UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

SUSANA CANÇADO TEATINI

O MEDICAMENTO E A REGULAÇÃO DO GOZO DO SUJEITO PSICÓTICO: UMA QUESTÃO ÉTICA

Belo Horizonte
2014

SUSANA CANÇADO TEATINI

O MEDICAMENTO E A REGULAÇÃO DO GOZO DO SUJEITO PSICÓTICO: UMA QUESTÃO ÉTICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Estudos Psicanalíticos.

Linha de Pesquisa: Conceitos Fundamentais de Psicanálise e Investigações no Campo Clínico e Cultura

Orientadora: Profª. Dra. Márcia Maria Rosa Vieira Luchina

Belo Horizonte

2014

150
T253m
2014

Teatini, Susana Cançado

O medicamento e a regulação do gozo do sujeito psicótico [manuscrito] : uma questão ética / Susana Cançado Teatini. - 2014.

88 f.

Orientador: Márcia Rosa Vieira Luchina.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

1.Psicologia – Teses. 2. Psicoses - Teses. 3.Medicamentos - Teses. I. Vieira, Márcia Maria Rosa. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Nome: Teatini, Susana Cançado

Título: O medicamento e a regulação do gozo do sujeito psicótico: uma questão ética

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof[a]. Dr[a]. Márcia Maria Rosa Vieira Luchina (Orientadora)

Universidade Federal de Minas Gerais

_____

Prof. Dr. Guilherme Rocha Massara

Universidade Federal de Minas Gerais

_____

Prof. Dr. Pedro Teixeira Castilho

Universidade do Estado de Minas Gerais

Para Carolina, Felipe e a
pequena Sofia

AGRADECIMENTOS

À Márcia Rosa, pela aposta neste trabalho, paciência e, principalmente, por sua orientação precisa, exigente e cuidadosa.

Aos professores Andréa Guerra e Renato Diniz, pelas contribuições a este trabalho desde a qualificação.

A todos os meus pacientes, pelo muito que me ensinam.

A todos os Cersams onde trabalhei e à Promotoria de Justiça de Defesa do Portador de Transtorno Mental, por tudo o que me ensinaram e me levaram a querer saber sobre a clínica das psicoses.

Com carinho, à Egínia, que foi presença importante em muitos dos caminhos até aqui percorridos.

A minha gratidão, à Cláudia Apgaua, que muito contribuiu para que esse trabalho se concretizasse.

Ao Renato Ávila, meu colega de curso, pelo carinho e amizade nesta caminhada.

Ao Luiz Henrique, companheiro e amigo, capaz de suportar o meu exílio.

Aos meus familiares, em especial à minha mãe, Conceição, tão presente com a sua fé em cada momento de minha vida.

“o real não está na saída nem na chegada:
ele se dispõe para a gente é no meio da travessia”
(Guimarães Rosa)

RESUMO

TEATINI, S. (2014). *O medicamento e a regulação do gozo do sujeito psicótico: uma questão ética*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

Investiga-se nesta dissertação a hipótese de que somente o tratamento pela via do medicamento não é suficiente para tratar o real do gozo do sujeito psicótico. Serve-se de fragmentos do caso de um sujeito paranóico que colocou em questão, em suas passagens ao ato, a clínica que lhe era ofertada pelo Cersam, reduzida apenas ao tratamento psicofarmacológico. A pesquisa é tecida na interseção dos laços de trabalho que se estabelecem entre a Psicanálise, a Saúde Mental e o Direito, visando formalizar o uso dos psicofármacos, seus alcances e seus limites na abordagem do psicopatológico. Propõe-se um debate sobre o recurso terapêutico ao psicofármaco na clínica da saúde mental, idealizada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Revisa-se a teoria psicanalítica a partir da descoberta freudiana do inconsciente e das contribuições lacanianas ao longo de seu ensino sobre o corpo e o gozo. Percorre-se, dessa forma, as noções psicanalíticas que puderam nos auxiliar a pensar o gozo do sujeito psicótico, sua regulação, a estabilização possível e a função do medicamento na direção do tratamento. A retomada de fragmentos de um caso clínico, ao final, nos mostra que as intervenções orientadas pela psicanálise não apenas permitiram uma outra relação do sujeito com o medicamento, bem como permitiram a ele a localização de um gozo, sua regulação e a inauguração de uma nova saída, uma pequena invenção, para fazer frente ao real do gozo do Outro.

