



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

Marina Maluf Munis

Orientador: Doutor Bruno Ferrari Emerich

**Escutando a loucura em uma enfermaria psiquiátrica: diferenças entre o
tratamento pela psicanálise e pela psiquiatria**

Campinas

2023

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	2
OBJETIVOS.....	8
MÉTODO E METODOLOGIA.....	9
CAPÍTULO 1 - PSICANÁLISE E PSIQUIATRIA.....	10
CAPÍTULO 2 - O MORTO QUE FALA.....	20
CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS.....	34

INTRODUÇÃO

Quais as diferentes maneiras de cuidar de sujeitos psicóticos e quais efeitos essas intervenções produzem? É por essa pergunta norteadora que esse trabalho caminha. Guiado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e pelo modo psicanalítico de se escutar, ele pretende analisar as diferenças entre o olhar da psiquiatria e da psicanálise ao diagnóstico e tratamento de usuários da rede de saúde mental internados em uma Enfermaria Psiquiátrica de um Hospital Geral. Para tal, entrelaçamos a descrição de um caso clínico atendido nesse espaço com as teorias cunhadas por Freud e Lacan, assim como os cortes, no sentido de diferenciação, que elas produzem na abordagem psiquiátrica. Abordamos inicialmente o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e apresentaremos brevemente a leitura e a proposta de tratamento realizadas pela psiquiatria e pela psicanálise.

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira tem suas especificidades, porém não deixa de estar inserido em um contexto mais amplo, das reformas psiquiátricas diversas que ocorrem globalmente no período pós-guerra. De maneiras distintas, todos esses processos preservam críticas ao modelo asilar de cuidado dos loucos ao saber psiquiátrico e operam, a partir disso, formas diferentes de reformarem tal modelo, questionando seus papéis e natureza. O Brasil, não apenas foi afetado por tais movimentações mundiais, como também foi palco de uma importante Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

Segundo Pitta (2011), não há consenso sobre atores, lugar e tempo em que a Reforma Psiquiátrica Brasileira é desencadeada. Porém, a década de 1970 é um marco de movimentos sociais diversos no país, derivados de um contexto de redemocratização e de efervescência política. Destacam-se, nessa conjuntura, o movimento da Reforma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica, que conta com a participação ampliada dos setores sociais: usuários, trabalhadores, familiares, gestores, etc. Outros movimentos diversos surgem, denunciando os maus tratos sofridos pelos usuários de manicômios brasileiros e as violências e negligências decorrentes do uso da psiquiatria como instrumento de controle social (AMARANTE, 1995).

A partir disso, modelos de cuidado alternativos ao asilar, preponderante e em expansão até então, passam a ser buscados. Além disso, nesse mesmo período, há

encontros diversos entre trabalhadores da saúde mental, cenário que dá início à defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos. A assistência psiquiátrica no Brasil começa a ser revista, colocando em voga a ideia de que o modelo assistencial da época seria, além de ineficiente, cronificador e estigmatizante (AMARANTE, 1995; PITTA, 2011). Tais encontros, eventos e congressos diversos, seguem na década de 80, que é marcada pela ideia da desinstitucionalização. Em seus primeiros anos, há incorporação ao Estado do movimento tanto da Reforma Psiquiátrica como da Reforma Sanitária.

Assim, no campo mais amplo da saúde, ocorre em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com grande participação social, que, adotando a reforma sanitária, pauta a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Os encontros seguem e o lema “por uma sociedade sem manicômios” é cunhado. A década de 80 é um período marcado por novas experiências no campo da saúde mental, todas fundadas na aposta do projeto de desinstitucionalização e nas ideias de clínica ampliada, território e inclusão social. O Movimento da Luta Antimanicomial se organiza, defendendo a rede de atenção em saúde mental como substitutiva ao hospital psiquiátrico (PITTA, 2011). Já a década de 90 é marcada pela solidificação da união entre o movimento da reforma e os movimentos sociais, pela inauguração de diversos serviços de atenção diária e por portarias essenciais, que garantem a redução do modelo asilar de tratamento. Além disso, é instituído o Sistema Único de Saúde, do qual a rede de atenção à saúde mental faz parte (BRASIL, 2005; PITTA, 2011).

Em 2001 é promulgada a Lei 10.216, que unifica os processos normativos que as portarias vinham desenhando, pauta os direitos das pessoas com transtornos mentais, descreve a substituição progressiva dos manicômios, assim como a implementação da rede de atenção psicossocial, que vem sendo construída e expandida desde então. Concretiza-se, com isso, a passagem de um modelo centrado no hospital para um modelo comunitário, com a progressiva redução dos leitos psiquiátricos no Brasil (BRASIL, 2005; PITTA, 2011). Fazendo uma análise da década após a Lei 10.216, Pitta (2011) conclui que muitos avanços se efetivaram em termos de legislação, prescrições e diretrizes, mas acredita que havia um esvaziamento de ações que concretizem o que descrevem tais documentos.

Ressaltamos, entretanto, brevemente o que autores como Cruz, Gonçalves & Delgado (2020) apontam sobre os anos da reforma após 2016. Nomeiam uma

“crise” (p. 2) no campo da atenção psicossocial no Brasil, que se dá sem precedentes. Entre 2016 e 2019 diversos documentos normativos da política de saúde mental foram editados, incentivando a internação psiquiátrica e propondo mudanças que são lidas pelos autores como retrocessos. Houve também, desde 2014, redução do incremento anual nos CAPS. Concluem, assim, que nesse período há um desmonte da rede de atenção psicossocial (CRUZ; GONÇALVES & DELGADO, 2020).

Colocados esses pontos sobre a cronologia da Reforma Psiquiátrica Brasileira, retomemos uma das normativas articulada em 2011, para que possamos nos aproximar do tema das internações psiquiátricas em hospitais gerais - local em que foi analisado o caso estudado nesse trabalho. A portaria nº 3.088 de dezembro de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), organizando, por meio da legislação, os serviços já existentes. Guiada por diretrizes, a portaria descreve os pontos de atenção que formam a RAPS, pautando no Art. 5, a enfermaria especializada em Hospital Geral. Preconiza que o cuidado oferecido nesses espaços “deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.” (BRASIL, 2011). Também destaca a composição multidisciplinar e o funcionamento interdisciplinar que devem ocorrer na enfermaria. Portanto, as enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais fazem parte da composição da RAPS, seguindo os parâmetros aqui designados. Nos aprofundemos nas questões que envolvem esse dispositivo.

Sobre os leitos de saúde mental em hospitais gerais, Dias, Ferigato & Silva (2019), definem como “desafio” (p. 274) sua expansão na RAPS, se consideradas as necessidades do país. Enumeram, ainda, alguns motivos que corroboram para tal dificuldade, incluindo neles o estigma sobre os pacientes psiquiátricos, que gera resistência nos gestores hospitalares quanto à instalação de enfermarias de saúde mental. Marcam também que há diferentes modelos que norteiam os leitos de saúde mental em hospitais gerais. Se considerado o modelo pautado pela Reforma Psiquiátrica, já discutido aqui, tais leitos devem estar em articulação com a rede dos serviços de saúde mental e reservados para manifestações psiquiátricas associadas a transtornos e quadros orgânicos ou mais agudos. Constituem-se, assim, recurso de exceção, cabendo aos Caps III o acolhimento integral às crises.

No relato de caso apresentado por Dias, Ferigato & Silva (2019), os autores descrevem o funcionamento da Enfermaria de Saúde Mental do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi em 2014, ressaltando a composição multiprofissional da equipe e a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares dos pacientes, realizados em consonância com os serviços territoriais. Além disso, relatam que nesse contexto de trabalho, toda a equipe, não apenas os médicos, tinham poder de decisão sobre a internação, permanência e alta no hospital. Dessa forma, foi instaurado um modelo de cuidado oposto ao modelo médico hegemônico, tão característico dos ambientes hospitalares. Ressaltamos esses aspectos, pois eles serão relevantes quando descrevermos o funcionamento da enfermaria em que realizamos o estudo de caso apresentado nesse trabalho. Além disso, destacar a multiprofissionalidade apresentada no capítulo de Dias, Ferigato & Silva (2019) nos permite argumentar que, para além do médico psiquiatra, outros profissionais, como psicólogas e psicanalistas, podem ter um lugar importante nas enfermarias.

As enfermarias psiquiátricas em hospitais têm um papel importante para o acolhimento e cuidado dos usuários em saúde mental. Quando a rede pode contar com esse dispositivo para, além de cuidar, articular a continuidade com a rede extra-hospitalar, ela se fortalece e amplia no sentido de possibilidades de acesso (DIAS; FERIGATO; SILVA, 2019). Por fim, as enfermarias são espaços importantes para serem acessados quando a tecnologia dos CAPS for insuficiente à demanda daquele usuário. Para os autores, as enfermarias podem funcionar de maneira eficiente para o cuidado da crise em saúde mental, e é geralmente nesse momento, quando as equipes de saúde consideram que está o usuário em crise, em que os leitos em hospitais gerais devem se encontrar com a rede de atenção comunitária. Novamente, com isso é reforçada a ideia de que as enfermarias possuem um lugar importante na atenção à crise que, como veremos nesse trabalho, pode ser abordada por diferentes profissionais e óticas de saberes.

Assim, as internações têm função dentro do movimento da Reforma Psiquiátrica: fornecer temporariamente um ambiente protegido, com instrumentalização, que possa dar suporte e tratamento para sujeitos que estejam desorganizados mentalmente; pela internação, se possibilita uma reorganização e um retorno ao convívio social (BOTEGA; DALGALARRONDO, 1993). Entretanto, a enfermaria psiquiátrica no hospital geral condiz com o modelo hospitalar que, dentre outras características, se apoia em uma verticalização. No caso de tais

enfermarias, o discurso médico é o dominante. A partir dele, a subjetividade é excluída para que os sinais e sintomas que um paciente apresenta sejam decifrados para desembocarem em um diagnóstico (MORETTO, 2019).

