

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

THAISA TUANY DANTAS FERNANDES

**SOBRE A ESCUTA ANALÍTICA NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: POR UM LUGAR
AO SUJEITO**

NATAL/RN

2017

THAISA TUANY DANTAS FERNANDES

**SOBRE A ESCUTA ANALÍTICA NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: POR UM LUGAR
AO SUJEITO**

Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia apresentado ao Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN) como requisito final para obtenção do título de Psicóloga.

Orientador (a): Prof. (a). **Erick Leonardo**

NATAL/RN

2017

THAISA TUANY DANTAS FERNANDES

**SOBRE A ESCUTA ANALÍTICA NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: POR UM LUGAR
AO SUJEITO**

Trabalho de Conclusão do Curso de
Psicologia apresentado ao Centro
Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-
RN) como requisito final para obtenção do
título de Psicóloga.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. ERICK LEONARDO
Orientador

Prof. IZABEL FEITOSA
Membro

Prof.
Membro

Dedico este trabalho a todos que contribuíram para que ele fosse possível, principalmente aos meus pacientes, que tanto me ensinaram ao longo do estágio profissionalizante no Hospital Colônia Doutor João Machado.

AGRADECIMENTO

Aos meus queridos pais, que do modo singular de cada um, estiveram ao meu lado. Incentivando e contribuindo para minha formação.

Ao meu orientador Erick Leonardo que da sua maneira afável me proporcionou grande assistência ao longo deste ano, orientando o estágio profissionalizante, corrigindo trabalho e possibilitando para que eu alcançasse meus objetivos. Obrigada por transmitir uma psicanálise que fala de amor.

Agradeço as estimadas professoras, Glaucineia Gomes e Isabel Feitosa por contribuírem com a minha formação. Através de suas aulas foi possível me envolver e me apaixonar pelos estudos psicanalíticos.

A UNI-RN e seu corpo docente e discente, onde passei todos esses anos construindo minha formação de psicóloga.

A Kaila Samara e Ayrlla Sara, amigas queridas que o curso de psicologia me presenteou. Estamos unidas desde o início, compartilhando alegrias e tristezas. Sem vocês não seria possível realizar este sonho.

A todos os familiares e amigos que colaboraram diretamente ou não, me amparando nesta caminhada. Meu muito obrigada a todos.

“O Ser do homem não pode ser compreendido sem sua loucura, assim como não seria o ser do homem se não trouxesse em si a loucura como limite de sua liberdade.”

Jacques Lacan

RESUMO

Tratar de assuntos relacionados à loucura no Brasil ainda é uma ação delicada e paradoxal, diante do curto período de tempo que a sociedade trata sobre este assunto com um novo olhar mais humanizado. Neste sentido, o presente trabalho possui principal objetivo de discorrer acerca das seguintes temáticas: os Lugares da Loucura na História; Reforma Psiquiátrica no Brasil e A Inserção da Psicanálise na Saúde Mental, além de estudos relevantes para embasar a prática no Hospital Colônia Dr. João Machado. Diante das reflexões expostas e dos casos analisados, percebe-se que, mesmo diante das diversas possibilidades e contribuição da Psicanálise no campo da saúde mental, muitas mudanças ainda precisam ser realizadas, uma vez que nem sempre o louco é observado como um sujeito de possibilidades e subjetividades, por serem colocados em lugar de objeto, estigmas e preconceitos que ainda são presentes em nossa sociedade contemporânea.

Palavras-chave: Loucura. Reforma psiquiátrica. Psicanálise. Saúde Mental.

ABSTRACT

Addressing issues related to madness in Brazil is still a delicate and paradoxical action, given the short period of time that society deals with this subject with a new, more humanized look. In this sense, the present work has the main purpose of discussing the following themes: Places of Madness in History; Psychiatric Reform in Brazil and The Insertion of Psychoanalysis in Mental Health, in addition to relevant studies to support the practice in the Colônia Hospital Dr. João Machado. In view of the above reflections and the cases analyzed, it can be seen that, even in the face of the various possibilities and contribution of psychoanalysis in the field of mental health, many changes still need to be made, since not always the madman is observed as a subject of possibilities and subjectivities, because they are placed instead of objects, stigmas and prejudices that are still present in our contemporary society.

Keywords: Madness. Psychiatric reform. Psychoanalysis. Mental health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	OS LUGARES DA LOUCURA NA HISTÓRIA.....	11
2.1	SOBRE A LOUCURA NO BRASIL	12
2.2	A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	14
3	A INSERÇÃO EM SAÚDE MENTAL À LUZ DA PSICANÁLISE	18
4	AS PSICOSES NO DISCURSO ANALÍTICO	22
4.1	ESTRUTURA PSICÓTICA	26
5	A CLÍNICA PSICANALÍTICA NO HOSPÍTAI PSIQUIÁTRICO	28
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
	REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

Tratar de assuntos relacionados à loucura no Brasil ainda é uma ação delicada e paradoxal, diante do curto período de tempo que a sociedade trata sobre este assunto com um novo olhar mais humanizado. Trata-se de uma palavra que possui uma forte carga pejorativa, de forma que o sujeito que possui algum tipo de deficiência psíquica ou cognitiva, quando não é visto como uma pessoa perigosa, acaba sendo tratado como algo insignificante ou incompetente para agir em sociedade, tomar suas próprias decisões ou viver com dignidade.

Neste sentido, a loucura para a sociedade ocidental ainda é concebida como uma doença mental e por muito tempo, mesmo após a reforma psiquiátrica, todos os tratamentos, estudos e pesquisas encontravam-se sob o único domínio do saber médico da psiquiatria e o seu principal objetivo era controlar, isolar o doente mental em instituições manicomiais e hospícios, privando de liberdade e de qualquer tipo de ressocialização do indivíduo, além dos maus tratos e abusos cometidos nestes respectivos espaços de isolamento.

Diante do exposto, o presente trabalho visa abordar sobre a prática de estágio no Hospital Colônia Doutor João Machado, objetivando o relato concisamente do percurso traçado na história da saúde mental, desde a institucionalização da psiquiatria chegando às novas possibilidades de tratamento que surgem com a reforma psiquiátrica e a inserção da psicanálise neste campo, para finalmente tecer uma comparação entre a teoria e a prática sobre a escuta analítica no hospital psiquiátrico.

Neste contexto, a psicanálise surge como um dos principais elemento mediador entre o sujeito em tratamento e o seu processo de tratamento propriamente dito, de forma mais humanizada, focalizando o sujeito que sofre na sua particularidade. No entanto, a sua contribuição para com a saúde mental dos indivíduos nem sempre é reconhecida, surgindo a partir deste pressuposto a necessidade de observar a sua importância nesse campo de atuação, através do tratamento individualizado de acordo com as particularidades de cada paciente, além de analisar como é realizada a promoção do resgate da dimensão subjetiva do adoecimento psíquico, observando-se os princípios éticos, de cidadania e em busca pela dignidade do indivíduo como ser humano.