Palavras-chave: psicose, medicamento, gozo, regulação.

ABSTRACT

TEATINI, S. (2014). *Medication and* jouissance *regulation of the psychotic subject: an ethical issue*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

In the present dissertation one investigates the hypothesis according to which the pharmacological treatment, by itself, is not sufficient to deal with the real of the *jouissance* of the psychotic subject. In order to do so, one brings forth clinical fragments of a case in which a paranoid patient questioned, through his passages to the act, the treatment which was offered by the CERSAM (Mental Health Service), reduced to a psychopharmacological protocol. The research is built upon the intersection of the work bonds that were established between Psychoanalysis, Mental Health, and Law, aiming to formalize the use of psychopharmaceuticals, their successful effects and their limits in the approach of the psychopathological manifestations. One proposes a debate on the therapeutic resource to psychopharmaceuticals in the mental health clinic, conceived from the point of view of the Brazilian Psychiatric Reform. One also reviews the psychoanalytical theory departing from the Freudian discovery of the unconscious and from the Lacanian considerations on body and *jouissance*. Thus, one revisits the psychoanalytic notions that unfolded the research regarding the *jouissance* of the psychotic subject, its regulation, a possible stabilization, and the function of medication in treatment direction. Some clinical fragments' review of a case shows us that the psychoanalytical oriented interventions enabled not only a different relation between subject and medicament, but also a location of the *jouissance*, its regulation, as well as the opening of a new way out – a small invention – in face of the real of the Other's *jouissance*.

Keywords: psychosis, medication, *jouissance*, regulation.

SUMÁRIO

Introdução.....10

Capítulo 1 – Clínica e Política: A Direção do Tratamento no Campo da Saúde Mental.....14
1.1 – Breve histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira.....14
1.2 – O Ministério Público: guardião dos deveres e direitos do cidadão.....17
1.3 – De que clínica se trata?.....24
1.4 – O recurso ao psicofármaco no campo da saúde mental.....26
1.5 – Um caso que interroga a clínica da saúde mental 30
1.5.1 –A entrada do Ministério Público.....33
1.5.2 – A lógica delirante.....34
1.5.3 – Dar a palavra... 35
1.5.4 – Regular o gozo.....37
1.5.5 – Dar a medicação... 38

Capítulo 2 – O corpo, o gozo e sua regulação no sujeito psicótico.....42
2.1 – O corpo entre a psicanálise e as ciências naturais.....42
2.2 – A biologia psicanalítica.....47
2.3 – A barreira ao gozo.....50
2.3.1 – O desejo é o desejo do Outro.....51
2.3.2 – O gozo é o gozo do Outro.....52
2.3.3 – O gozo do Outro é o gozo do corpo.....56
2.4 – A psicofarmacologia e a correção do gozo.....57
2.5 – Tratamentos possíveis.....63
2.5.1 – O delírio.....63
2.5.2 – A obra/A nomeação.....67
2.6 – Retorno à questão dos medicamentos na regulação do gozo.....70
2.6.1 – A estabilização nas psicoses.....70
2.6.2 – As lições de Soares.....74
2.6.2.1 – Medicar sim, segregar não.....74

Considerações Finais.....78

Referências Bibliográficas 82

INTRODUÇÃO

O estudo aqui apresentado constitui-se como uma possibilidade de trabalhar os impasses que atravessam a experiência clínica da pesquisadora nos serviços substitutivos e, mais recentemente, na Promotoria de Justiça de Saúde do Portador de Transtorno Mental de Belo Horizonte/Ministério Público, à luz das contribuições da psicanálise.

