofrênicos, pois “para Bleuler, o autismo significa perda do contato com a realidade. Nos casos mais leves, ligeiramente, nos casos mais graves, completamente” (QUINET, 2006, p. 75).

Desse modo, a justificativa dada pelo CAPS para não ter recebido Negão em tratamento, alegando para isto o autismo, não se sustenta em razão de o autismo ser uma característica, antes de tudo, da psicose.

Além disso, o CAPS adulto argumentou que a ausência de um tratamento anterior em um CAPSi também impedia Negão de ser recebido, pois ele não tinha como fazer a passagem de um CAPSi para um CAPS adulto. O processo acontece geralmente para os usuários que iniciam um tratamento em um CAPSi, quando criança ou adolescente, e, ao se tornarem adultos, passam a ser tratados em CAPS adulto. Por não poder fazer a passagem, Negão não poderia ser assumido em tratamento pelo CAPS. Como se pode verificar, a situação de Negão era kafkiana.

Como nas residências terapêuticas de modo geral há sempre um trabalho voltado para se reatar o convívio social dos residentes, a grande maioria dos moradores estuda em escolas que estão vinculadas à rede de saúde mental da região onde o serviço residencial se encontra. Negão também foi à escola, matriculado em turma especial. Devido à sua reação agressiva a determinadas tentativas de aproximação, Negão enfrentou muitas resistências nas escolas pelas quais passou. Muitas professoras o abordavam com grande receio e temor, pois não achavam seguro que ele interagisse com outros jovens e, assim, o isolavam. O receio e o temor nas escolas são comuns por parte das professoras em relação aos jovens da residência, que acabam fazendo aulas completamente sozinhos, acompanhados somente de suas professoras, e têm seus horários de lanche diferenciados dos demais alunos das escolas. Somado a isso, há uma carga horária reduzida de apenas uma hora de aula por dia. Ora, se a escola deveria ser um lugar de contribuição para a socialização de jovens adultos autistas e psicóticos, essas medidas vêm na contramão dessa recomendação. O relato que se tem dos cuidadores da residência, e que posteriormente também tivemos como presenciar, fala de atitudes e medidas adotadas nas escolas que possuíam ares de uma segregação velada que sempre culminava na desvinculação, para não dizer expulsão, de Negão. Ao todo foram três escolas que o desvincularam. Uma escola chegou ao extremo de matriculá-lo no turno noturno sem problematizar suas questões, seu quadro clínico, sua dificuldade em usar o transporte público. A medida foi baseada única e exclusivamente na idade cronológica de Negão: como ele já era adulto, não podia estudar no período diurno. Diante das dificuldades que não foram consideradas, a coordenação da residência terapêutica solicitou

uma reunião para debater com os responsáveis pela coordenação das escolas da rede municipal da região a situação de Negão nessa escola. Decidiu-se transferi-lo para uma outra escola na qual estudaria no turno matutino, no período de 11 às 12 horas.

Negão foi submetido ao discurso do mestre e ao discurso universitário. Esses discursos, ao incidirem sobre ele, provocavam uma petrificação significante: o Negão do “martelinho”, das agressões, aquele que rasga e molha as roupas, que não “se adapta” às escolas e não colabora com as atividades pedagógicas. Ao apostarmos no sujeito e ao nos agenciarmos do discurso do psicanalista, tivemos como dialetizar algumas dessas questões e possibilitar a Negão tomar posição dentro de um laço social. Constatamos que o fato de ser remanejado de uma clínica psiquiátrica, ser posto num dispositivo da reforma psiquiátrica (a residência terapêutica) e frequentar escolas não foi suficiente para estabelecer um laço social. Pelo contrário, vimos que a incidência dos dois discursos produzia a segregação do sujeito: sem tratamento e expulso das escolas.

Verificamos de saída que o discurso que desde muito cedo esteve presente para Negão foi o discurso do mestre, devido à internação precoce em uma instituição psiquiátrica. Pode-se supor que o fato de ter tido como forma de tratamento na clínica um tratamento medicamentoso que não tinha como possibilitar uma dialetização dos significantes contribuiu para a petrificação significante, o que constatamos nas duas únicas palavras faladas por Negão ao chegar à residência terapêutica: *Paulo e porra*.

Pode-se pensar que o uso da voz em tom alto e o uso do grito com Negão são umas das formas que encontraram para fazer o discurso do mestre agir. Lembremos que essa foi uma recomendação dada por funcionários da clínica, estendida para os membros da equipe da residência no momento da passagem de Negão para residência terapêutica, e que também nos foi transmitida. Além disso, depois de estar submetido ao discurso do mestre como uma máquina que deve obedecer, Negão era vítima do discurso universitário de forma kafkiana.