O relatório foi dividido em 4 capítulos: no Capítulo 1, se discute como a loucura foi observada e tratada no meio social, desde o período da Idade Média até os dias atuais e como ao passar do tempo a questão da loucura deixou de ser apenas um tema marginalizado, passando a ser tratado como uma patologia e os loucos atendidos em locais e por profissionais específicos. Também discorre como este tratamento diferenciado chega ao Brasil, passando pelo advento da Reforma Psiquiátrica.

No Capítulo 2, trata-se da questão da inserção em saúde mental à luz da psicanálise, com foco a partir do advento da Lei n. 10.216, que possibilita uma série de ações relacionadas no panorama assistencial em saúde mental. Também trata das contribuições dadas pela psicanálise no campo da saúde mental e da experiência da estagiária durante o seu estágio supervisionado no Hospital Colônia Dr. João Machado, em Natal-RN.

O Capítulo 3 trata dos recortes de Freud sobre “o Caso Schreder” e a questão da paranoia e seus mecanismos, e como este estudo de caso contribui com a Psicanálise, sobre o estudo das psicoses até os dias atuais. Neste capítulo também é discutida a intervenção realizada pela pesquisadora com a sua paciente “Big Apple”, no Hospital Colônia Dr. João Machado, em Natal-RN.

Finalmente, no Capítulo 4, desenvolve-se uma reflexão crítica sobre a clínica psicanalítica no espaço de um hospital psiquiátrico, em articulação com o caso “Big Apple” e outros recortes de casos.

2 OS LUGARES DA LOUCURA NA HISTÓRIA

Este capítulo procura apresentar como a loucura foi observada no meio social e a sua evolução até os dias atuais. De acordo com o comportamento de cada sociedade, as pessoas classificadas como loucas poderiam ser completamente excluídas do meio social, encarceradas ou toleradas, não havendo uma classificação quanto a questões psíquicas, físicas ou comportamentais, como será discutido a seguir.

A questão da loucura se confunde com a própria história uma vez que desde os primórdios da civilização observa-se casos de indivíduos que padecem de algum tipo de enfermidade neuropsiquiátrica (ou não) e assim, são chamados de loucos, lunáticos, deficientes mentais, entre outras definições. Para a sociedade, o sofrimento psíquico exibe uma ideia de incapacidade e improdutividade, de forma que os familiares ou pessoas próximas à pessoa que sofre estes sintomas, passam a se sentirem envergonhadas, relegando essa pessoa muitas vezes, ao abandono e sofrimento (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2006).

A história da loucura começa a tomar forma a partir do final da Idade Média, momento em que a loucura andava livremente pelas ruas e inclusive, era recorrente de diversas expressões artísticas. Neste sentido, Michael Foucault em sua obra, *A História da Loucura na Idade Clássica*, lançada em 1964, chama de estrutura de exclusão o período em que se procura esvaziar os leprosários, ao final da Idade Média, lugares tidos como obscuros, de segregação e repletos de ritos que não se encontravam destinados a suprimir a lepra, e sim, mantê-la a uma distância sacramentada. Após o controle da lepra, os leprosários começam a serem usados para tratar todo o tipo de doente, inclusive os loucos (PASSOS; BELO, 2004).

Diante da “dominação” da loucura, por volta da metade do século XVII, Foucault observa que os loucos conhecidos que circulavam livremente, eram tolerados, mas os loucos considerados como “estranhos”, diante de seus comportamentos desviantes e bizarros, incluindo-se neste contexto os bêbados e os devassos, eram confinados em navios numa espécie de exílio ritualístico. Dessa forma, a figura da Nau dos Loucos do século XV simbolizava a busca pela razão e da purificação através da água. No entanto, o difícil de se descobrir é o exato momento em que a loucura começa a ser pensada como patologia, e por que tal

verificação não foi observada em momentos anteriores, no desenvolvimento da civilização humana (PASSOS; BELO, 2004).

A partir deste momento em que os loucos e os portadores de doenças venéreas passam a compartilhar o mesmo espaço considerado como espaço moral de exclusão, momento da história em que predominava um indiferenciação entre loucura e razão, observa-se em dado momento a ocorrência de uma ruptura entre a razão e a loucura, momento em que a razão, aproximadamente 150 anos antes do surgimento da psiquiatria, esvazia a verdade da loucura para a firmar a si própria de forma soberana, dando origem a chamada estrutura de exclusão, diante de dois acontecimentos importantes na história: a fundação do Hospital Geral de Paris, por decreto, em 1556 e a libertação dos acorrentados de Bicêtre, em 1794 (FREITAS, 2004).

Em uma entrevista, em 1964, Foucault (1964 apud PASSOS, 2004) observa que a loucura só existe dentro de uma sociedade, não existindo fora das formas de sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou a capturam. Neste sentido, é possível perceber que, a loucura esteve presente no horizonte social como um fato puramente estético ou cotidiano. A partir do século XVII, com o advento da internação, a loucura atravessa um período de silêncio e de exclusão, perdendo a função de manifestação e de revelação que tinha na época de Shakespeare e de Cervantes, se tornando enfim, derrisória e mentirosa. Finalmente, o século XX, segundo as palavras de Foucault, mete as mãos sobre a loucura e a reduz a um fenômeno natural, ligado à verdade do mundo.

2.1 SOBRE A LOUCURA NO BRASIL

Por bastante tempo, o modelo de tratamento da loucura no mundo se encontrava eminentemente centrado na internação asilar. Entre os anos de 1830 e 1920, observa-se o advento da formulação de políticas públicas de tratamento e/ou repressão dos doentes mentais, em um momento em que a loucura era observada como doença mental, impulsionando a criação de instituições asilares especialmente destinada aos ditos alienados. Este período da história é marcado por um momento de continuidades e descontinuidades (ENGEL, 2001).

Sobre o processo de continuidade e descontinuidade, a psiquiatria é observada como um saber situado historicamente, por se tratar de um

discursomédico sobre a loucura, considerando-a como doença mental. Ao mesmo tempo, trata-se de uma prática que possui a finalidade de curar a loucura através de um tratamento físico-moral. No entanto, este saber e essa prática só se constituem em determinado momento da história, quando a loucura torna-se doença, fenômeno patológico, uma doença diferente que exige, por conseguinte, um tipo específico de medicina para tratá-la. (PORTOCARRERO, 2002).

Neste contexto, vale salientar que a descontinuação se estabelece no âmbito do saber como da prática, sobretudo a partir do surgimento do conceito do anormal como uma forma psicopatológica, no final do século XIX, possibilitando a psiquiatria abranger não somente a doença mental propriamente dita, como também, todo e qualquer desvio do comportamento normal, como por exemplo, o comportamento dos degenerados, epiléticos, criminosos, sífilíticos e alcoólatras (PORTOCARRERO, 2002).

No entanto, pode-se afirmar que o fenômeno da loucura no Brasil passa a ser discutido como parte do convívio social entre o século XVI até o início do século XIX. A partir desse momento, na loucura começa a ser reconhecida como desordem e perturbação da paz social, passando inclusive a ser apropriada pelo discurso religioso. Aos poucos, os loucos foram sendo retirados do convívio social e isolados nos porões das Santas Casas de Misericórdias e em prisões públicas. No entanto, é possível perceber que já para os médicos daquela época, este tipo de tratamento dispensado aos loucos não resolvia o problema da loucura, uma vez que a segregação, a falta de higiene e de um tratamento físico e moral adequado aumentavam ainda mais o problema e impossibilitava uma possível cura (VECHI, 2004).