Durante os acompanhamentos clínicos e os estudos de casos, deparamo-nos com sujeitos psicóticos que, no curso de suas psicoses, opunham-se radicalmente ao tratamento, em especial à oferta e/ou manutenção do uso de medicamentos, por não se reconhecerem como portadores de sofrimento mental.

Nessa posição de recusa se incluíam, na maioria das vezes, os sujeitos que se encontravam inteiramente tomados por suas atividades delirantes e/ou estados alucinatórios de grande intensidade, passando a configurar situação de risco para eles e também para terceiros. A urgência em intervir se instalava e, em vista disso, era preciso recorrer ao psicofármaco, deixando ao seu encargo a missão de conter o sujeito, reduzir seu sofrimento e, assim, evitar que o pior pudesse acontecer.

Esses casos demandavam da Promotoria de Justiça de Saúde do Portador de Transtorno Mental/Ministério Público uma intervenção com prontidão, uma vez que outras tentativas para que o sujeito aderisse ao tratamento, realizadas pelos serviços que compõem a rede de tratamento em saúde mental, não tinham obtido sucesso. Assim, os casos que chegavam à Promotoria requeriam que as intervenções fossem realizadas com o sujeito e com todos aqueles que se encontravam em seu entorno, como a família, os serviços da rede de saúde, da assistência social e outros.

Diante desse contexto e de seus impasses, a pesquisadora era interpelada cotidianamente: **Como fazer para que o sujeito psicótico se submeta ao tratamento? De que natureza é a relação que se estabelece entre o sujeito psicótico e o medicamento? Por que, no decorrer do tratamento, o sujeito se rebela contra o medicamento? Qual o lugar do medicamento no tratamento possível do sujeito psicótico. Por que, na direção do tratamento, a medicação é recusada de maneira tão radical, sendo necessária uma intervenção do campo do direito?**

O “como-fazer”, “como-operar” nesses casos para que o sujeito permitisse a introdução ou a manutenção de um medicamento no tratamento, levaram a essa investigação, na qual os fragmentos de um caso clínico, que coloca um desafio à clínica da saúde mental,

permite interrogá-la: como conduzir o tratamento do sujeito psicótico quando o medicamento é um veneno?

O trabalho aqui apresentado é resultado do encontro com o autor desse caso clínico, Soares, um sujeito psicótico que se recusava a tratar-se e a ser medicado. Por isso, foi encaminhado à Promotoria de Justiça de Defesa do Portador de Transtorno Mental/Ministério Público, ficando ao encargo desta pesquisadora seu acompanhamento clínico. Daí advém o compromisso de trabalhar as questões que compõem essa dissertação de mestrado, intitulada "O medicamento e a regulação do gozo do sujeito psicótico: uma questão ética".

A discussão, suscitada por esse caso clínico, está organizada em dois capítulos. No primeiro, intitulado "Clínica e Política: a Direção do Tratamento no Campo da Saúde Mental", realizamos um breve histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira e localizamos, nesse contexto, a importância política e social da implantação da Promotoria de Justiça de Defesa do Portador de Transtorno Mental/Ministério Público no município de Belo Horizonte, ao assumir a garantia de defesa dos direitos e deveres do cidadão, portador de sofrimento mental.

Na trilha aberta pela Reforma Psiquiátrica, estabelecemos um debate entre a clínica e a política, evidenciando as dificuldades em sua articulação, procurando deixar claro de que clínica se trata na saúde mental e suas implicações na direção do tratamento do sujeito psicótico.

A respeito do recurso ao psicofármaco, demonstramos a importância do desenvolvimento da indústria farmacêutica e sua utilização no campo da saúde mental. Analisamos a articulação do medicamento com o modelo de tratamento proposto pela Reforma Psiquiátrica, para destacar a dependência dos serviços substitutivos ao manicômio, para com os psicofármacos.