Segundo a autora, o modelo predominante nos tempos atuais em relação à psiquiatria é aquele voltado para a etiologia orgânica que, então, apoiando-se em manuais de classificação, não se volta para o sujeito, mas sim para os psicofármacos - principal fonte de tratamento para essa psiquiatria. Sobre isso, e propostas de clínicas que estejam mais atentas à dimensão subjetiva na doença mental, Moretto (2019) menciona a psicanálise como disciplina de importante contribuição, especialmente ao tratamento possível da psicose. Assim, abordamos dois modelos no cuidado à loucura e em saúde mental, que carregam diferenças: a psiquiatria e a psicanálise. Segundo Figueiredo & Tenório (2002), eles não são necessariamente opostos, mas a psicanálise introduz cortes significativos no campo diverso da psiquiatria.

Dentre suas distinções, ressaltamos a já apontada diferença entre uma clínica voltada aos manuais e outra voltada ao sujeito. Vale ressaltar também que as terapêuticas na psiquiatria clássica se voltam à estabilização e controle dos sintomas (FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002). Corroborando com essa ideia, Rocha & Fernandes (2004) também apostam na intervenção possível da psicanálise no campo da psiquiatria: deslocar esta da “destinação que lhe parece estar cada vez mais reservada” (p. 49), ou seja, a redução da loucura a funções cerebrais, o que exclui a linguagem e a posição do sujeito como seus determinantes. Para eles, os médicos e os psiquiatras tendem a se afastar da subjetividade de seus pacientes cada vez mais, por isso a psicanálise teria importante lugar no diálogo com a psiquiatria.

Historicamente, a psiquiatria e o discurso médico corroboraram com as estruturas asilares de cuidado, que alcançaram seu ápice entre 1960 e 1970. Nesse mesmo período, são divulgados textos e trabalhos críticos quanto à história da psiquiatria, lançando luz sobre o uso do poder que essa disciplina fazia, assim como a segregação que impunha em nome de uma garantia à funcionalidade. A psiquiatria clássica e sua orientação classificatória se estabelecem entre o século XVIII e XIX, quando essa disciplina passa a ser organizada como a “ciência das condutas anormais” (LIMA, et al, 2010, p. 52), localizada ao lado da biologia, que ascende ao *status* de ciência. Essa psiquiatria sofreu críticas por focar no

diagnóstico, parte sendo da antipsiquiatria, que reivindicou por seu enfraquecimento, argumentando a favor dos direitos sociais dos loucos e contra rótulos intimamente ligados a um processo de exclusão social. Há, a partir disso, uma “politização da psiquiatria” (ROCHA; FERNANDES, 2004, p. 47) e, paralelamente, o desenvolvimento da psiquiatria médica, mais ligada aos manuais de diagnóstico.

Além dos manuais, desde os anos 1950 os psicotrópicos são expandidos em um processo de ancoragem ao positivismo, por parte da psiquiatria. Instaura-se uma tecnologia da medicação, paralela à expansão do modelo biológico: os comportamentos passam a ser vistos pela ótica da regulação bioquímica e o fundamento psicodinâmico da clínica é colocado em cheque (LIMA, et al, 2010). Assim, os manuais e o tratamento medicamentoso passam a orientar a psiquiatria, em consonância com esse modelo positivista e biológico das doenças mentais e seu tratamento.

O DSM, manual hegemônico na atual psiquiatria segundo Dunker & Neto (2011), se impõe como paradigmático das diferenças entre psiquiatria e psicanálise pelas mudanças ocorridas em suas versões. O DSM-III (1987) conta com o desaparecimento de categorias atreladas à teoria psicanalítica anteriormente presentes. Também propõe uma limitação da compreensão de fatores sociais na expressão e determinação dos transtornos mentais. Rompendo com ambos, o discurso psicanalítico e o social, as versões do DSM após 1987 o deslocam para o campo das ciências biológicas, sem, entretanto, assumir que carrega implicações filosóficas e epistemológicas. Com esse breve histórico, podemos nos aproximar das divergências e disputas que há no campo da saúde mental entre a psicanálise e a psiquiatria.

Assim, brevemente descrevendo um caminho terapêutico possível e alternativo à psiquiatria biologista, se ela se apoia nos pontos já descritos aqui, a psicanálise, por outro lado, se pauta no determinismo do inconsciente e em um modelo que ultrapasa o bioquímico e a prescrição medicamentosa como tratamento. Dentro do escopo da psicanálise, a teoria de Lacan aponta para a linguagem e sua incidência sobre a pulsão para pensar a constituição da subjetividade. O que passa a ser valorizado, via essa teoria, é o simbólico e o significante, que determinam o sujeito. É a partir disso que são pensados o tratamento e uma hipótese diagnóstica, apoiada em categorias diferentes dos manuais psiquiátricos (LIMA, et al, 2010).

Colocados esses pontos sobre a Reforma Psiquiátrica, o lugar das enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais na RAPS e as diferenças das abordagens psiquiátricas e psicanalíticas, temos um ponto de partida para o nosso trabalho. A seguir, serão apresentados os objetivos, assim como o método e a metodologia. Os capítulos posteriores são divididos entre um primeiro, dedicado a se debruçar com mais profundidade nas distinções entre psicanálise e psiquiatria, assim como à especificidade da psicanálise, e um segundo, no qual apresentamos o relato de um caso vivenciado na enfermaria. Ele também aborda uma discussão sobre a importância da escuta, para além da classificação diagnóstica, em ambientes como este. Por fim, há uma breve conclusão. Pretendemos, dessa forma, defender e reforçar a importância das equipes multiprofissionais e de uma escuta ampliada, que excede o modo biologicista psiquiátrico de enxergar um usuário, nos pontos da RAPS, em especial nas enfermarias, que são destinadas a casos tão graves e agudos.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Aprofundar-se nas particularidades da escuta psicanalítica das psicoses a partir de um estudo de caso internado em uma enfermaria de psiquiatria em hospital geral e traçar diferenças entre os modelos de tratamento da psiquiatria e da psicanálise;

Objetivos específicos:

- Abordar qual o lugar da escuta psicanalítica em uma enfermaria psiquiátrica e quais outras compreensões sobre o caso ela produz;
- Abordar uma definição ampliada de crise, para além do viés negativo e de algo que deve ser silenciado;
- Compreender como a fala do sujeito psicótico, quando valorizada, permite a expansão dos cuidados a ele destinados.

MÉTODO E METODOLOGIA

Esse trabalho é de natureza qualitativa e construído a partir de um relato de caso. Foi elaborado via a experiência ocorrida em meu segundo ano como psicóloga Residente Multiprofissional em Saúde Mental, no qual atuei em uma Enfermaria Psiquiátrica de um Hospital Geral Universitário de grande porte e alta complexidade, integralmente ligado ao Sistema Único de Saúde, em uma cidade de grande porte.

A enfermaria é mista e conta com quatorze leitos de internação. Atende a um público de diferentes faixas etárias, desde crianças até idosos, e diagnósticos diversos, sendo caracterizada como uma enfermaria para quadros agudos. A equipe é composta por profissionais de enfermagem, cinco docentes psiquiatras, oito residentes médicos em psiquiatria, três residentes multiprofissionais em Saúde Mental, assim como profissionais voluntários de áreas diversas (serviço social, avaliação psicológica, arteterapia).

Nesse contexto, realizei atendimentos em psicoterapia do paciente Daniel durante sua permanência na internação entre 21/05/2023 e 10/07/2023. A descrição do caso e dos atendimentos foi alterada, conforme o mínimo possível e necessário, para manutenção do sigilo do paciente. Além disso, se pautaram no diário de campo e nas evoluções em prontuário realizadas por mim.

Destaco que esse trabalho se apoia na teoria psicanalítica que traz com si um discurso teórico. Porém, Garcia-Roza (1994) ressalta que é apenas ao material clínico que tal discurso faz referência, apesar de apostar que "o fato clínico, por si só, não é suficiente para conferir ao discurso que o atravessa o estatuto de discurso psicanalítico." (p. 13). Inclusive, indica ele, a prática clínica, para ser específica e irreduzível, depende de uma teoria que a orienta e a constitui. Assim, há uma noção de que no campo da psicanálise prática e teoria são indissociáveis (NOGUEIRA, 2004), o que contribui para a construção teórica que aqui faremos sobre o caso, utilizando como arcabouço a psicanálise.

Para a análise teórica, foram buscados textos em bases de dados como Scielo, Google Acadêmico, Pepsic e Academia.edu por palavras-chave tais quais "psiquiatria", "psicanálise" e "enfermaria de psiquiatria", nas possíveis combinações.

CAPÍTULO 1 - PSICANÁLISE E PSIQUIATRIA

Em nossa introdução, abordamos brevemente as diferenças entre a psicanálise e a psiquiatria como disciplinas que se propõem a, por suas bases epistemológicas e metodológicas, realizar certas definições sobre o que é o sujeito e sua doença ou, ainda, seu sofrimento mental. Nesse capítulo, objetivamos dar continuidade e aprofundamento a essa discussão, demarcando as características da psiquiatria e da psicanálise das quais falamos sobre, além de marcar as diferenças entre elas e a particularidade da psicanálise como disciplina orientada pela cura pela fala. Dessa forma, podemos nos aproximar das possibilidades que uma escuta psicanalítica oferece ao cuidado de usuários em crise e internados em uma enfermaria psiquiátrica de hospital geral.

Historicamente, o olhar aos loucos como passíveis de intervenções médicas é recente e decorre do surgimento da psiquiatria moderna. Já anteriormente compreendidos como tomados por possessões demoníacas ou castigados divinamente, com o advento da psiquiatria esses sujeitos passam a ser vistos como doentes (COUTINHO, 2005). Fundada por Philippe Pinel, a psiquiatria moderna se molda ao final do século XVIII. Pinel adotava um sistema terapêutico baseado no isolamento do alienado a um hospício e ao retorno à razão pela repressão e disciplina. Para ele, apenas o médico alienista poderia conduzir tal processo. Sobre isso, e a influência social do modo como a psiquiatria passa a enxergar a loucura, Rocha & Fernandes (2004) fazem uma observação interessante:

O mundo moderno reservou aos médicos, em especial à psiquiatria, a tarefa de recolher não só o discurso sobre a loucura como também a própria produção louca dos loucos. A psiquiatria, nesse sentido, é mediação social, ela é um fórum importante no qual se discute e se decide de uma maneira concreta, sob a égide de certos princípios (não necessariamente e exclusivamente científicos), as noções e os atos que uma sociedade aciona em relação à loucura (p. 48).