No caso de educar, Lacan afirma que o discurso universitário somente encontra sustentação através do discurso do mestre: “é inteiramente legítimo se vemos que radicalmente o discurso universitário só poderia se articular a partir do discurso do mestre” (LACAN, 1971, p. 39). Lacan evidencia com isso que o discurso universitário está intimamente ligado ao discurso do mestre,

daí nossa proposição de dizer que o discurso que norteia a atividade pedagógica é o discurso do mestre que se desdobra no discurso universitário.

O discurso universitário incide sobre Negão de dois modos. O primeiro é quando há a imposição das atividades pedagógicas, aquelas que estão na programação dos treinamentos e cursos dados aos professores, pois a professora encarna o mestre que sabe como educar um psicótico e se respalda nos autores que fundamentam o projeto pedagógico. O discurso universitário estabelece uma equivalência de saberes, o que há é um índice oferecido pelos nomes dos autores. Então o que é aprendido nos cursos de capacitação dos professores para educar crianças, adolescentes e jovens adultos “especiais” é uma mistura de conteúdos de várias disciplinas como pedagogia, psicologia, neurologia e psiquiatria, que estabelecem o que é o “sujeito especial”, transformando, assim, todo sujeito em sujeito submetido ao saber dos cursos que é referendado pelos cânones das disciplinas. Ou seja, não há espaço para a singularidade dos sujeitos, o sujeito é somente um objeto à mercê desses saberes. Com isso, todos os sujeitos, independentemente de sua estrutura clínica, também se equivalem: aplica-se o mesmo método, o mesmo conteúdo, as mesmas atividades para todos os sujeitos. O sujeito é transformado no *astudado*, neologismo que Lacan criou para designar a objetificação que o discurso universitário realiza sobre o sujeito: “O *Astudado* tem mais razões para estar no plano das ciências humanas. O estudante se sente *astudado*” (LACAN, 1969-1970 [1992], p. 98, grifos do autor). Aqui Lacan fala do estudante, mas isso pode ser estendido a todo aquele que está submetido ao discurso universitário. Todavia, Negão não se submete de todo a esse discurso, e ao não se submeter ele tem de ser desvinculado da escola. Na verdade Negão demonstra o impossível de educar.

O segundo modo é a burocracia da qual o serviço de saúde mental, criado pela reforma psiquiátrica brasileira, o CAPSi e o CAPS se utilizam para não prestar o atendimento que está previsto na Lei 10.216 e nas portarias que criam os serviços. Há uma denegação através da burocracia, pois denega-se aquilo que é reivindicado pela reforma psiquiátrica e respaldado pelo Estado através da criação e homologação de leis e portarias, ou seja, que não se deve negar tratamento aos usuários que procuram os serviços. Como dissemos, o CAPSi não atende Negão por ele já ser um jovem adulto, já o CAPS não o atende por ele ser autista e por não ter sido atendido por um CAPSi para poder fazer a passagem para um CAPS. O que esses serviços

fazem é utilizar a burocracia para não prestar atendimento a Negão, e mais uma vez verificamos a perversão do discurso através da denegação dos seus ideais, fazendo dos usuários um objeto do gozo burocrático:

O ato perverso é o que melhor ilustra o discurso universitário, ou melhor, ele revela a perversão educativa. (...) O perverso é um burocrata do gozo desvelando a perversão da burocracia e da educação como uma das formas do mal-estar na civilização. Eis em que nome a ciência é perversa ao tomar emprestado o discurso universitário: em nome de um saber, ela tiraniza o outro, tratando-o como um objeto de gozo (QUINET, 2006, p. 42).

No que se refere à reforma psiquiátrica brasileira, o discurso universitário também incide no momento em que se realizam os cursos de capacitação nos quais é transmitido, via saber universitário, o ideal da reforma psiquiátrica: o resgate da cidadania através da inclusão social e a reivindicação dos direitos de cidadãos dos usuários dos serviços de saúde mental. Há todo um discurso no qual esse ideal está presente e é sustentado por profissionais de diferentes áreas e diferentes formações. O que a reforma psiquiátrica não suspeita é que esses mesmos profissionais que são formados via discurso universitário denegam os ideais que defendem como bandeira de luta política.

Ao trazer a dimensão clínica e dar lugar ao sujeito, tivemos como agenciar um outro posicionamento de Negão na residência, diferente da demanda feita para ele de realizar as tarefas de um lar ou se adaptar à residência ou à escola. Tal caso pode indicar que a dimensão clínica tem uma grande contribuição a dar à dimensão política, ao mostrar como o trabalho clínico pode rearticular a dimensão política.