Logo a seguir, é apresentado e discutido os fragmentos do caso de Soares, que versam sobre os impasses na direção do tratamento do sujeito psicótico na clínica da saúde mental. Esses fragmentos, ao nos ensinarem, fornecem as coordenadas para a formulação da hipótese que esta dissertação tem por objetivo examinar: **somente o tratamento pela via do medicamento não é suficiente para tratar o real do gozo do sujeito psicótico.**

No segundo capítulo, intitulado "O corpo, o gozo e a sua regulação no sujeito psicótico", trazemos a contribuição da psicanálise para orientar essa discussão sobre o medicamento e a regulação do gozo do sujeito psicótico. Desta forma, é feita uma breve incursão pelo modelo de conhecimento científico que dá origem a ciência moderna, na qual a psicanálise surge inaugurando um outro espaço de investigação do corpo biológico tratado

pela medicina. Portanto, a novidade que a psicanálise introduz é que ela trata de um corpo afetado pela linguagem, em conexão com o significante, resultado do encontro do organismo com a linguagem.

Retoma-se algumas formulações a respeito do corpo e do gozo no ser falante, desenvolvidas por Lacan a partir da hipótese que é verificada pela clínica de que o corpo, no ser falante, seria, antes de tudo, um efeito. Como consequência, o corpo seria produto de um processo de simbolização e de investimento libidinal no organismo. Através dessa elaboração, pode-se dizer que cada sujeito é a fórmula única de uma modalidade de gozo, sendo que, essa, só é pensável a partir do suporte material de um corpo, que, por sua vez, é o suporte material do significante.

Outro ponto abordado é a operação de castração, que Lacan formaliza através de seu matema da metáfora paterna, que tem como efeito principal dar seu significado ao gozo, ou seja, conferir ao falo a capacidade de imprimir uma fixação do gozo, uma localização, que se efetiva através de uma perda. Porém, se há o fracasso da metáfora paterna, fica reservado ao sujeito o campo das psicoses, ordenado pela foraclusão do Nome-do-pai, condição essencial na psicose.

Ainda nesse capítulo são feitas algumas pontuações sobre a introdução de Lacan à topologia dos nós e à articulação entre os campos do simbólico, imaginário e real. Então, servindo-se do nó borromeano, Lacan formula que o gozo do Outro está fora do simbólico, pois é do imaginário, do corpo marcado por sua inserção no real, que ele procede. É esse gozo, louco e enigmático, que invade toda a linguagem, que se encontra na psicose, em decorrência da inexistência da função fálica. Portanto, o gozo do Outro, por se encontrar separado da linguagem, somente poderá ser capturado a partir da letra, como única possibilidade de acesso ao real.

Outra questão levantada relaciona-se à função da psicofarmacologia na correção do gozo. Nessa perspectiva, é discutido se os psicofármacos são próteses psíquicas para os sujeitos psicóticos, ao se levar em conta que a biotecnologia psicofarmacológica se coloca a serviço da correção do corpo-neuronal. Essas próteses nas psicoses, os neurolépticos, têm a seu encargo extrair, neutralizar o excesso de real e, assim, cumprem a função de separar o gozo do corpo.

As elaborações que se seguem dizem respeito às saídas possíveis do sujeito psicótico ao tratar a foraclusão do Nome-do Pai, em particular pela via do delírio e da obra, como trabalhos de localização e de regulação do gozo, os quais promovem a estabilização do sujeito na psicose. Em relação à saída pela via delírio, revisitamos o caso Schreber e refletimos sobre

sua função de suplência na estrutura, o que permite um enlaçamento e fixa o gozo. As possibilidades e os limites da estabilização por essa via são também abordadas.

Pela via da obra/nomeação é examinada a literatura do escritor James Joyce, o qual não se serve do simbólico; sua obra se produz a partir de uma operação real sobre o real do gozo. A hipótese de Lacan é de que Joyce teria uma estrutura psicótica, sem nunca ter havido aí um desencadeamento, ou melhor, um desenlaçamento dos registros, pelo fato dele ter conseguido, através das amarrações feitas com a escritura, um tipo de "gambiarra". A estrutura psicótica de Joyce se mantém compensada graças a sua obra literária, por isso sua psicose não aflora.