Assim, ao final do século XIX, o discurso científico passa a gerenciar a loucura, sustentado pelo discurso médico e pela Psiquiatria que, buscando agarrar-se ao biologicismo, a coloca no lugar de patologia. Essa é uma transição importante, pois associada ao *status* de doença, a loucura passa a ser reduzida a diagnósticos e síndromes baseados em aspectos negativos da estrutura mental (VECHI, 2004). No Brasil, desde o início do século XIX, com o processo de urbanização dos espaços rurais, havia pressões sociais para que aqueles lidos socialmente como desordeiros ou alienados tivessem sua liberdade restringida. Os

locais privilegiados para o recebimento dessas pessoas eram hospitais com condições muito precárias e inicialmente dirigidos pelo âmbito religioso. A partir do início do século XX, os médicos passam a tomar frente dos hospícios dos alienados (Oda & Dalgalarrodo, 2004).

Ressaltamos, com esse breve percurso histórico, que o campo da saúde mental sempre foi permeado por disputas e tensionamentos, que seguiram na segunda metade do século XX. Neste momento, apesar de todos os avanços ocorridos devido à reforma psiquiátrica e a constatação da iatrogenia dos hospitais psiquiátricos à produção de saúde mental, a psiquiatria biológica vai tomando mais força (VECHI, 2004). A partir de 1950, ela passa a se fundamentar na neurofisiologia cerebral, momento que coincide com a expansão tecnológica dos psicotrópicos. Inclusive, conceitos centrais da clínica psicanalítica, como inconsciente e sexualidade, passam a ser colonizados, segundo Lima et al (2010), pelo saber científico e convertidos em categorias quantitativas cercadas pelas nomenclaturas cognitivas. Assim, a clínica psiquiátrica mais aliada ao campo biológico, produto do século XX, conduz o processo de diagnóstico pela via da observação dos sintomas por parte do médico, que os equivale a algum nome redigido nos manuais classificatórios e fornece uma conduta. Deixa o sujeito e suas circunstâncias de fora desse processo (FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002).

Assim, a psiquiatria foi tomando certo caminho: em busca de algo mais médico, dito como científico e biológico, e de uma escalada na hierarquia médica, realizando uma filiação supostamente a-teórica. Foi nesse sentido que a psiquiatria se afastou da psicanálise, pois passou a considerar que esta disciplina influenciou nas duas primeiras versões do DSM por vias de culpabilizar os fatores ambientais, com explicações causais psicológicas ou psicossociais (SOHSTEN; MEDEIROS, 2016). Apesar dessa busca por uma filiação a-teórica, estes autores destacam que o DSM acaba por realizar o oposto, firmando um acordo com a clínica da medicação, intimamente ligada a uma ideia de resposta padrão dos pacientes. Há, na verdade, um embasamento orgânico e biologicista como base do sujeito e ordenador do tratamento, assim como uma afirmação da função cerebral como teoria etiológica única e que guia o manual (CALAZANS; LUSTOZA, 2014; TENÓRIO, 2016). Apenas para marcarmos a diferença, a nosografia psicanalítica, por outro lado, se apoia em grandes estruturas - neurose, psicose e perversão.

Dessa forma, a partir da terceira edição do DSM, de 1980, vai ficando clara a busca da psiquiatria por um caminho das descrições e da renúncia às referências ontológicas (DUNKER; NETO, 2011). Segue a mesma linha a 10ª versão da *Classificação Internacional das Doenças* (CID) que, na introdução do capítulo sobre Transtornos Mentais e de Comportamento, que sofreram uma grande expansão das categorias diagnósticas, defende tal ampliação como vantagem. Por outro lado, para Figueiredo & Tenório (2002) essa tendência à fragmentação é analisada como um “empobrecimento interno à própria lógica psiquiátrica. Empobrecimento que consiste em privilegiar a descrição dos sintomas (...)” (p. 40).

Dessa forma, conforme explicam Sohsten & Medeiros (2016), desde o DSM-III e sua versão seguinte o DSM-IV, o diagnóstico em psiquiatria passa a ser feito por uma descrição e um check-list de manifestações e comportamentos vistos como adoecidos, para que haja uma categorização. Os autores ainda acrescentam, sobre a prática clínica psiquiátrica, que ela parece “se aproximar de uma técnica habilitada a manusear manuais de classificação e emitir um diagnóstico associado a uma metodologia terapêutica, hoje de forte tradição farmacológica.” (p. 61). Portanto, a forma como esse diagnóstico é feito e os pressupostos epistemológicos que se tem sobre o adoecimento, um conjunto de comportamentos, conduzem o tratamento a uma base farmacológica. Nisso, a tendência observada no DSM-IV é a de supressão de sintomas como resultado ideal do tratamento. Assim, operando pelas vias de um empirismo sistemático, a psiquiatria passa a dar primazia à determinação dos neurônios, tomando a subjetividade como uma máquina, em detrimento da determinação da linguagem (ROCHA; FERNANDES, 2004, p. 54).

Não nos esqueçamos, porém, que tratamentos sintomatológicos, quando colocados em primeiro plano, podem deixar relegar a subjetividade dos pacientes (BOTEGA; DALGALARRONDO, 1993). Para Tenório (2016), o campo da saúde mental e da psiquiatria aderiu a um sistema pautado “na estatística, no ajustamento cognitivo e na exclusão da subjetividade.” (p. 956), abandonando uma tradição histórica de debates acerca da psicopatologia. Nesse sentido, destacamos uma das consequências desse modelo para a prática e conduta dos casos. Buscando um aporte na Medicina Baseada em Evidências, a psiquiatria se afasta da prática clínica como aquilo que intermedia o conhecimento e o sujeito em sofrimento, apontando para uma normatização dessas práticas. Se afasta, assim, da tradição psiquiátrica de construir suas classes ao pé do leito do paciente (DUNKER; NETO, 2011;

SOHSTEN; MEDEIROS, 2016). Nos questionamos a partir disso de quais formas é possível escutar os pacientes, seja para diagnosticá-los ou não, considerando que a prática psiquiátrica justamente se afastou desse modo “ao pé do leito” para construção de seus aportes clínicos e teóricos.

É exemplo disso o vivenciado na enfermaria de psiquiatria em que estive, pois as discussões e decisões acerca dos casos geralmente se dão em reuniões supostamente multiprofissionais, em que a história do paciente é coletada por um médico, via relato de um dos familiares. Essa anamnese é repassada na reunião, na qual na maioria das vezes há uma entrevista com o paciente, também realizada por um médico e com duração de poucos minutos. Após esse breve momento, há poucas oportunidades de conversa entre os pacientes e os médicos supervisores, que dão a palavra final sobre a conduta. Os casos, porém, seguem sendo discutidos na reunião, com informações chegando majoritariamente pelos médicos que os acompanham - e que tem apenas duas horas livres por dia na enfermaria para avaliarem seus pacientes. Questionamos: como fica a escuta e valorização do que os pacientes têm a dizer sobre si e seu sofrimento? E mais do que isso, como fica a leitura e avaliação realizada por outros profissionais, não médicos? Observamos, nesse período, uma desvalorização do saber trazido por outros profissionais que, inclusive, eram os que passavam mais tempo com os pacientes. Havia um enfraquecimento da lógica interdisciplinar, que dava lugar à primazia médica.

Assim, o que formulamos até aqui trata do modo de diagnosticar da clínica psiquiátrica, que conduz ao tratamento pelos psicofármacos, com intenção de eliminação dos sintomas lidos como expressão do adoecimento. Não apenas isso, porém é situando-se ao lado da medicina que a psiquiatria dissemina sua autoridade para intervir na loucura e passa a obedecer às exigências da ordem social, que clamam por uma funcionalidade específica (ROCHA; FERNANDES, 2004). Como definem esses autores, o psiquiatra, quando opera no plano de “querer-que-as-coisas-funcionem” (p. 57), pode exercer uma manobra de poder, considerando que esse desejo de funcionalidade muitas vezes é feito a qualquer custo - que geralmente é a restrição do sujeito ou até mesmo sua abolição.

Colocados esses pontos sobre o modo como a psiquiatria opera, diagnostica e trata, passamos para o campo da psicanálise, considerando que essa disciplina também possui um trajeto de busca de compreensão da doença mental e da psicose, iniciado com Freud no contexto de desenvolvimento da Medicina moderna.

Esta se apoiava em buscar tanto a universalidade da doença quanto o que é de singular de cada um, o que a psicanálise faz pela via da escuta, que permite tanto um efeito terapêutico ao sujeito quanto um espaço de pesquisa científica desenvolvido por Freud sobre este campo. O interesse do médico vienense no final do século XIX se volta para o enigma da histeria, que inaugura o nascimento da psicanálise, mas conforme sua metapsicologia é desenvolvida, outros campos surgem como desafios a serem explicados no termos de mecanismos psíquicos, inclusive a psicose (COUTINHO, 2005).

Seguindo a tradição psicanalítica, diversos autores se aprofundam mais nos estudos das psicoses que, para Freud, devido à transferência, tinha o tratamento marcado pelo impossível via psicanálise. Dentre eles, o francês Jacques Lacan que, na abertura de seu *O seminário, livro 3: As psicoses* (1955-56/1988), expõe seu objetivo em trabalhar a questão, em contraposição ao tratamento, das psicoses, justificando que este só foi falado por Freud de maneira alusiva. A história de Lacan na psicanálise foi marcada por seu não recuo diante das psicoses, estrutura que buscou elucidar teoricamente e para a qual ofereceu uma possibilidade de tratamento clínico. Dessa forma, concordamos com Figueiredo & Tenório (2002), quando os autores afirmam que a psicanálise tem pertinência “no campo de práticas destinadas ao tratamento da loucura” (p. 31).

Acreditamos que essa é uma colocação importante e converge com o que apresentamos na introdução desse trabalho, pois o tratamento da loucura já foi delineado como um campo de disputa quanto aos saberes e métodos que pretendem pesquisá-la clinicamente e tratá-la. Da mesma forma, a descrição da enfermaria em que estive como residente também expõe esse tensionamento, considerando o poder médico e o enfraquecimento do lugar de fala do paciente e de outros profissionais. Como veremos, a psicanálise possui um direcionamento ético de cuidado em saúde mental que, em nossa visão, converge com o pleiteado pela reforma psiquiátrica, que é justamente o que defendemos que possa ser realizado em uma enfermaria psiquiátrica de hospital geral e que buscamos fazer durante o período na enfermaria.