Mesmo diante de maus tratos e repressão, a loucura no Brasil começa a ser observada como objeto do discurso científico a partir de meados do século XIX, quando o primeiro manicômio brasileiro foi inaugurado no Rio de Janeiro, capital do Império, com o nome de Hospício D. Pedro II. Neste novo ambiente, apesar da presença de médicos no local, o tratamento dos loucos ainda permanecia como objeto do discurso religioso praticado na Santa Casa, perdurando até o advento da proclamação da República, no final do século XIX, por meio do discurso científico (médico-psiquiátrico), momento este em que a loucura era retirada dos discursos religiosos e passa a ser gerenciada pelo discurso científico, com

atendimento médico, através de profissionais especializados que foram sendo introduzidos aos poucos no país a partir daquele período (TEIXEIRA, 1997).

A partir deste contexto, a loucura passou a ser observada como objeto de estudo da psiquiatria e definida como patologia, tanto de ordem moral quanto de ordem somática. Dessa forma, a medicina passa a se tornar a instância definidora do estatuto do louco, como doente e como incapaz, isto é, como sujeito a ser tratado e protegido, surgindo-se neste contexto a noção de doença mental, possibilitando-se dessa forma, que a loucura passasse a ser reduzida a estruturas, síndromes e diagnósticos baseados fundamentalmente nos aspectos considerados como negativos da estrutura mental, tais como: a alienação, a incompreensibilidade, a periculosidade e a incapacidade (AMARANTE, 1996).

Diante destas primeiras reflexões sobre a história da loucura no mundo e no Brasil, torna-se relevante e indispensável tratar da Reforma Psiquiátrica a partir do advento da Constituição Federal vigente e suas contribuições para o estudo e compreensão da loucura nos dias atuais, como será discutido no próximo tópico.

2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A Reforma Psiquiátrica no Brasil trata-se de um movimento histórico de caráter político, social e econômico sob a influência do pensamento que seria dominante como atenção à Saúde Mental. Começa a surgir no final da década de 1990 e torna-se efetiva a partir do dia 6 de abril de 2001 com a homologação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diante da presença de um bom número de profissionais de saúde mental no país, observa-se uma busca da desinstitucionalização com consequente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam, através da substituição progressiva destes por outras práticas terapêuticas, resgatando-se a discussão da cidadania do doente mental entre os profissionais de saúde, como também, pela própria sociedade (GONÇALVES; SENA, 2001).

Como ideologia dominante da época, observa-se a presença do positivismo, que pregava ideias de modernidade, ordem, progresso e racionalidade. Neste contexto, os psiquiatras acreditavam não apenas que as doenças mentais possuísssem componentes biológicos e genéticos, como também, que tendiam a

piorar à medida que eram transmitidas de geração para geração, causando a degeneração progressiva das árvores genealógicas e da população de uma forma geral (SEIXAS *et al.*, 2009).

O modelo de assistência psiquiátrica que predomina no Brasil ainda é baseado na legislação de 1934, dividido em dois modelos distintos que são os centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) e os Hospitais Psiquiátricos, espaços estes que propõe a hospitalização e o asilamento do doente mental, buscando-se dessa forma, atender às questões da segurança da ordem e da moral pública, mesmo que se possa considerar como um modelo falido e desmistificado no que tange a sua base ideológica. Esta percepção auxiliou na edificação de um novo modelo, a partir da contribuição de vários segmentos da sociedade, visando principalmente a desconstrução literal do modelo hegemônico. Trata-se de uma reforma que vem sendo desenvolvida no Brasil há várias décadas, tendo como seu ápice a partir do final dos anos setenta, contribuindo para as discussões sobre as inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica, atribuindo ao hospital psiquiátrico como a única alternativa de tratamento. Esta ação contribui com a cronicidade e com a exclusão dos doentes mentais em todo o país, diante de suas inúmeras falhas sob a percepção da loucura (MOURA NETO, 1987).

Os CAPS possuem um valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma vez que foi a partir do seu surgimento que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no território do paciente. A sua principal função é prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando dessa forma as internações em hospitais psiquiátricos, promovendo a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais (BRASIL, 2005).

A questão da reforma psiquiátrica começou a ganhar forma a partir do projeto de lei n. 3.657/89 apresentado pelo deputado Paulo Delgado, que viria a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Tratava-se de um projeto simples e com apenas três artigos. No primeiro capítulo, impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo Poder Público; no segundo, previa o direcionamento dos recursos públicos destinados a criação de recursos não-manicomiais de atendimento. Finalmente, o terceiro artigo trata da obrigação da comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, para que a

mesma possa emitir um parecer sobre a legalidade da internação (VASCONCELOS, 1992).

A reforma psiquiátrica busca possibilitar novos agenciamentos sociais, objetivando a permissão do indivíduo denominado como louco, de se manter na sociedade, como nova resposta social deste indivíduo para que ele não tenha o inevitável destino asilar, opção oferecida aos mesmo antes da reforma (TENÓRIO, 2001a).

O processo de desconstrução da cultura manicomial observa o hospício e toda a sua estrutura dos espaços-tempos como uma ferramenta promotora de identidade cronificada. Dessa forma, a clínica reabilitativa possui o propósito de promover autonomia, cidadania e produções de subjetividade, como busca de descontinuidade do modelo de segregação manicomial (LANCETTI, 2006).

Este projeto só foi realmente se transformado em Lei apenas em 2001, diante da aprovação da Lei n. 10.206, de 6 de abril do corrente ano, sendo considerada como uma lei progressiva, uma grande vitória pelos movimentos que eram a favor da reforma. O que pode se resumir com estes acontecimentos é que toda essa mudança só aconteceu graças ao fato da apresentação do projeto de lei em 1989, que contribuiu muito com a intensificação do debate em todo o país, sobre a questão psiquiátrica no Brasil, quando antes tal discussão era restrita apenas aos meios especializados (BEZERRA JÚNIOR, 1994).

Nos dias atuais, defende-se uma reforma psiquiátrica como furto de maior maturidade teórica e política, que foi alcançada ao longo das últimas décadas e diante da conscientização dos atores sociais mais diversos. Neste contexto, a reforma psiquiátrica é discutida como parte das políticas de saúde, inclusive no âmbito dos governos municipais. Vale salientar que dentro da reforma, o desafio da desinstitucionalização é compreendido não apenas no que tange a substituição do hospital por um aparato de cuidados externos de caráter técnico-administrativo-assistencial, mas também, questões do campo jurídico-político e sociocultural, possibilitando-se inclusive um deslocamento das práticas psiquiátricas para as práticas de cuidado realizadas na própria comunidade (GONÇALVES; SENA, 2001).