A psicanálise, através de seu trabalho clínico, pode possibilitar questionamentos da dimensão política, não para colocá-la em detrimento, mas para fornecer meios de não se cair na burocracia, pois a clínica dá lugar aos sujeitos para os quais os serviços da reforma psiquiátrica se destinam. Ao introduzir a política da psicanálise na reforma psiquiátrica brasileira, o discurso do psicanalista tem como realizar uma de suas funções no trabalho institucional: fazer os discursos circularem, não havendo predomínio de um ou outro discurso, ou seja, o discurso do mestre e o discurso universitário, no caso da reforma psiquiátrica. Além disso, a dimensão clínica possibilita a incidência do discurso da histórica, que pode ter uma função fundamental no trabalho na instituição, na medida em que permite questionar o funcionamento institucional através

do sujeito que se põe a indagar a situação da instituição:

Por definição, este último ocupa o lugar do sujeito no discurso da histérica, tal como formulado por Jacques Lacan na teoria dos quatro discursos: sustentando nas verdades de que há muita coisa que não se sabe na instituição e de que toda clínica inclui o real que se apresenta no cotidiano de nosso trabalho com as suas mais diferentes faces, o sujeito analisante-da-situação pode interrogar o estabelecido (as regras institucionais, o saber dominante, a cega preocupação com a produção) para pôr tudo isso a trabalho (ALBERTI e FIGUEIREDO, 2006, p. 8-9).

O discurso do psicanalista, ao fazer com que os discursos circulem e ao tornar presente o discurso da histérica na instituição, pode fornecer meios para os funcionários da reforma psiquiátrica se colocarem não como comandados, mas como agentes que podem, a partir de seus questionamentos e sugestões, contribuir para a melhoria do funcionamento institucional e dos fundamentos que nortearam o movimento da última reforma psiquiátrica brasileira.

Eis o trabalho dos psicanalistas inseridos nos dispositivos da reforma psiquiátrica brasileira, aqueles que procuram fazer da atenção psicossocial um instrumento de acesso ao sujeito do inconsciente. A partir da clínica psicanalítica, temos de estar atentos tanto à ética da psicanálise, quanto à teoria do laço social que a psicanálise nos fornece. É tendo a ética e a teoria do laço social como norteadores de nosso trabalho na reforma, que temos meios de investigar a incidência dos discursos e como essa incidência pode se tornar um estorvo para a emergência do sujeito. Além disso, a psicanálise dispõe de meios de situar melhor o que vem a ser uma inclusão social, pois para incluir o sujeito no social é preciso incluí-lo em seu próprio tratamento, e neste incluir aquilo que faz um sujeito psicótico se situar fora-do-discurso (LACAN, 1973), a saber, a foraclusão, posto que a teoria do laço social em psicanálise inclui, antes de tudo, que o sujeito e o cidadão podem ser uma consequência do trabalho com o sujeito.

Esperamos, com o fim de nossa dissertação, ter lançado algumas questões que possam contribuir para o debate entre a psicanálise e a reforma psiquiátrica brasileira. Sabemos que uma dissertação pode tão somente pontuar essas questões, mas se nossa dissertação tiver como suscitar outras questões, cremos que nosso trabalho cumpriu seu objetivo.

REFERÊNCIAS

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

ALBERTI, S.; COUTO, R. *Breve histórico sobre o sintagma “Reforma Psiquiátrica”, visando instrumentalizar o psicanalista na delimitação da questão atual*. (No prelo).

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

____. *No litoral do vasto mundo: Lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica*. In: VENANCIO, A. T. A.; CAVALCANTI, M. T. *Saúde mental: campos, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.

COUTO, R. *Um estudo para investigar a incidência dos discursos na reforma psiquiátrica Brasileira*. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Pesquisa e Clínica em Psicanálise, Rio de Janeiro, 2007.

DESVIAT, M. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FORMAN, M. *Um estranho no ninho* (1975). EUA: Fantasy Films e N. V. Zualuw.

LACAN, J. *O seminário, livro 17: O avesso da Psicanálise (1969-1970)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

____. *O Seminário, livro, 18: De um discurso que não seria do semblante (1970-1971)*. Inédito.

____. *O aturdido* (1973). In: LACAN, J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

____. *A Terceira* (1974). In: *Cadernos Lacan*, vol. 2, Porto Alegre: Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 2001.

MARX, K. *O capital* (1867). São Paulo: Nova cultural, 1999. Coleção Os Pensadores.

QUINET, A. *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

RESENDE, H. *Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica*. In: TUNDIS, S. A.; COSTA N. R. *Cidadania e loucura – Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987, p. 15-69.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

Contribution to the discussion between psychoanalysis and the current Brazilian psychiatric reform

Abstracts

This work analyses the incidence of the scholarly discourse and the university discourse in the current Brazilian Psychiatric Reform, as well as the contribution the psychoanalyst's discourse can offer to such reform. To develop our proposal, we discuss a nuance of the term psychiatric reform in the history of psychiatry. We use Lacan's theory to discuss the four discourses theory and to comment about a clinical case originated from an experience in a Brazilian Psychiatric Reform institution, the so called therapeutic residence. The observations are analyzed in relation to the Lacanian concept of discourses through which it is possible to discuss the psychoanalytical thesis on social bonds.

Keywords

Psychoanalysis; discourses; psychiatric reform; clinical case.

Artigo recebido em: 10/4/2008

Aprovado para publicação em: 20/11/2008