Em relação ao modo como a psicanálise realiza o trabalho diagnóstico, sua leitura trata da posição do sujeito no inconsciente. Isso, porém, não decorre de uma ideia prévia, mas depende da transferência e do vínculo ocorrido no encontro clínico com o analista, que é sempre singular. A teoria lacaniana pauta, assim, que o

diagnóstico se constrói na análise exclusivamente pela escuta do analista, que situa a estrutura do sujeito na linguagem (SOHSTEN; MEDEIROS, 2016). Partindo então da noção de escuta como central na maneira psicanalítica de diagnosticar, e em sua nosologia de três estruturas, é possível definirmos a forma de tratar, que também envolve a escuta. Como explica Coutinho (2005), no caso das psicoses, o delírio e a alucinação trazem uma significação para o sujeito, sendo o comportamento do psicótico “passível de interpretação, na procura da origem psíquica, não-biológica, da loucura.” (p. 55). O destaque que a psicanálise laciana dá à linguagem incide em sua proposta estrutural de diagnóstico que, mais do que identificar sintomas em um manual, exige um contato com a especificidade do caso e com a história familiar do sujeito.

Os atos e palavras do louco apontam para sua forma própria de razão e compõem os elementos essenciais para que a psicose seja compreendida e tratada. Essa noção parte da teorização de Freud acerca da ideia de que o delírio seria uma tentativa de cura e sua escuta, além de abrir caminho para compreensão dos mecanismos psíquicos operantes na loucura, possibilitaria saídas para o sofrimento e isolamento intensos do psicótico (FREUD, 1911/2010). Coutinho (2005) fala de investimento narcísico no psicótico, via escuta analítica, assumindo plenamente esse princípio freudiano, e do delírio como uma tentativa de interpretação e reestruturação psíquica da fragmentação que ocorre no sujeito psicótico. Por isso tal autor defende que o delírio não seja abolido completamente, o que ocorre quando os sujeitos são medicados, pois ele é justamente algo que sustenta o sujeito.

Esse ponto é de extrema relevância para contextualizarmos o trabalho psicanalítico e para onde ele se direciona. Tenório (2016) explica que a psiquiatria foi organizando leituras da esquizofrenia e da psicose que resultaram em algumas perdas: de uma unidade das psicoses, a partir dos elementos estruturais; de um rigor clínico que fomentava uma busca, por parte do psiquiatra, pelas singularidades de cada caso; da ideia de psicose como funcionamento subjetivo e não *déficit* de funções psíquicas. Em relação a esse último, o autor destaca que os fenômenos psicóticos de um paciente não devem ser lidos como desordenados, mas sim como uma produção com lógica própria e remetida à singularidade do sujeito, o que fica de fora da leitura psiquiátrica.

Portanto, se, para a psiquiatria, a psicose trata-se de um desvio à norma, para a psicanálise trata-se de uma outra estrutura, que possui um sujeito a ser

escutado. A noção de estrutura, como explica Magalhães (2006), é uma concepção formulada por Lacan que não tem como base a fisiologia, mas sim a linguística: o autor considera que o sujeito é estruturado na linguagem, é um efeito do mundo simbólico que o precede. Para o francês, há uma aproximação entre o funcionamento da linguagem e do inconsciente, o que indica regras estruturais que são comuns aos dois. A partir dessa tese, Lacan propõe que o diagnóstico decorre justamente dessa posição do sujeito na linguagem, pois da inscrição a ela decorre uma modalidade de funcionamento subjetivo (AGUIAR & TOREZAN, 2011; BONI JÚNIOR, 2018). Dessa forma, a ordem simbólica é o que determina o sujeito, promove sua organização e estrutura seu inconsciente.

A inscrição na linguagem se pelo complexo de Édipo, processo de constituição subjetiva e operação a partir da qual a castração e o simbólico são inscritos no sujeito, que pode desembocar em três formas diferentes de defesa do sujeito: forclusão (Verwerfung), recalque (Verdrängung) e denegação (Verleugnung). De cada um deriva uma estrutura clínica, respectivamente psicose, neurose e perversão (BONI JÚNIOR, 2018). Como explica Fink (1997), então, Lacan adota três principais categorias diagnósticas que são estruturais e baseadas em três formas distintas de negação, três mecanismos que operam em cada sujeito e são definidores de sua estrutura. Destaca-se sempre, como particularidade da leitura psicanalítica, que as estruturas são apenas lógicas distintas com operadores particulares a cada uma, e não há uma delas tomada como melhor ou normativa (BONI JÚNIOR, 2018).

Dessa forma, para uma determinada psicanálise, a forclusão é "o mecanismo psíquico específico presente da produção das psicoses." (VOLNOVICH, 1993, p. 67), sendo o mecanismo que a constitui etiologicamente. Ele associa-se a algo que é jogado para fora, fora da possibilidade de simbolização, e remete a um significante primordial (LACAN, 1955-56/1988). Parte-se, portanto, da noção de significante: é um elemento da ordem simbólica que sofre a rejeição radical, o Nome-do-Pai que ancora toda a ordem simbólica e que, foracluído, leva a consequências em todo este registro (FINK, 1997). Dentre elas, a inacessibilidade a significação fálica, que deixa o sujeito psicótico à deriva, já que o falo é o significante que permite uma ancoragem. Compõem-se, assim, um inconsciente com um funcionamento particular, que não está submetido às leis simbólicas: não há possibilidade de metáforização e nem de recalque, já que é o pai, enquanto

significante, que produz o recalque e estabilização do campo do Outro. Com a forclusão do Nome-do-Pai, o caráter móvel e substituível do significante se perde.

Colocadas essas considerações, é possível compreendermos por que Calazans & Lustoza (2014) realizam a seguinte afirmação: “A partir de Freud e Lacan, podemos dizer que a clínica, quando é da ordem do campo psíquico, está às voltas com o sujeito.” (p. 12). Pontuamos que a psicanálise parte da escuta desse sujeito como fundamental, pois é isso que permite unificar a dimensão de diagnóstico estrutural e de tratamento, que depende, de maneira geral, do modo de negação ao qual o sujeito se filiou, mas também a aspectos altamente singulares. Por outro lado, agora nos aproximando da noção de sujeito da psiquiatria para abordarmos sua forma de diagnosticar e tratar, esses autores se perguntam se, partindo da clínica, os manuais de diagnóstico e tratamentos farmacológicos são adequados para uma clínica do sofrimento psíquico. Consideram, ainda, que a prática diagnóstica pautada nesses manuais se limita a um ponto de vista estatístico, que está no campo do que é geral e homogêneo, em oposição ao singular que opera no lado da psicanálise.

Dessa forma, se a psiquiatria busca um marcador biológico e/ou neurológico atrelado à psicose, a psicanálise busca por um marcador estrutural subjetivo - delimitados nas três formas de defesa descritas por Lacan (CALAZANS; LUSTOZA, 2014; TENÓRIO, 2016). Portanto, a psicanálise se coloca na contramão de uma certa psiquiatria (medicalizante) que, inclusive, se isenta de tratar da etiologia dos transtornos - excepcionalmente quando seja possível ligá-los a fatores biológicos. Considerando as questões de sofrimento mental como problema médico, atrelado a uma causa orgânica e passível de ser diagnosticado pelo conjunto de sinais e sintomas que independem da fala do sujeito, a psiquiatria biologicista reduz o tratamento à medicalização. Se liga, assim, a processos bioquímicos em detrimento do sujeito e medicaliza condições que já foram associadas à subjetividade (CALAZANS; LUSTOZA, 2014; TENÓRIO, 2016). E a psicose, ou esquizofrenia como classificada nos manuais, não escapa dessa lógica.

Calazans & Lustoza (2014), entretanto, apontam uma ressalva que acreditamos ser de grande importância para esse debate: “Não se trata para a Psicanálise de se opor ao tratamento farmacológico, mas de se opor ao uso abusivo desse recurso sem a consideração de que ele deve ser acessório, mas não um substituto para a clínica do sujeito.” (p. 15). As críticas recaem, portanto, a

abordagens que consideram exclusivamente, ou até mesmo primordialmente, o tratamento medicamentoso como solução ao sujeito que sofre.

Fica claro que a ascensão da psiquiatria biologicista, reforçada a partir do DSM-III, tira de cena a relação entre a doença mental e a psicopatologia discursiva, a menos que o discurso psicótico tenha a função de demonstrar o funcionamento cerebral e que seja transformado em transtorno. Nesse caminho, as entrevistas são substituídas por questionários estatísticos e a clínica tradicional, que buscava pela estrutura psicopatológica, deixa de existir (ROCHA; FERNANDES, 2004). A psicanálise convoca em seu trabalho a escuta do sujeito do inconsciente, circunscreve os limites da medicação e direciona uma crítica ao reducionismo biológico como base de explicação do sofrimento psíquico.

Por fim, trazemos uma breve leitura sobre o conceito de crise, considerando que a enfermaria de psiquiatria em questão se define como uma enfermaria de agudos, que se destina a receber casos de saúde mental que estejam voltados à atenção à crise. Optamos por não abordar um desenvolvimento sobre essa conceituação, mas apenas nos apoiar em algumas das considerações de Ferigato, Onocko Campos & Ballarin (2007), que acreditamos convergirem com o colocado aqui sobre a importância da escuta do sujeito e valorização do que ele diz.

As autoras trazem definições amplas do conceito de crise, que o vinculam ao sentido de mudança, crescimento. A partir disso, questionam por que em psiquiatria a crise adquiriu sempre um aspecto negativo, a ser suprimido rapidamente. Partindo da dificuldade em definir o que é crise, nos mais diversos campos, lembram que nem mesmo no campo da saúde mental há consenso quanto ao que seria isso, e ressaltam que a psicanálise e a psiquiatria encaram a crise de maneiras diferentes. Visando ampliar, mesmo no campo da saúde mental, a definição de crise, as autoras trazem a perspectiva da crise como “uma experiência em que há algo insuportável, no sentido literal de não haver suporte, experiência que nos habita como um abismo de perda de sentido, em que se perdem as principais ligações.” (p. 35). Seria um momento em que a capacidade de simbolização se esvai, rompendo com o que é representável, mas em que ligações inéditas são exigidas. A perda desse sistema de referência gera angústia no sujeito, assim como uma ideia de invasão que chega ao corpo e gera a sensação de exposição ao estranho.