No entanto, vale observar que o processo da reforma psiquiátrica não se resume apenas à mudanças assistenciais. Torna-se necessária também uma articulação entre as intervenções na cultura médico-hospitalar para que as novas ideias e posturas acerca da loucura possam ser reelaboradas e recriadas para que

as mudanças estruturais possam realmente acontecer. Neste sentido, torna-se necessário que o campo da saúde mental possa ser pensado como um processo social e complexo e não apenas como um modelo fechado (AMARANTE. 2007).

A partir destas reflexões sobre a reforma psiquiátrica no Brasil, torna-se relevante e necessário observar os percursos que levaram à inserção da psicanálise no contexto das instituições e organizações que trabalham com a saúde mental no Brasil, quais os seus desafios e possibilidades diante de uma sociedade moldada pela cultura do isolamento ou encarceramento das pessoas consideradas como loucas ou incapacitadas para viver em sociedade, livre e independente.

3 A INSERÇÃO EM SAÚDE MENTALÀ LUZ DA PSICANÁLISE

A questão da saúde mental no Brasil passa a ser tratada com mais ênfase a partir da aprovação da Lei nº 10.216, possibilitando uma série de ações relacionadas ao panorama assistencial em saúde mental, como por exemplo, a abertura de um grande número de serviços públicos de base comunitária, redução bastante significativa do número de leitos psiquiátricos, inversão do financiamento prioritário dos hospitais para os serviços abertos, maior atenção aos direitos dos pacientes, entre outros (GAMA, 2012).

Por se tratar de uma área plural e heterogênea, a inserção da psicanálise na saúde mental é observada nos dias atuais como uma realidade, uma vez que os analistas, em número cada vez mais crescente nas instituições de saúde mental procuram agregar ao tradicional consultório privado, espaços institucionais diversos, diante de peculiaridades diversas que extrapolam o específico da psicanálise (RINALDI, 2006).

Sobre esse assunto, Assad (et al2002) esclarece que as contribuições dadas pela psicanálise no campo da saúde mental encontram-se relacionadas à ética da posição subjetiva e à exigência de que se estabeleça uma clínica da singularidade, impedindo respostas que pretendam tratar casos psiquiátricos como caso gerais. Diante disso, o analista deve, sempre que respostas generalistas sejam oferecidas, tratar com a devida atenção as particularidades de cada caso.

Percebe-se que as produções do inconsciente, que ocorrem na relação transferencial, irão possibilitar ao sujeito psicótico uma escuta que o possibilite sua singularização através de uma escuta, no resgate a sua fala, proporcionando uma construção ou reconstrução de um lugar para si no laço social (GOIDANICH, 2001).

No entanto, necessita-se uma reflexão sobre de que sujeito se trata a psicanálise, segundo a concepção apresentada com a inauguração do conceito de inconsciente de Freud e posteriormente introduzido por Lacan.

De acordo com o pensamento de Lacan (1998b), o sujeito da psicanálise nasce com a ciência moderna, uma vez que o mesmo é sujeito da ciência. No entanto, este sujeito é excluído pela própria ciência de seu campo de investigação. Dessa forma, o sujeito para a psicanálise se constitui a partir da falta-a-ser, ao

contrário do sujeito cartesiano que se caracteriza como ancorado no ser, um sujeito que se define por sua divisão e não por sua unidade comparável ao eu.

Diante desta observação, surge a psicanálise na Reforma Psiquiátrica brasileira através de um movimento relativamente novo, construída diante do reclame da cidadania do louco e desdobrada através de um campo bastante amplo e diversificado de práticas e saberes que envolvem a assistência psiquiátrica e os níveis políticos, jurídicos e culturais da relação da sociedade com a loucura. Neste contexto, observa-se como pilares de referências de ação da psicanálise: a desinstitucionalização, a reabilitação psicossocial e a clínica institucional (TENÓRIO, 2001b).

O campo de atuação de estágio escolhido foi Hospital Colônia Dr. João Machado, hospital referência em psiquiatria no Estado do Rio Grande do Norte, atuando como estagiária de psicologia na enfermagem feminina, orientada a partir dos estudos psicanalíticos. Foi possível participar de reuniões familiares com a equipe multidisciplinar tendo em seu corpo, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais enfermeiros e psicólogos.

Poder escutar familiares muitas vezes cercados por estigmas e preconceitos acerca da loucura e proporcionar um lugar de produção de subjetividade a partir de intervenções que promovem a quebra desses sem fazer julgamentos, realizando encaminhamentos pertinentes a outros centros de assistência psiquiátrica que promovem saúde. Trago como exemplo a fala de uma mãe de uma paciente “quando o SAMU chegou, ela no instante se ajeitou,” concluindo que acreditava ser “ruindade” da paciente. A psiquiátrica explica acerca da doença mental e de áreas cerebrais que não são afetadas, como a inteligência. Outro exemplo pertinente foi de um familiar que emocionado indagou “ela me odeia, pois quando está na crise, me bate.” Pontuei concluindo, que só é possível odiar a quem se ama, pois o contrário do amor não é o ódio, mas, a indiferença.

Com isso é importante ressaltar o termo criando por Jacques Alain Miller e citado por Ciaccia (1999, p. 60), “prática entre vários”, onde o mesmo afirma que esta prática não se fundamenta na presença de Um mestre, do discurso do Mestre, e sim, na falta deste Um, “não se sustenta em A, mas em S(A)”. É diante da possibilidade mesma da falta no grande Outro intervir que cada um pode repensar sua prática na direção de uma clínica feita a partir de vários.

Mesmo existindo diversas áreas de saberes distintos, torna-se relevante o trabalho em equipe nos serviços de Saúde Mental para incentivar e promover intervenções clínicas criativas e inovadoras, Ferreira (2001, p. 16) afirma que a psicanálise se funda no não saber, o saber da psicanálise deve ser construído, o que Freud chamou “*construções em análise*”. O saber do sujeito da psicanálise advém de sua construção própria e singular e se trata de “um processo de construção de um saber do sujeito sobre si mesmo, sobre seus modos de gozo, sobre seu sintoma”. Dessa forma, uma clínica entre vários é uma aposta no sujeito, na capacidade de produção de discurso, atrelada à posição da equipe que pode colaborar nesta direção.

Pensando a inserção da psicanálise no campo da saúde mental, um caso se destacou, paciente a qual chamarei de Big Apple, 26 anos. Meu primeiro contato com Big Apple foi realizado através do significante biloca¹, nome que ela deu ao ver meu olho. Certa de que era uma biloca, se aproximou cada vez mais, para pegar. Falei que era o meu olho e ela sorri e se afasta. Podemos perceber um início da transferência sendo construído, para Freud (1916-1917) o paciente passa a ter interesse ao que é relacionado com a figura do analista, atribuindo tanta importância, até mais do que demonstra por suas próprias questões. A relação transferencial sustenta o trabalho de análise do sujeito, podendo ser uma ferramenta organizadora para o discurso psicótico.

Ao perguntar seu nome e me apresentar, falo para a paciente que gostaria de escutar sobre sua história e ela começa a falar quase que ininterruptamente. “Sofri um trauma a sete anos atrás, conheci uma falsa amiga e falso namorado. Sofri com macumba, fizeram um trabalho pra mim, de inveja e de tudo que existe de ruim.” Neste momento percebemos sua construção delirante a fim de fazer uma metáfora paterna (CALLIGARIS, 1989).