Demarcam, porém, uma potência intrínseca ao momento da crise, sendo esta uma oportunidade de transformação do lugar subjetivo. Além disso, as dimensões

social, cultural, histórica e familiar que envolvem aquele paciente também fazem da crise, e não podem ser esquecidas, pois assim a colocamos “no interior de uma série de fatores que a dão algum nexos e a colocam mais próximas de nossa compreensão.” (p. 36). Ao elencar alguns fatores essenciais para um bom manejo da crise, as autoras destacam a escuta terapêutica, pois isso permite que o sujeito crie uma demanda e se abra para ser ajudado. Além disso, ressaltam que o que é escutado pode muitas vezes parecer não ter sentido, mas toda fala ou sintoma tem uma significação que, muitas vezes, é captada no conteúdo delirante. A análise restaura esse sentido, possibilitando que se encontre uma solução para o conflito que impulsiona a crise. Também englobam o auxílio psicofarmacológico dentro desses fatores de bom manejo da crise, mas relembram que essa é uma intervenção que deve estar articulada ao projeto terapêutico singular do usuário, para que facilite a relação entre o paciente e a vida o que, quando mal administrados, pode ser comprometido.

Assim, a leitura que as autoras nos fornecem do momento de crise permite que ele seja desmistificado como um momento a ser controlado o mais rápido possível, apontando para um caminho que permite uma relação com o inédito e estranho. A partir disso, percebe-se que “o universo da crise não é apenas um corte arbitrário na sua história, nem o estado último no qual culmina seu devir” (p. 43), pois o sujeito em crise ainda assim pode manifestar seus desejos e se expressar. O cuidado à crise, portanto, pode estar alicerçado à produção de um desvio na vida do sujeito, e não aos ideais de ordem e protótipos de normalidade (FERIGATO; ONOCKO CAMPOS; BALLARIN, 2007). Acreditamos que essas considerações convergem ao que propõe a reforma psiquiátrica, quando esta pleiteia que os sujeitos loucos podem ser cuidados de maneira longitudinal e sem, necessariamente, terem que ser submetidos a procedimentos de supressão sintomática. Também arriscamos que elas convergem com a proposta psicanalítica de escutar o delírio e entendê-lo como parte da organização simbólica e subjetiva daquele paciente, com um valor clínico.

Dessa forma, encerramos esse capítulo que forneceu uma base teórica acerca da psicanálise e da psiquiatria, suas diferenças e formas de tratamento. A partir disso, exploraremos detalhes de um caso atendido esse ano na enfermaria de psiquiatria na qual a residente esteve, visando, posteriormente, relacioná-lo ao conteúdo aqui exposto.

CAPÍTULO 2 - O MORTO QUE FALA

Na enfermaria de psiquiatria experienciada pela residente, há diversos tipos de casos. Alguns deles podem ser lidos como pacientes em crise, considerando a definição dada por Ferigato, Onocko Campos & Ballarin (2007) acerca desse momento como aquele no qual há um rompimento dos sentidos e representações que sustentam o sujeito, adiciono, no laço social. Foi isso que aconteceu com Daniel, um homem na faixa dos 50 anos que ficou internado por 49 dias e chegou na enfermaria com um encaminhamento do hospital de sua cidade natal, devido a um quadro grave de Síndrome de Cotard. Essa, definida como uma síndrome pela psiquiatria, foi descrita pelo médico Jules Cotard em 1880 e é caracterizada principalmente por uma melancolia ansiosa e delírios de negação - geralmente voltado ao corpo, órgãos ou até à existência do sujeito. Ainda no âmbito da psiquiatria, está associada à esquizofrenia ou à depressão psicótica (Machado & Machado, 2015). Define Malucelli (2012) que a síndrome:

se caracteriza por um certo número de traços como ansiedade melancólica, ideia de danação ou de possessão, a propensão ao suicídio e às mutilações voluntárias, a analgesia, as ideias de não existência ou destruição de diversos órgãos, do corpo inteiro, da alma, de Deus e, sobretudo, da ideia de não poder jamais morrer (p. 5).

Segundo a autora, há duas fortes características da Síndrome de Cotard, sendo elas a ideia de ser imortal e isso como um castigo, algo que é vivido com intenso sofrimento, e também a analgesia afetiva que, para ela, “indica a carência da marca do significante sobre o corpo” (p. 6). Além disso, Malucelli (2012) ressalta a falta de modéstia desse tipo de melancólico, quanto ao desejo de comunicar seus defeitos, autoacusações e dores. Nomeia suas queixas como solilóquios, marcando que as ofertas de ajuda são sempre tomadas, para esses sujeitos, como impossíveis. Há, na Síndrome de Cotard, um delírio melancólico que é centrífugo: o sujeito se vê como o centro de todo o mal. Devido à forclusão do significante, os limites do corpo ficam borrados e ele passa a não ter coerência, um corpo que se desmembra segundo o delírio. Há uma desorganização que pode chegar à negação da própria existência.

Era isso que observamos em Daniel, tanto em seu discurso quanto no modo como permanecia e mantinha seu corpo na internação. Passava a maior parte do dia deitado em seu leito, recusava-se a fazer as atividades propostas e a sair do quarto, onde também fazia as refeições. Com feições entristecidas, em nossos

primeiros atendimentos, Daniel se mantinha deitado e com os olhos cerrados com força. Para além dessa apresentação geral, seu discurso era direcionado ao sentimento de um corpo fragmentado e vazio, como descreveremos mais para frente. Assim que foi admitido, a proposta de cuidado dos médicos foi de realização da Eletroconvulsoterapia (ECT), pois devido à gravidade dos sintomas, logo o caso foi diagnosticado como Síndrome de Cotard que, no sentido de tratamento psiquiátrico, tem o ECT como indicação. Aqui, é relevante a consideração que fazem Sohsten & Medeiros (2016), quando os autores relembram que o diagnóstico tem incidência fundamental para a prática psiquiátrica: de maneira generalizada, cada diagnóstico tem um destino pré determinado.

Relembramos, aqui, que esse tratamento é guiado pelo que pontuamos anteriormente, ou seja, especialmente por uma busca de remissão sintomática. Para além do ECT, eu realizei a proposta de fazer atendimentos em psicoterapia três vezes na semana, com o referencial psicanalítico, visando uma escuta mais aprofundada do sujeito. Inicialmente, a proposta era uma tentativa estrita do tratamento com base nos medicamentos, antidepressivos e antipsicóticos, e na psicoterapia, pensando em evitar procedimentos mais invasivos. Entretanto, essa ideia foi sustentada apenas por uma semana, logo sendo indicada novamente a ECT. Analiso a partir desse acontecimento que não havia, de fato, um interesse em construir projetos terapêuticos multiprofissionais, pois o mandato psiquiátrico era sempre a palavra final.

Começo os meus atendimentos de Daniel e destaco aqui, primeiramente, algumas características que observei nos encontros iniciais. Ele verbalizava com frequência a sua impossibilidade de ficar de pé, dizendo às vezes que não tinha pés, às vezes que as pernas não aguentavam. Nesses momentos, junto com tais falas, era frequente uma certa exibição do próprio corpo: Daniel se levantava do leito e apontava para os pés, afirmando que não conseguia andar - muitas vezes enquanto caminhava pelo quarto. Acredito que nessas situações o olhar do outro, no caso eu ou quem fosse ao seu encontro, sustentava alguma coisa. Era como se Daniel demandasse que esse olhar pudesse trazer uma validação de seu sofrimento, quase como um testemunho não de sua falta de órgãos - afinal eles estavam lá -, mas sim de que algo era extremamente angustiante e precisava ser visto ou ouvido. E era isso que eu pretendia fazer: dar a esse sofrimento um lugar.

Assim, em sua chegada, Daniel trazia muitos sintomas atrelados ao corpo. O dos pés era central, em conjunto com a afirmação de que não tinha mais estômago. No início de sua internação, o paciente comia pouco e solicitava que lhe trouxessem sopa nas refeições, pois estaria sem garganta e isso facilitava a deglutição. Além disso, os alimentos, segundo ele, iam direto para suas costas. Essas afirmações também vinham com demandas de olhar: Daniel constantemente apertava a garganta e o pescoço e mantinha as costas curvadas. Nesses momentos, eu pedia para ver tais partes do corpo e, com seu consentimento, tocava nelas, tentando trazer alguma unificação possível a partir de uma intervenção direta no real do corpo. Por vezes, eu mostrava a minha garganta ou os meus braços, em busca de oferecer uma imagem de outro com o corpo unificado.

Outra queixa constante era a de que ele estava vazio por dentro, sem órgãos de maneira geral e morto. Contrastante era a sensação de ter o corpo pesado que, segundo ele, também o mantinha no leito diariamente. O peso literal no corpo convergia com o peso simbólico da própria existência, quando Daniel afirmava para mim que era inútil e que já estava morto. Aparecia, com frequência, um discurso de menos valia, que rondava essa impressão de inutilidade, assim como do impossível do tratamento: nada podia ser feito por ele, pois estava “condenado” a sofrer e não tinha nem que ter vindo para o hospital devido à gravidade de seu caso. Reafirmava que provavelmente logo seria expulso e jogado para fora. Além disso, segundo relatos da família ao restante da equipe, Daniel havia feito uma tentativa de suicídio com produtos de limpeza que, segundo ele, serviriam para limpar seu corpo.

O motivo do desejo dessa limpeza foi ficando claro para mim nos atendimentos. Quando eu o questionava sobre por que seu estômago não estava lá, ele afirmava que havia nascido com um câncer e que essa doença estava comendo todos os seus órgãos. Apesar de ter nascido com isso, relatava que o câncer se alastrou de fato quando ele parou de trabalhar, há 5 anos. Explorando a questão do trabalho, sempre incentivado por perguntas, Daniel relata que trabalhou por 18 anos como frentista de um posto de gasolina e conta com orgulho de como exercia bem seu cargo, que nos últimos anos era noturno. A interrupção dessa ocupação de tantos anos se deu quando ele sofreu um acidente de trabalho, no qual um carro passou por cima de seus pés. A princípio, Daniel continuou trabalhando, mas logo, pela dor, foi demitido. A partir desse ano, o sentimento de inutilidade e de tristeza

começam a aparecer, pois foi ficando claro que Daniel valorizava grandemente o trabalho como aquilo que lhe dava um lugar social.