Sua tentativa de relacionar suas questões a um “trauma.” “Estou casada, mas antes dele tive outros namorados, vamos contar comigo 1,2,3,4,5,6... Seis não, seis não pode, por que é o número da besta. 7 com Valdemir que é o marido enviado dos céus pelo meu irmão falecido, um anjo. Moro próximo dele (explica aonde ele mora, fazendo um L na mesa) tá vendo? L de Leonardo biloca. Mas ele não é o certo, tá vendo? (Aponta para sua vagina) o meu é robusto, grande, rosado

¹Biloca é o termo utilizado no Nordeste brasileiro para se referir à bola de gude, utilizada em vários tipos de jogos infantis.

como uma maçã. O dele é desse tamanho (mostra com os dedos). Não serve para mim. Mas Valdenor serve, é grande. A esposa de Valdenor também não é certa pra ele, já o traiu com o meu marido. Ela é uma invejosa. Inveja minhas roupas, ela tinha o cabelo preto... Preto não, loiro, e pintou de preto, só por que o meu cabelo é preto. Eu faço prancha pra ir trabalhar, gosto muito e ela faz também, muito invejosa e não é mulher pra Valdemir. Este fenômeno é conhecido na psicanálise como mecanismo de defesa e projeção.

Questiono sobre o motivo que a fez ir para o hospital e ela responde: “não sei o motivo pelo qual eu vim parar nesse hospital. Não sou louca, tenho apenas transtorno de ansiedade. Falo muito, se deixar, eu falo sem parar.” De acordo com o termo que Lacan se serve, certeza psicótica, irá tratar acerca da posição psicótica em relação ao seu próprio saber, isto advém da falta do pai suposto saber. Como na psicose o sujeito não se relaciona a um saber sem sujeito suposto, ele mesmo irá sustentar este saber, portanto com sua própria “certeza egóica”. (CALLIGARIS, 1989, p. 24).

A partir da escuta e da clínica psicanalítica o caso Big Apple se trata de um caso de psicose. No tópico seguinte iremos abordar sobre as psicoses no discurso analítico.

4 AS PSICOSES NO DISCURSO ANALÍTICO

Vamos discorrer a partir de recortes do texto de Freud (2010) em um dos seus primeiros textos, quando ainda estava começando uma clínica psicanalítica, fez observações de um caso de paranoia, a partir do livro Memórias de um doente dos nervos de Schreber, onde Freud intitulou seu texto de “O caso Schreber.”

Para a psiquiatria como é possível perceber no texto de Freud, que Schreber sofre de delírio de grandeza de ser um redentor da humanidade. Freud quer chegar no mecanismo da paranoia onde ele vai investigar o caso concisamente e concluir que o delírio primário de Schreber é ser mulher e só depois redentor. Podemos observar o momento em que “a emasculação de Schreber se torna consciente” (FREUD, 2010, p. 26). A natureza primária da fantasia de emasculação e sua independência inicial da ideia de Salvador é atestada, além disso, pela “ideia” já mencionada, surgida no estado de meia sonolência, de que deveria ser bom ser uma mulher submetendo-se ao coito.

Freud estava tão certo disso que a transformação em mulher foi o ponto central para a ideia delirante e a única a se preservar após sua recuperação, a missão redentora entra como uma justificativa para a ideia de se tornar mulher. Para Freud a base da doença Schreber é a homossexualidade e o delírio é o que pode sustentar que um dia ele teve essa ideia de ser uma mulher submetendo-se ao coito. Freud nos alerta para duas possíveis tentativas de interpretação a primeira a partir de manifestações delirantes e fenômenos e a segunda a partir de fatores que desencadearam a doença (FREUD, 2010).

Freud em seu texto ele refere que o primeiro caminho é tentador tratado a partir da fenomenologia, o que está na superfície, o delírio, características e transtornos. O transtorno que advém de fenomenologias, existe pois há uma noção de normal e patológico, o que é desviante da norma padrão. As medicações são todas baseadas em cima das fenomenologias. A psicanálise irá trabalhar através da escuta e de saber que aquele fenômeno está ocupando para o sujeito.

Freud relata acerca da relação de Schreber com Dr. Flechsig, onde ele passa seis meses do seu tratamento sendo acompanhado pelo médico, onde lhe atribuía um lugar de poder e influência ao modo que Deus irá se sujeitar a Flechsig. A partir de uma série de atos de perseguição podemos perceber que, segundo Freud (2010, p. 55):

A pessoa a que o delírio atribui tamanho poder e influência, para cujas mãos convergem todos os fios do complô, seria, no caso de ser expressamente nomeada, a mesma que antes da doença tinha significado igualmente grande para a vida afetiva do paciente, ou um substituto facilmente reconhecível. A importância afetiva é projetada para fora, como poder externo, e o tom afetivo é transformado no oposto; aquele que agora odiado e temido, por sua perseguição seria alguém amado e venerado anteriormente.

Neste trecho podemos extrair uma orientação clínica importante para a transferência maciça nas psicoses, a indicação de um balizamento que precisa ser feito pelo analista com relação ao acompanhamento do paciente psicótico através das modulações a transferência. Pois a relação fica muito próxima e o psicótico não tem um moderador entre a perseguição e a erotomania que é um nome dado ao amor, não é que “eu amo a doutora, ela quem me ama.” Um manejo para que não caiamos no engodo do amor e nem levar o sujeito ao seu pior. Transferência é amor, mas é um amor que irá possibilitar o sujeito a não surtar e sim que seja da ordem do tratamento (MEYER, 2010).

Schreber passa de mania de grandeza para mania de perseguição. Freud se questiona acerca dessa transformação e percebe que no livro de Schreber ele fornece algumas indicações, pois Flechsig e Deus estão na mesma categoria. Freud fala da decomposição característica da paranoia, que geralmente tem a ver com pessoas importantes, como é o caso de Flechsig (FREUD, 2010).

Freud irá chamar atenção para o Dr. Daniel Gottlob Moritz Schreber, o pai de Schreber, que além de médico com alto renome na sociedade alemã, tinha trabalhos acerca de ginástica terapêutica que visava o desenvolvimento harmonioso da juventude, educação familiar e escolar. Podemos perceber que o pai de Schreber, serve como um lugar de Deus, inserindo-se um complexo paterno. Pois o conflito com Flechsig, seria um conflito infantil com o pai (FREUD, 2010).

Para Freud, tudo que vimos até agora gira em torno do complexo paterno que domina o caso Schreber e a fantasia central da doença. Nada caracteriza o quadro clínico do paranoico, neste momento Freud está em busca do quadro clínico da paranoia e suas características, assim pretendendo encontrar a especificidade da doença. Assim como Lacan quis encontrar a especificidade da psicose, que veremos em estrutura logo em seguida.

De forma que assumida pelo sintoma a sua expectativa é que o responsável pela doença seja o mecanismo de formação do sintoma ou a formação do recalque.