Me dizia, delirante, que as filhas e esposa haviam sido assassinadas na cidade, por conta de dívidas - apesar disso, todas trabalhavam e sempre nos relataram que não estavam passando dificuldades. Segundo ele, sem seu emprego, não havia quem pudesse ser o provedor da casa, “sem o trabalho não somos nada”, dizia. Apesar do marco temporal, Daniel não associava esse acontecimento diretamente ao câncer que dizia ter. Quando eu lhe questiono como um câncer desses, tão grave, havia se desenvolvido nele, o paciente me responde que deve ter feito coisas graves na vida anterior, como ter sido um matador. Escutando isso como um ponto relevante, questiono o que queria dizer com tal afirmação, e Daniel relata que anos atrás se envolveu em um acidente em sua cidade, no qual um motoqueiro faleceu. Reafirma algumas vezes que não se sentia culpado e me conta detalhe por detalhe como aquilo havia ocorrido. Após esses dois relatos, de ambos os acidentes, Daniel sempre reafirmava sua ideia de que estava morto e condenado.

Os atendimentos seguiam quase todos os dias, com o discurso parecido e com Daniel no leito, mostrando seu corpo. Conforme eu realizava perguntas, ele ia me respondendo e contando de sua história que, curiosamente, convergia cada vez mais com os sintomas apresentados. Seu pai trabalhou durante a vida toda, até que foi afastado por doença e faleceu poucos anos depois; já sua mãe, teve um câncer e faleceu por isso. Daniel caracteriza sua família como “de doentes”, afirmando que isso é hereditário. Além disso, como tema recorrente e central dos atendimentos, havia o trabalho. O paciente sempre retomava comigo todos os cargos que exerceu desde adolescente e seu sentimento de inutilidade desde o afastamento das atividades laborais. Seguindo o discurso melancólico, toda vez que eu lhe perguntava sobre a possibilidade de retomar algum tipo de trabalho, ele me dizia e mostrava o quanto estava velho e doente para tal.

Foi sob esse contexto que em uma sessão em que estava mais falante, Daniel me pergunta se eu sabia o que acontecia com os cavalos de corrida que machucam as patas. Diante da minha negativa, ele refere que nestes casos não há cura e, portanto, os animais que não podem mais exercer seu trabalho são *sacrificados*. Retoma o sentido do trabalho em sua vida e, a partir disso intervenho lhe dizendo que ele não é cavalo e, portanto, o fim do trabalho não precisava significar o fim de sua vida. Tentava buscar outras coisas que ele poderia fazer,

atividades relevantes para Daniel, mas a melancolia, nesses momentos, novamente irrompia com força. A falta de vontade de fazer qualquer coisa sempre surgia em nossos atendimentos, direcionada tanto às propostas da enfermagem quanto à sua vida lá fora. Daniel nomeava esse sentimento como “falta de apetite” e dizia que “não tinha mais mobilidade”. Eu validava esse sentimento, mas buscava encontrar pontos de investimento de vida naquele discurso sobre sentir-se morto.

Curiosamente, de fato, desde o acidente envolvendo o motoqueiro, ele havia parado de dirigir e nos últimos meses, com a evolução do quadro psicótico, estava ficando trancado em casa - por desejo da família, que temia que algo pudesse acontecer caso ele circulasse pela cidade. E disso Daniel sentia muita falta. Falava para mim sobre a falta que sentia de dirigir e de ter autonomia para ir aos locais do território que, antigamente, gostava de frequentar, mas pontuava que “o corpo não deixa”. Sempre rondando seus desejos, a partir de sua história e do que poderia ser construído, conversávamos muito sobre seus animais de estimação e sobre culinária. Antes, Daniel cozinhava para toda a família e sentia muito prazer nisso. Com o tempo, esse foi outro tópico que surgiu com frequência nos atendimentos: comida. O paciente sempre comentava comigo como havia sido as refeições do dia, contava das receitas que fazia em casa e insistia para que eu comesse com ele o lanche da tarde.

Além desses desejos, aparecia o interesse por futebol, que pudemos converter em um jogo de futebol de botão. Dessa maneira, foi possível encontrar uma solução para a vontade de jogar bola, atividade impedida devido ao estado em que Daniel sentia seu corpo. Tais queixas corporais, que Daniel uma vez verbalizou para mim como uma sensação de que seu corpo “estava louco”, seguiam nos atendimentos. Entretanto, com a continuidade do tratamento e dos cuidados, após algumas semanas Daniel finalmente aceitou sair do quarto comigo para caminharmos na parte externa. Em uma dessas saídas, se sentiu observado pelos pacientes dos outros andares, por ter um corpo estranho e pôde me contar sobre a rejeição que passou a sofrer de familiares e conhecidos quando seus sintomas depressivos e psicóticos começaram a piorar.

Dessa forma, os atendimentos foram ocorrendo, com esses conteúdos surgindo, sendo escutados e trabalhados. Em conjunto com a profissional de referência do caso, uma terapeuta ocupacional residente multiprofissional, foi possível construirmos um projeto terapêutico ampliado, que envolveu o acolhimento

da família e rede com o CAPS de referência de Daniel A partir dos atendimentos em psicoterapia, pudemos considerar um projeto de reabilitação psicossocial que fosse ao encontro das possibilidades e desejos de Daniel, assim como trabalhar isso com ele. Quanto ao tratamento medicamentoso, as medicações descritas (antidepressivo e antipsicótico) foram mantidas, assim como as sessões de ECT. Destacamos também que nas duas últimas semanas foi notória uma melhora do quadro de Daniel. Ele passou a realizar atividades de vida diária, como comer e se trocar, com autonomia.

Saía da cama espontaneamente, por vezes tentava assistir o jogo de futebol na televisão da sala de uso coletivo e participou de dois grupos de atelier. Passou a sorrir mais e saiu do discurso circular que estava apresentando nas primeiras semanas, sempre em torno da sensação de estar morto e com o corpo vazio ou pesado. Apesar de uma maior organização psíquica observada nas duas últimas semanas, nesse mesmo período nossas sessões passaram a ser mais silenciosas, com pouco conteúdo. Os aspectos mais singnificativos de sua história, tanto os acontecimentos mais sofridos, quanto as pequenas frestas de desejo, pararam de ser abordados por Daniel. Houve uma quebra na apresentação de todo aquele conteúdo que aparecia sem mediações (além do corpo e da palavra), sem barreiras ou censuras e, inclusive, uma dificuldade de acessar subjetivamente Daniel.

O trabalho de psicoterapia psicanalítica que foi sendo realizado com o paciente desde sua chegada, o momento mais agudo da crise, permitiu uma escuta de sua singularidade. Um local de acolhimento e de produção de sentido que, no caso de um paciente como Daniel com um alto nível de angústia, pôde gerar alguma continência. Além disso, a escuta conduziu ao início de uma compreensão sobre as marcas que o paciente sofreu de sua história, dos acontecimentos que lhe acometeram e que tiveram papel em seu adoecimento. Sem a dedicação de um trabalho quase diário de alguém sentada ao lado do leito e interessada em saber sobre aquele sujeito, conteúdos de grande riqueza para compreensão de Daniel e de seu quadro teriam passado despercebidos. Houve, aqui, um investimento narcísico naquele sujeito. Malucelli (2012) pontua, sobre isso, que o psicanalista que não recua diante um quadro de psicose pode se aproximar da constituição daquele sujeito.

A centralidade do trabalho em sua vida e da significação que isso lhe proporciona - como alguém que tem um papel social, que ocupa certa função, que é

o provedor da casa - e o sofrimento que a interrupção da atividade laboral lhe causou puderam ser relacionados à sensação que Daniel de estar morto. A ideia de que era inútil, inclusive para estar no hospital, se atrelava a isso e ao fato de que aquilo que sustentou sua vida inteira (o trabalho) havia sido duramente interrompido. Aparecia também certa repetição da história do pai: aquele que trabalhou a vida toda e após uma aposentadoria por doença, faleceu. O significante morto, aqui em conjunto com o condenado e com o motoqueiro morto no acidente de trânsito, carregava muitas significações e aparecia cruamente no corpo e no sintoma de Daniel, que, de fato, se comportava como um morto: deitado em seu leito sem vontade de fazer nada.

Foi notória a fala sobre os cavalos sacrificados quando tem seus pés quebrados, pois, a partir dela, pôde ser realizada uma intervenção de apontar para outro caminho possível - de que Daniel, não sendo cavalo, consegue ter outro destino. Novamente, o significante condenado colado ao significante morto. E havia também a crença de que tinha um câncer, esse, tão cerceador de suas potências de vida e iniciado nos pés segundo Daniel, justamente o local do corpo que fazia marca em sua impossibilidade de trabalhar. Algo ficou fixado a essa parte do corpo. Da mesma forma, a tristeza imensa tirava de Daniel a vontade de comer e de cozinhar, coisas que ele gostava muito de fazer. Assim, o estômago é sentido como inexistente, embaralhando um corpo psicótico que estava à deriva.

Esses pontos convergem com duas ideias explicitadas por nós no capítulo anterior: primeiramente, a de valorização do momento da crise, e, em segundo lugar, a noção psicanalítica de que o delírio seria uma tentativa de interpretação da fragmentação psíquica da qual o sujeito psicótico sofre. Quanto à primeira, em nossa avaliação como equipe, Daniel estava em crise. Como já pontuamos, é notório em seu quadro a perda do referencial simbólico e imersão total na angústia, pois era isso que ele apresentava. Além disso, inicialmente, mantinha um discurso circular, rico em conteúdo, mas que encontrava dificuldade de dialetização. Houve momentos, inclusive, em que Daniel rolava no chão, angustiado por sua condição de morto e com receio de sua família ter sido assassinada.

Conforme as ideias apresentadas de Ferigato, Onocko Campos & Ballarin (2007), o momento da crise não deve ser visto exclusivamente como negativo e como algo que demanda intervenções para que seja o mais rápido possível eliminado - em busca do reestabelecimento de uma certa homeostase. Apesar de,

em parte, o objetivo do tratamento ser possibilitar ao sujeito um retorno ao laço social e certa autonomia para realizar as atividades de vida diária e outras significativas para ele, ressaltamos a importância da valorização do momento de crise de Daniel. Ficou claro que conforme o tratamento foi sendo encaminhado, as sessões de psicoterapia mudaram. O silêncio de Daniel nos últimos atendimentos, a dificuldade em acessar conteúdos de sua história, o levaram quase a uma funcionalidade e automatização das atividades de autocuidado que são altamente valorizadas pela leitura psiquiátrica. Não que não devam, afinal, o estado de angústia do paciente era claro.