Freud assim, vai em direção da estrutura, mesmo Freud não falando em estruturalismo, formação também criada por Lacan, percebemos que Freud já tratava de estrutura. O mecanismo então seria: “o caracter paranoico está em que para se defender (recalque) de uma fantasia do desejo homossexual reage com um delírio persecutório”. (FREUD, 2010, p. 79).

Freud também traz outros exemplos onde observa vários casos, de homens e mulheres de diversas profissões e raças e percebe que no centro de todos os casos reconhecia-se a defesa contra o desejo homossexual.

Freud retrata a questão do início de sua teorização pelo narcisismo. Que mesmo a escolha heterossexual de objeto o fato não instigue as tendências homossexuais que são presentes na amizade, relações sociais. Podemos perceber neste trecho, parte da sua teorização.

A fim de obter um objeto de amor, primeiramente toma a si mesmo, a seu próprio corpo, como objeto de amor, antes de passar à escolha de uma outra pessoa como objeto. (...) O prosseguimento desse caminho leva à escolha de um objeto com genitais semelhantes; ou seja, através da escolha objetual homossexual, até à heterossexualidade (FREUD, 2010, p. 50).

Após esse momento Freud irá mostrar os tipos clínicos a partir da paranoia que são erotomania, megalomania, delírio de ciúme e o delírio de perseguição. Apresentados a partir da frase: “Eu (um homem) amo ele (um homem) o desejo da base da paranoia.” É contra essa ideia que o paranoico se defende e com isso teremos a primeira forma de defesa.

Mudando o verbo, percebemos o delírio de perseguição, o mecanismo de defesa é a projeção. A frase eu o odeio se transforma em ele me odeia me persegue, o que justifica que eu o odeie, mas eu não posso odiá-lo, então, ele que me odeia, isso é o delírio como proteção de eu amo ele. Na erotomania percebemos a mudança de objeto, “eu amo a ela, (mas por projeção) não, ela quem me ama, por isso eu a amo.” Na erotomania o sujeito se sente amado mesmo que em tese, ele é quem ama. Então percebemos no delírio de ciúme que quem irá inverter é o sujeito e Freud fala das variações do delírio do homem e da mulher, no homem é a questão do ciúme do alcoólatra, “não sou eu que amo o homem, é ela a minha mulher quem ama ele”. Desconfiando da mulher com todos os homens, mas que na verdade, ele quem ama. Na mulher a frase fica, “não sou eu que amo as mulheres, ele quem as

ama.” Na megalomania a frase é “eu não amo absolutamente ninguém, pondo sua libido, eu amo apenas a mim.” É a forma de defesa para “eu homem, amo ele um homem.” (FREUD, 2010, p. 85).

Diante dessas observações, Freud (2010, p. 87) esclarece o seguinte:

(...) É lícito supormos que o delírio de grandeza é, em todo caso, infantil, e que na sua evolução posterior é sacrificado à sociedade, assim como nenhuma outra influência o reprime de maneira tão intensa como uma paixão que se apodera fortemente do indivíduo. Pois onde o amor desperta morre o Eu, o sombrio déspota.

Freud irá abordar a questão do retorno de recaiado, onde o recalque fracassa. E o que acontece com Schreber e toda sua construção delirante, é que o mundo fora não mudou, mas nele, o mundo ruiu e o mundo agora que ele habita é um mundo construído por ele para que ele possa viver, onde ele se torna a mulher de Deus que viria dar origem a uma nova realidade.

Percebemos com o texto de Freud que toda sintomatologia é uma defesa e a formação delirante, é tentativa de reconstrução e cura do sujeito. Logo em seguida abordarei acerca da estrutura psicótica e seus tipos clínicos.

4.1 ESTRUTURA PSICÓTICA

Neste tópico relatarei brevemente acerca da estrutura psicótica de um sujeito, articulando com o caso Big Apple.

A constituição do sujeito psicótico em psicanálise advém de uma alienação onde a criança se coloca como objeto para a mãe. O sintoma da criança se situa de forma a corresponder ao que há de sintomático na estrutura familiar. Neste sentido, o sintoma da criança encontra-se diretamente relacionada a subjetividade da mãe, e esta representa para a criança como correlativo de fantasma por não permitir que a criança se desprenda dela e possa fazer a separação (LACAN, 1998a).

Desta forma a criança nasce por ação da linguagem. Esta linguagem é permeada de simbólico ao desejo da mãe de permanecê-lo objeto ou deixá-lo que se constitua como sujeito.

Se a criança se encontra alienada ao desejo materno, sujeita a um significante que a refere a não ser, já que no seu inconsciente o sujeito fica petrificado quando escolhe o sentido dado pelo Outro (mãe). A criança quer ser tudo

para a mãe e ser para ela o seu falo e preencher a falta do materno com a sua própria falta. Assim a mãe não permite que a criança se separe dela e consiga se diferenciar no seu imaginário (BRAUER, 2003).

O sujeito irá se defender da alienação materna por meio de uma estruturação neurótica ou psicótica. Esta defesa se concede na medida em que se constitua como sujeito (barrado pela castração, como na neurose, ou não, na psicose), para não ficar na demanda imaginária do Outro (CALLIGARIS, 1989).

O diagnóstico estrutural na clínica psicanalítica se estabelece na transferência no momento da análise. O psicanalista aposta numa estrutura psicótica mesmo na ausência de qualquer crise ou manifestações psicóticas (CALLIGARIS, 1989).

Diferente da neurose o psicótico não passa pela referência a um sujeito suposto saber; sem amarragem central paterna e não se dispõe da referência paterna, já que não simboliza o que caracteriza uma metáfora impossível (CALLIGARIS, 1989).

Nome-do-pai um conceito importante na clínica das psicoses, cunhado por Jacques Lacan, onde opera como metáfora e representará uma instância simbólica para o sujeito, em que sua função será de interditar o desejo da mãe em relação ao seu filho. Assim quando este processo de metaforização não realiza-se, a ausência do nome-do-pai, inscrita no significante, abre no significado um buraco, um furo, que irá tomar o lugar da significação fálica. Retornando no Real o que não entrou no simbólico (RAMIREZ, 2004).

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

No desencadeamento da crise psicótica existirá algo da ordem da injunção que referir-se a uma amarragem central, paterna. Não havendo está amarragem, pois não foi possível simbolizar, haverá assim um desencadeamento da crise psicótica, como a psiquiatria descreveu a partir dos fenômenos da ordem das alucinações auditiva, delírio, alucinações cenestésicas, entre outros. (CALLIGARIS, 1989).

Com o Nome-do-pai, como inscrição da lei, possibilitará que a criança se situe na norma fálica, onde insere o sujeito na linguagem. A estruturação neurótica

ou psicótica será uma estruturação de defesa para o sujeito. O delírio é o trabalho de constituir uma metáfora paterna, lidando com uma função paterna não simbolizada, mas sim no real. O delírio é organizador para o sujeito psicótico. (CALLIGARIS, 1989).

A paciente Big Apple relata acerca de uma alucinação auditiva que sofreu em casa.

Eu escutava a voz de um homem dizendo, me perdoa me perdoa, me perdoa. Eu nunca tive medo e nunca apareceu nada não, se aparecer eu não vou ter medo, mas peço a Deus que não apareça. Eu fico pensando, isso é fruto da minha imaginação. Passei uma noite sem dormir, aí essas coisas afetam o psicológico da gente. Teve um dia que eu disse que iria embora, para a irmã do meu esposo senão eu iria ficar é doida. Aí fui embora.

Pergunto se ela continua escutando as vozes e ela relata “Não ouço mais as vozes depois que estou no hospital, eu só ouvia lá na casa, onde a gente morava”. Neste momento ela me questiona se eu conto essas coisas para a médica, e me refiro falar apenas o que eu acredito ser relevante. Ela justifica o porquê me fez essa pergunta, pois não soube explicar para a médica a respeito das vozes. “Porque a médica disse assim: Big Apple o que é que você tem? Eu disse que não sei o que eu tenho. Eu disse que vim para cá sem querer vir e eu lá sabia o que eu tinha? Aí minha mãe disse: não Apple, a médica quer saber seus sintomas, para ela identificar sua doença. Aí eu disse: “ah tá.” Podemos perceber na fala de Big Apple que por falta de um Nome-do-pai inserido no seu simbólico, não há metáfora, fazendo com que ela leve ao pé da letra o que é dito pela médica. O lugar de detentores do saber que a ciência ocupa. A função do analista na condução de uma escuta de sujeitos psicóticos, é de secretariar, se colocando como sujeito, barrado pela castração, partindo do não saber, para que o sujeito psicótico construa o seu próprio saber.

Isto foi possível a partir da posição ética da psicanálise, onde a clínica é realizada no um a um, tratando cada caso como se fosse o primeiro, sem um saber pré-constituído em oposição ao discurso psiquiátrico que visa principalmente os sintomas e fenômenos do sujeito.

5 A CLÍNICA PSICANALÍTICA NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Após relatar acerca dos lugares que a loucura ocupou na história e da inserção da psicanálise em Saúde Mental articulando estes saberes com a psicose no discurso analítico e a estruturação psicótica, será abordado alguns aspectos importantes acerca da clínica psicanalítica no hospital psiquiátrico.

Marcelo Veras, no seu livro *A loucura entre nós*, traz uma reflexão pertinente acerca dos muros que são construídos nos hospitais psiquiátricos, que parecem mais uma grande prisão. Segundo sua percepção, a presença dos muros e grades que, valendo-se da autoridade do mestre, acabam isolando a loucura e promovendo uma separação radical entre razão e desrazão, ou entre o normal e o patológico. Observa-se ainda a localização do objeto a, que emerge o errático como irrupções anômalas entre muros institucionais, mas que sempre é rechaçado no âmago da equipe, diante do desconforto e da angústia que introduz.

Para pensarmos acerca da segregação e os muros, trago a fala da paciente Big Apple. “Tô melhor graças a Deus, depois que eu vim pra cá. No outro não estava muito bem não (refere-se a enfermaria). Lá é a sensação que você está internada mesmo e aqui a sensação é de como se você estivesse em um colégio interno, já lá é como se estivesse em um manicômio mesmo. Lá não tem a luz do dia. Não é um local arejado, tudo mais fechado.”

Nestas condições é possível manter um diálogo possível com a loucura? O trabalho do analista nessas instituições é de resgatar a subjetividade dos sujeitos a partir da clínica psicanalítica que não oferece respostas aos problemas em grandes proporções, sem roteiros, tão comuns à Saúde Mental. O saber não está com o analista, e sim com o sujeito que é operador do seu próprio tratamento, dando vez e voz à clínica do sujeito.

A escuta psicanalítica em um hospital psiquiátrico implica em uma aposta ética, considerando que o sujeito em sofrimento psíquico grave é capaz de falar sobre si mesmo.

Um trabalho possível com o delírio é pela via da trivialização, que pode ser usada principalmente em momentos críticos da demanda psicótica, onde o analista iniciará conversas sobre assuntos diversos e comuns da vida do sujeito. Podemos

perceber que a partir destas intervenções triviais o delírio perde a força. Monteiro e Queiroz (2006).

Este aspecto traz à tona uma lembrança do estágio onde atendi uma paciente que estava sofrendo de um delírio de perseguição, ela acreditava que todos os traficantes estavam a sua procura, não importava para onde ela fosse ou com quem estivesse, ela se sentia ameaçada por eles. Em sua fala era notável sua angústia e eu propus que me contasse o que ela gostava de fazer no seu dia-a-dia. A paciente parou um pouco, como se quisesse lembrar de algo, e relatou que adorava meditar, que era um momento onde ela conseguia relaxar. Após esta intervenção, percebi que a paciente se sentiu mais aliviada, concluindo que iria buscar meditar no hospital “para se desconectar.”

Outra intervenção possível é através da arte, e durante o meu estágio, acompanhei as pacientes nas terapias ocupacionais, onde elas participavam de oficinas de artes, momento da beleza e danças. Procurei acompanhar as pacientes e ficar atenta à singularidade de cada uma e ao modo de expressão, e pude perceber que tinha efeito apaziguador e que promovia produção de subjetividade.

Foi possível participar de algumas reuniões com a equipe multidisciplinar acerca dos casos clínicos, onde todos os profissionais eram ouvidos para alcançar uma melhor intervenção de tratamento para o paciente. Percebi uma dificuldade nas matrizes de atenção à Saúde Mental em escutar os pacientes, as vezes com desinteresse pelas suas histórias, visando apenas o sintoma.

Viganò (2010) retrata a importância da construção do caso clínico no meio interdisciplinar e diz que o paciente tem algo a ensinar, mediante a escuta de suas particularidades, evidenciadas em sua fala, atos falhos, recaídas, ausência.

Um exemplo disto, eu pude presenciar no meu momento de estágio. Tinha acabado de chegar no hospital para começar mais um dia de atendimento, quando encontrei uma paciente com o rosto aranhado e a equipe aflita, pois uma paciente havia agredido outra. Correria por todos os lados com o discurso, “precisamos conter a paciente que agrediu.” A paciente já se encontrava estável, sentada, fumando seu cigarro, quando teve a surpresa de ser puxada pelo braço para se deitar na cama e ser amarrada. Foi uma grande gritaria e alvoroço. A paciente contida não aceitou a intervenção. E a paciente que teve seu rosto arranhado, ao perceber a angústia da paciente amarrada, não pensou duas vezes de ir até o posto, onde ficam os técnicos

de enfermagem e enfermeiros, e pediu até pelo amor de Deus, que soltasse a paciente. “Eu já perdoei ela, soltem ela, ela está sofrendo.”

É importante compreender que o sujeito psicótico tem um funcionamento específico e mesmo em sofrimento psíquico grave, ele irá perceber os impasses no processo de cuidar do outro, e é extremamente importante escutarmos o que os próprios usuários relatam dos serviços oferecidos no âmbito da Saúde Mental e repensarmos as práticas a partir da reforma psiquiátrica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A começar com a história da institucionalização da loucura e o lugar que ela ocupa na sociedade historicamente e contemporaneamente, percebemos que ainda há um grande caminho a percorrer no trabalho com a loucura e com a reforma psiquiátrica, precisa avançar mais em direção de um serviço cada vez mais humanizado. Ainda se observa muitas instituições tratando o louco de forma segregada e considerando-o com alguém que vive à margem da sociedade, sem oportunidades de tratamentos adequados à sua real necessidade psíquica.