Porém, como objetivo único do tratamento, podem ofuscar outras intervenções e leituras de extrema importância, como as que pudemos fazer a partir do discurso de Daniel Assim, a angústia intensa vivida pelo psicótico, decorrente de sua percepção, deve ser considerada. Esta, pode ser tão acentuada que bloqueia a capacidade de elaboração indispensável ao trabalho psicanalítico. Por isso, a medicação tem sua importância em reduzir esse sentimento (COUTINHO, 2005).

Diz o autor:

Assim, o objetivo do tratamento farmacológico nas psicoses, na visão psicanalítica, não deve ser o de abolir o delírio através de uma “camisa-de-força bioquímica”, o que poderia gerar um quadro de “depressão vazia” pobre de produção psíquica e inacessível à escuta e à interpretação. A medicação deveria limitar-se à redução da angústia, estratégia também aceitável nas neuroses quando ela é intensa e paralisante, evitando-se assim privar paciente e analista de sua via de trabalho nas psicoses – o delírio (p. 56)

Além disso, destacamos o que pontua Tenório (2016): algumas ações de reabilitação psicossocial se prestam a um ajustamento funcional que o autor considera positivas. Ele destaca, porém, que a leitura clínica dos fenômenos psicóticos daquele sujeito, como uma assinatura de sua singularidade, não pode ser deixada de fora. No caso de Daniel, essa leitura pôde ser feita graças ao espaço terapêutico de escuta.

O momento de crise foi valorizado, no sentido de ajudar o paciente a, a partir das representações rompidas, criar novos e inventar desvios, o que só é possível a partir de uma escuta ativa que, além de estar presente e aberta ao discurso do paciente, prevê intervenções e questionamentos. Demanda alguém presente e aberto, que não tem sido algo evocado para os atuais psiquiatras. A partir disso, o sujeito pode trabalhar com a crise e na crise, como um momento fértil de criação de ferramentas subjetivas que são muito mais difíceis de acontecerem quando há

remissão sintomática. Especialmente se considerando que parte dessa remissão pode ser atribuída, por parte de alguns profissionais, ao uso de medicamentos e ao procedimento de ECT, que são fatores externos ao sujeito e pouco mobilizam suas fantasias, seus delírios, medos, desejos e seu mundo psíquico de maneira geral. Coutinho (2005) defende que devem ser sempre considerados os efeitos colaterais dos fármacos e afirma que essas drogas podem inclusive interferir na capacidade elaborativa do paciente, o que prejudica sua abordagem analítica - que foi justamente o que observamos com Daniel após a remissão dos sintomas.

É notório no caso de Daniel que o conteúdo delirante apresentado por ele não era descontextualizado de sua história, como uma entidade biológica ou neurológica à parte e sem relação com sua singularidade. Entretanto, é apenas a partir de um trabalho clínico, de escuta à beira leito, que isso vêm à tona. Escapa, assim, de ser interpretado como uma síndrome generalizada, apenas encaixada nos manuais e com uma conduta também generalizada. Nos parece que as experiências difíceis e insuportáveis vivenciadas por Daniel, como a impossibilidade de trabalhar e o acidente de trânsito, sofreram uma leitura delirante para que pudessem ser de alguma maneira elaborados. Malucelli (2012) relembra que Lacan menciona a importância de dar crédito aos dizeres dos psicóticos, pois eles se referem às percepções particulares da realidade psíquica. Adiciona que “os doentes têm a generosidade de nos ensinar, sem rodeios, cruamente, o que é a realidade psíquica” (p. 3), o que fica muito claro com o discurso e angústia de Daniel

Questionamos, então, que efeitos para o sujeito pode ter uma remissão total desses delírios que, de alguma maneira, lhe sustentam psiquicamente? A escuta do delírio, para além de permitir que os conteúdos por ele trazidos apareçam e adquiram significações singulares, permite intervenções, pontuações e questionamentos quanto a esse conteúdo que, no caso da estrutura psicótica, aparece cruamente e com pouca abertura. Permite que Daniel se escute. Para tal, é necessário um investimento e um desejo de analista que não recue diante de um discurso rígido, absoluto e que passa a todo o momento a mensagem de que a tentativa de fazer um buraco e instaurar um movimento dialético é fracassada (MALUCELLI, 2012). A partir de nossas colocações e observações sobre as mudanças de comportamento sofridas por Daniel ao longo da internação, há uma ressalva importante a ser feita.

Nosso objetivo aqui não é questionar o tratamento psiquiátrico inteiramente, mas provocar a psiquiatria biologicista. Questionamos esse apelo à certa funcionalidade, que visa um determinado ideal de circulação social, este geralmente associado a discursos de poder que colocam os loucos no lugar de assujeitados. É necessário engancha o desejo do sujeito psicótico para que haja um retorno possível ao laço social, e isso também pode ser construído no trabalho terapêutico. Malucelli (2012) questiona o que é possível com pacientes que, acometidos pela Síndrome de Cotard, deliram em torno do não. Para ela, a psicanálise poderia ofertar inscrições que permitissem um rompimento com o eterno registro da impossibilidade, pois, segundo a autora, as palavras *sempre* e *absoluto* não têm por onde caminhar pela psicanálise.

Já Rocha & Fernandes (2004) insistem na resistência da psicose a tratamentos de maneira geral, especialmente se a cura é concebida como uma restauração do campo da realidade - o que não é exigido pela psicanálise. A psicose se concebe como uma estrutura particular, com um dizer próprio que pode ser discernido mesmo na fala louca. Assim, é por essa via que agenciamentos mais possíveis para a loucura podem ser realizados, no lugar de que essa seja calada “quer pela droga, quer por uma pedagogia que a situa como uma variante da debilidade mental.” (p. 60).

Por fim, relatamos brevemente o que foi possível construir com Daniel. Além da reorganização corporal e da mudança na rotina enquanto estava internado, Daniel, depois que foi de alta, voltou a cozinhar e a cuidar principalmente de suas gatas de estimação. Passou a frequentar o CAPS de referência, com o qual fez alguns passeios para locais na cidade. Ainda apresenta certo receio de sair de casa sozinho, pois, segundo ele, “os pés não aguentam”. Apesar da recomendação de fisioterapia, analisamos que esse discurso não tem apenas dimensões orgânicas, mas sim uma derivação psicótica.

Aqui ressaltamos novamente que a ideia de cuidado, apoiada pela Reforma Psiquiátrica e pela psicanálise, não se baseia na normalização dos sujeitos e que algo sempre permanece na estrutura psicótica. Se permanece, precisa ser escutado, seja para ser acolhido, seja para ser articulado ao projeto terapêutico ampliado do sujeito que, no fundo, precisa garantir uma sustentação da liberdade, da singularidade e dos desejos que impulsionam a vida. Não sabemos a quem exatamente se deve a melhora de Daniel, mas lembramos que ações orientadas

para o discurso, como a psicanálise, se associam mais a um caráter de aposta, do que a um procedimento efetivo (ROCHA; FERNANDES, 2004).

Assim, nesse capítulo objetivamos expor o caso de Daniel e o modo como ele foi conduzido na enfermaria de psiquiatria. Ficou clara a importância da escuta psicanalítica realizada com frequência, ou seja, pautada em um desejo de analista e em um investimento no sujeito psicótico e em seu discurso. A partir dessa insistência, foi possível adentrarmos os aspectos mais singulares de Daniel e compreender a dimensão e impacto de sua história, como esta produziu marcas em sua vida e em seu adoecimento. Já o tratamento psiquiátrico oferecido a Daniel também produziu resultados importantes em seu curso de vida, porém logo nos primeiros dias de internação do paciente, pela classificação diagnóstica de seus sintomas, optou-se por determinada conduta (medicação e ECT). Não houve, nesse processo, escuta clínica e singular de Daniel, mas apenas busca por um estado considerado melhor - com menos sintomas possíveis e fora da crise. Para Calazans & Lustoza (2014), o descritivismo, amparado em uma perspectiva biologizante, traz como resultado a aplicação de medicamentos em situações que demandariam elaboração subjetiva, o que os autores classificam como uma concepção equivocada do tratamento.

Acreditamos que esses pontos convergem com o que propõem Figueiredo & Tenório (2002), quando os autores explicam que a invenção freudiana, em relação ao saber psiquiátrico, e o próprio Freud tiram a loucura do registro do erro, apostando que ela trata de uma forma particular do sujeito dizer a verdade. Portanto, cria condições para que se reconheça no louco uma fala que tem estatuto de positividade. Para eles, a psiquiatria “é uma clínica do olhar, mais do que da escuta. Fazer falar é o ofício do psicanalista.” (FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002, p. 35). Diferentemente da psiquiatria, a clínica psicanalítica não busca a motilidade, mas sim uma escuta das narrativas que os pacientes fazem sobre suas vidas. Para Freud, cuja clínica era orientada pela palavra, conforme o sujeito falasse de seu sofrimento, ele encontraria alívio ou solução para este e seus sintomas (ROCHA; FERNANDES, 2004). E é justamente isso que buscamos nos atendimentos psicoterapêuticos de Daniel.

CONCLUSÃO

Ao longo deste trabalho, foi possível uma aproximação com dois diferentes modos de cuidar, tratar e de enxergar os sujeitos no campo da saúde mental: a psicanálise e a psiquiatria. Buscamos deixar claro que essas são duas disciplinas que se dispõem a ocupar tal campo, apresentado como um domínio de disputas. Entretanto, a partir da retomada histórica que realizamos, ficou claro que os tensionamentos no âmbito da saúde mental existem desde sempre e assim seguem. Podemos pontuar como recente, ao final do século passado, a implementação que o Brasil faz da Reforma Psiquiátrica em seu modelo de atenção psicossocial. A reforma não apenas movimentou mudanças nas políticas e no modo como os loucos e loucas eram cuidados/as, mas, de forma mais ampla, mobilizou o lugar social que eles ocupavam: nas margens sociais, sem serem considerados sujeitos.