A partir disto são diversas as possibilidades e contribuição da Psicanálise no campo da saúde mental, uma vez que a mesma trata o louco como sujeito de subjetividades. Em todos os atendimentos realizados durante o estágio supervisionado, buscou-se secretariar o discurso do alienado, termo proposto por Lacan, para discorrer acerca de uma escuta que permite o sujeito falar sua história por meio do seu delírio, alucinação ou perseguição, aceitando o que o paciente diz, sem fazer pré-julgamentos ou visando apenas os seus sintomas.

Tendo em vista, as intervenções clínicas a partir da clínica do sujeito e da ética da psicanálise, proporcionando aos pacientes o lugar de subjetividade e a promoção e saúde no espaço psiquiátrico, este trabalho procura tecer uma reflexão acerca desta temática, na busca pelo resgate do lugar ao sujeito que se encontra em condições nas quais o atendimento é a única forma possível de acolhimento.

Em tantos outros atendimentos durante o estágio no Hospital Colônia Dr. João Machado, as quais chamarei, ballet, cortes pelo corpo, missionária, etc., que não foram relatados concisamente neste trabalho, mas que convocaram uma formação ética orientada à luz da psicanálise.

Por fim, com base neste trabalho e prática no estágio profissionalizante em um hospital psiquiátrico, foi possível perceber o quanto a clínica da psicanálise tem a contribuir no contexto da Saúde Mental, uma vez, que implica em uma escuta que legitima o dizer do sujeito, enxergando-o como uma pessoa digna de voz e vez, capaz de relatar sobre si mesmo.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ASSAD, Margaria Maria Elia et al. **A clínica da psicose**: uma articulação necessária entre a extensão universitária. 2002. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/lcbeu_anais/anais/saude/psicose.pdf> Acesso em 12 out. 2017.

BEZERRA JÚNIOR. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. In: GUIMARÃES, TAVARES. **Saúde e sociedade no Brasil anos 80**. Rio de Janeiro: BelumeDumará, 1994.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <[www.http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacao/relatorio15_anos_caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacao/relatorio15_anos_caracas.pdf)> Acesso em: 23 jul. 2017.

BRAUER, Jussara Falek. **Ensaio sobre a clínica dos distúrbios graves na infância**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CALLIGARIS, Contardo. **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

CIACCIA, Antônio Di. **Da fundação de Um à prática feita por muitos**. Curinga Psicanálise e saúde mental, Escola Brasileira de Psicanálise, Minas Gerais, n. 13, p. 60-65, 1999.

DALLA VECCHIA, Marcelo; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. *Estud. psicol. (Natal)* [online]. 2006, vol.11, n.2, pp.159-168. ISSN 1678-4669. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n2/a05v11n2.pdf>> Acesso em: 02jun. 2010.

ENGEL, M. G. **Os delírios da razão**: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

FERREIRA, Cristina Miranda Ramos. **Construção do caso clínico**: o saber do paciente como forma de subversão da lógica institucional. Monografia (Especialização em Saúde Mental/Clínica). Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, 2001.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. Trad. José Teixeira Coelho Neto. 9.ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de. A história da psiquiatria não contada por Foucault. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, jan./abr. 2004, p. 75-91. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n1/04.pdf>> Acesso em: 12 jun. 2017.

FREUD, Sigmund. **Conferências Introdutórias sobre Psicanálises**: Teoria Geral das Neuroses. Parte III(1917 [1916-1917]). Vol. XVI. Disponível em: <<http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-16-1915-1916.pdf>> Acesso em: 15 out. 2017.

_____. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia “o caso Schreder”**: Artigos sobre técnicas e outros textos (1911-1913). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

GAMA, Jairo Roberto de Almeida. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.22, n.4, 2012. p. 1397-1417. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a08v22n4.pdf>> Acesso em: 12 jun. 2017.

GOIDANICH, Márcia. **Saúde mental na rede pública**: possibilidade de inserção psicanalítica? *Psicologia, ciência e profissão*. vol.21, n.4, 2001, p. 26-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400004> Acesso em: 20 out. 2017.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 2001, mar. Vol.9, n.2, p. 48-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200007> Acesso em: 15 jun. 2017.

LACAN, Jacques. **Duas notas sobre a criança**: opção lacaniana. São Paulo: Eólia, 1998a.

_____. **Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano**. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b. (Trabalho original publicado em 1960).

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

MEYER, S. K. **Community practice in occupational therapy**: a guide to serving the community. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2010.

MONTEIRO, Cleide Pereira; QUEIROZ, Edilene Freire de. A clínica psicanalítica das psicoses em instituições de saúde mental. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 109-121, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v18n1/v18n1a09.pdf>> Acesso em: 25 nov. 2017.

MOURA NETO, F. D. M. Bases para uma reforma psiquiátrica. In: MARSIGLIA R. et al. **Saúde mental e cidadania**. São Paulo: Mandacarú, 1987. p. 57-65

PASSOS, Izabel C. Friche. Razão e loucura: a querela entre Foucault e Derrida. In: _____.; BELO, Fábio (Orgs.). **Na companhia de Foucault: 20 anos de ausência**. Belo Horizonte: Fale/UFMG, 2004. p. 29-45.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos de loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

RAMIREZ, Heloísa Helena Aragão e. Sobre a metáfora paterna e a forclusão do nome-do-pai: uma introdução. *Mental*. Ano II, n.3, Barbacena, nov. 2004, p. 89-105. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v2n3/v2n3a08.pdf>> Acesso em: 23 set. 2017.

RINALDI, D. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: ALBERT, S.; FIGUEIREDO, A. C. (orgs.). **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 141-147.

SEIXAS, André Augusto Anderson et al. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. *Rev. Psiquiatr. RS*. 2006. n.31, v.1, p.82. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a15.pdf>> Acesso em: 25 jul. 2017.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. O nascimento da Psiquiatria no Brasil. **Anais do I Congresso de saúde mental do estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: TeCorá: Instituto Franco Basaglia, 1997. p. 310-319.

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

_____. Psicanálise e reforma psiquiátrica: um trabalho necessário. In: FIGUEIREDO, A. C. (Ed.). **Psicanálise, pesquisa e clínica**. Rio de Janeiro: Cuca, 2001b.

VASCONCELOS, Eduardo. **Do hospício à comunidade**. Belo Horizonte: SEGRAC, 1992.

VECHI, Luís Gustavo. Latrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. *Estudos de Psicologia*, v.9, n.3, set./dez. 2004, p. 489-495. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a11v09n3.pdf>> Acesso em: 13 jun. 2017.

VERAS, Marcelo. **A loucura entre nós: uma experiência lacaniana no país da saúde mental**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2014.

VIGANÒ, Carlo. (2010). A construção do caso clínico. *Opção Lacaniana online Nova Série*. Ano 1, n.1, março 2010. Disponível em:

<http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_1/a_construcao_do_caso_clinico.pdf> Acesso em: 31 out. 2017.