Nesse contexto, parte da psiquiatria moderna ratificava tal lugar social, se baseando especialmente na ideia de que os sujeitos em sofrimento mental carregam uma doença que precisa ser controlada por medicamentos. É durante seu desenvolvimento enquanto um ramo da medicina em busca de legitimidade dentro dessa disciplina, que a psiquiatria se aproxima das ideias mais biologicistas de sujeito e de tratamento. Conforme pontuamos ao longo do trabalho, essa abordagem da psiquiatria se afastou da forma clássica de diagnosticar e classificar a psicopatologia dos sujeitos em sofrimento mental. Se antigamente se considerava a clínica, ou seja, uma escuta e observação detalhada realizadas à beira leito dos doentes, atualmente a clínica psiquiátrica parece convergir mais para uma breve lista de sintomas, que dirigem, previamente, a determinado diagnóstico e determinado modo medicamentoso de tratar - tido como tratamento único e inegociável.

Buscamos ressaltar que essa direção parece convergir para uma negociação entre a psiquiatria e os discursos de poder que sempre existiram e buscavam qualificar sujeitos, como os loucos, geralmente improdutivos ao desejo capitalista, como perigosos ou improdutivos demais para a convivência social. É a partir disso que desenvolvemos a ideia de que a medicalização se aporta na ideia de funcionalidade dos sujeitos como um ideal a ser atingido. A loucura e sua suposta desorganização não são toleradas e são silenciadas não importa a qual custo - mesmo dos efeitos colaterais mais severos.

Entretanto, há outras práticas e disciplinas que se desenvolveram no campo da saúde mental, dentre elas a psicanálise, que se consolidou como um arcabouço teórico e prático válido e importante para o trabalho com as psicoses. Sem considerar a psicose como uma estrutura deficitária em relação às neuroses, a psicanálise aposta na escuta do delírio do psicótico, considerando que há algum sujeito ali, pois aquela fala não é sem sentido. Dessa forma, o trabalho de escuta psicanalítica na enfermaria psiquiátrica de um hospital geral segue também essa linha: de que a valorização do discurso delirante nos permite uma aproximação com a singularidade daquele que delira, pois ele é ligado à história daquele que fala e potente para operarmos desvios junto ao sujeito. Foi apenas partindo desses pressupostos, e da ideia de que a crise não precisa ser silenciada o mais rápido possível, que Daniel pôde aparecer como alguém que carrega desejos, medos, uma história com marcas libidinais de investimento em aspectos da vida (como cozinhar, passear, cuidar das gatas) e de sofrimento.

Os atendimentos de Daniel abriram portas para intervenções e para a compreensão de que sua fala e sua psicose precisam ser vistos para além de uma generalização diagnóstica e de uma prescrição medicamentosa visando adequá-lo socialmente. Algo no tratamento deve ultrapassar os imperativos do capital, do encaixe social, e apontar para as transformações possíveis e necessárias para aquele sujeito. No caso de Daniel, o aprisionamento à ideia de condenado e morto produziam um congelamento tal que nada mais era possível em sua vida. Uma escuta dedicada e atenta pretende mobilizar esses lugares psíquicos, não para formatá-lo socialmente, mas sim para ajudá-lo a escapar do circuito que essas ideias predestinavam a ele: inútil, morto e condenado; para que algum outro investimento na vida pudesse emergir.

Seguindo em esclarecer a importância de uma escuta psicanalítica em uma enfermaria psiquiátrica, relembramos que com o avanço do tratamento psiquiátrico, em conjunto com as melhoras para a manutenção do laço social, Daniel foi ficando mais silencioso. Assim, consideramos que foi essencial e muito aproveitável que tivesse alguém próximo a Daniel - no caso, eu como residente psicóloga -, pois depois de concluído seu tratamento, esse conteúdo ficou submerso. Portanto, enquanto ele apareceu, Daniel pôde contar com alguém para que ele pudesse ser trabalhado, pensando em conjunto e ressignificado, sendo essa uma oportunidade posteriormente calada pelo funcionalismo estabelecido a partir do tratamento

psiquiátrico. Entretanto, a proposta de que atendimentos dessa modalidade fossem realizados partiu de mim, não tendo reverberação na construção mais institucional do projeto terapêutico do paciente, que considerava apenas o ECT, e nem sendo demandado pelos médicos como algo importante.

Consideramos, a partir disso, que os objetivos de nosso trabalho foram cumpridos. Relembramos, porém, que apesar das críticas tecidas à certa psiquiatria e a certo uso do tratamento medicamentoso, reconhecemos essas como práticas essenciais no cuidado dos sujeitos em sofrimento mental, principalmente se compreendemos que há certo nível de angústia, desamparo e desorganização dos sujeitos que demandam continência. Nosso diálogo se deu especialmente com uma psiquiatria, a mais biologicista e focada na medicação, conforme descrevemos no primeiro capítulo. Fica claro que o trabalho interdisciplinar, como aquele que ratifica a heterogeneidade tão cara ao campo da saúde mental, deve ser valorizado e defendido em espaços de cuidado a sujeitos em sofrimento. E, novamente, esse é um ponto a ser construído e defendido em tal enfermaria, pois a leitura e o trabalho que eu realizei com Daniel foi pouco considerado durante as reuniões de discussão de casos.

A psicanálise e a Reforma Psiquiátrica são duas defesas exercidas por nós, considerando que convergem em alguns pontos. Para os fins desse trabalho, destacamos que ambas não procuram operar pela via da produtividade e nem contribuir para a formação de sujeitos mais dóceis e socialmente adaptados. Pelo contrário, a psicanálise se orienta pelo desejo do sujeito que, geralmente, não está na conformidade das exigências sociais. A Reforma busca garantir espaços de inclusão. Uma na compreensão de que os discursos são todos válidos em si, pois representam algo para o sujeito - desde os mais excluídos do laço social até os menos - e a outra de que todas as pessoas devem ser amparadas por um sistema de saúde universal e equalitário, além de incluídas em uma sociedade que deve ser diversa. A Reforma e a psicanálise apostam na busca e ratificação da verdade dos sujeitos, e que ela possa valer em qualquer espaço - e não ficar restrita aos manicômios.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Fernando. Questões epistemológicas e metodológicas em psicanálise. **Jornal de psicanálise**, São Paulo, v. 39, n. 70, p. 105-131, jun. 2006.

AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: **a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 1998. Rio de Janeiro. Fiocruz, 1995

BONI JÚNIOR, Jonas de Oliveira. **O estádio do espelho de Jacques Lacan: gênese e teoria**. Orientador: Christian Ingo Lenz Dunker. 2010. 215 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BOTEGA, Neury; DALGALARRONDO, Paulo. **Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico**. São Paulo: Hucitec, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011.

CALAZANS, Roberto; LUSTOZA, Rosane Zétola. A medicalização do psíquico: o uso do termo psicose nos manuais diagnósticos estatísticos. **Tempo psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, p. 11-26, jul. 2014.

COUTINHO, Alberto Henrique Soares de Azeredo. Schreber e as psicoses na psiquiatria e na psicanálise: uma breve leitura. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 27, n. 52, p. 51-61, set. 2005. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-7395200500010008&lng=pt&nrm=iso.

CRUZ, Nelson; GONÇALVES, Renata; DELGADO, Pedro. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020

DIAS, Marcelo Kimati; FERIGATO, Sabrina Helena; SILVA, Michelle Chancetti. O papel da enfermagem de saúde mental em Hospital Geral: costurando possibilidades em rede. In: EMERICH, Bruno Ferrari & ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa (Org.). *SaúdeLoucura 10: tessituras da clínica*. São Paulo: Hucitec, 2019. P. 273-292.

DUNKER, Christian; KYRILLOS, Fuad. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 14, n. 4, p. 611-626, dez. 2011.

FERIGATO, Sabrina; ONOKO-CAMPOS, Rosana; BALLARIN, Maria Luisa G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da Unesp**, v.6, n.1, p.31-44, 2007.

FIGUEIREDO, A. C.; TENÓRIO, F.. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 5, n. 1, p. 29–43, jan. 2002.

FINK, Bruce. **Introdução clínica à psicanálise lacaniana**. 1. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1997.

FREUD, Sigmund. Obras completas - Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia. In: FREUD, Sigmund. **“O caso Schreber” e outros textos** (1911-1913). Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1911/2010. v. 10.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. O sujeito e o Eu. In: GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o inconsciente**. 25. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1984. Cap. 9. p. 196-229.

LACAN, Jacques. (1955-56). **O Seminário, Livro 3: As psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1988.

LIMA, Claudia Henschel de et al . Diagnóstico diferencial e direção do tratamento na atualidade: do DSM-IV à psicanálise. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro , v. 62, n. 1, p. 49-61, abr. 2010.

MACHADO, Liliane; MACHADO, Leonardo. Síndrome de Cotard: a doença da imortalidade. **Debates em psiquiatria**. v. 5, n. 5, p. 34-37, 2015.

MAGALHÃES, Darlene Denise Machado de Moura Oliveira de. Constituição do sujeito X Desenvolvimento da criança: um falso dilema. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 11, n. 20, p. 92-109, jun. 2006.

MALUCELLI, Dayse Stoklos. Labirinto do não: considerações sobre a síndrome de Cotard. **Trivium**, Rio de Janeiro , v. 4, n. 2, p. 1-11, dez. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-4891201200020002&lng=pt&nrm=iso>.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. **Psicanálise e hospital hoje: o lugar do psicanalista**. Revista da SBPH, v. 22, n. ju 2019, p. 19-27, 2019.

NOGUEIRA, Luiz Carlos. **A pesquisa em psicanálise**. Psicologia USP, São Paulo, v. 15, n. 1- 2, p. 83-106, Junho 2004.

SOHSTEN, Pedro von; MEDEIROS, Cynthia Pereira de. O diagnóstico: da psiquiatria à psicanálise. **Reverso**, Belo Horizonte , v. 38, n. 72, p. 59-65, dez. 2016 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-7395201600020008&lng=pt&nrm=iso>.

PITTA, A. M. F.. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579–4589, dez. 2011.

ROCHA, E. DE C.; FERNANDES, F. L. F.. Um psicótico ajuizado: incidências da psicanálise no tratamento psiquiátrico da psicose. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 7, n. 1, p. 40–62, jan. 2004.

TENÓRIO, Fernando. Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais. **História, Ciências e Saúde - Manguinhos**. v. 23, n. 4, p. 941-963, 2016.

VECHI, Luís Gustavo. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 3, sept./dec. 2004, p. 489-495.