Ao finalizar esse capítulo, retornamos à questão dos medicamentos na regulação do gozo, detendo-nos na noção de estabilização para articulá-la ao caso clínico e examinarmos o que esteve em jogo na regulação do gozo do sujeito. Buscamos, assim, refletir e extrair algumas indicações sobre o uso do medicamento, suas possibilidades e limites, na regulação do gozo do sujeito psicótico.

Capítulo 1

CLÍNICA E POLÍTICA: A DIREÇÃO DO TRATAMENTO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

1.1 – Breve histórico da reforma psiquiátrica brasileira

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo que se iniciou na década de 1970, período no qual germinavam os valores e ideais que fomentariam o reclame da cidadania do louco. Acometida com grande intensidade pela conjuntura histórica, política e social do país, pelo fato de longos anos de ditadura e opressão, este novo modo de pensar o tratamento em psiquiatria tecia uma crítica incisiva à precariedade da assistência brasileira e ao estado ditatorial desta época, fazendo eco ao processo de abertura política que se anunciava após anos de ditadura.

Nesse cenário, são encabeçadas as primeiras denúncias de torturas, maus-tratos, desleixos e negligências clínicas nas instituições psiquiátricas durante aqueles anos, deixando claro qual era o tratamento reservado às pessoas em sofrimento, o que, inevitavelmente, expunha o louco a todo o tipo de violação de direitos humanos. Os profissionais do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental foram os que mais se implicaram nessa discussão sobre o tratamento ofertado pela psiquiatria, levando ao conhecimento da sociedade as formas de cuidado destinadas ao louco, que se assemelhavam às práticas de torturas. Assim, esses trabalhadores agiram como atores estratégicos pelas reformas no campo da saúde-mental.

Esse conjunto de mudanças que se erguiam recebeu influência do movimento das comunidades terapêuticas dos Estados Unidos e de alguns movimentos reformistas europeus, como a psicoterapia institucional francesa, com referências à psicanálise e tendo como destaque principal a clínica institucional e a psiquiatria democrática italiana, que privilegiava o enfoque político das questões da saúde mental.

Os postulados da psiquiatria democrática italiana, defendidos por Franco Basaglia, afirmavam a necessidade de extinção do hospital psiquiátrico pelo fato de seu fracasso, apesar de todos os esforços realizados, anteriormente, para transformá-lo num espaço terapêutico.

Denunciavam a pretensa neutralidade da ciência, ao demonstrar que os saberes científicos dependem das relações de poder e tomam partido diante delas. De acordo com esse ponto de vista, as mudanças pretendidas não se reduziriam aos técnicos de Saúde Mental, mas envolveriam diferentes atores, produzindo debates e mobilizações que abarcariam outros segmentos sociais.

Ainda na concepção da psiquiatria democrática italiana, os muros do manicômio simbolizavam todo o controle da palavra, das ações e das decisões dos ditos loucos, toda esta regulação feita em nome da ciência. Logo, tratar-se-ia de garantir aos portadores de sofrimento mental um espaço real de cidadania, ou seja, um espaço que lhes proporcionasse o lugar de protagonistas de uma transformação social, reassumindo suas próprias vidas, como legítimos habitantes da pólis (cf. Souza, 2005).

As décadas que se seguem, 1980 e 1990, levaram para frente as ideias que foram propagadas nos anos antecedentes. A década de 80 se distinguiu por uma forte participação sanitária, pela qual, de alguma maneira, ainda se colocava fé na moralização do dispositivo técnico existente, com uma tímida crítica em relação aos seus pressupostos.

Vale recordar que no II Encontro do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizado na cidade de Bauru/SP em 1987, aconteceu a criação da famosa palavra de ordem *Por uma sociedade sem manicômios*, franqueando, assim, o nascimento do Movimento da Luta Antimanicomial, que agregou novos atores, sobretudo familiares e usuários, constituindo, dessa forma, a partir dos anos 90, um verdadeiro movimento social na luta por outras políticas públicas de Saúde Mental.

Nessa conjuntura política, a Reforma Psiquiátrica Brasileira emerge da crítica ao modelo asilar de tratamento da loucura, colocando em foco a concepção de louco como doente mental e da loucura como doença. Dentre suas proposições, patente em todas as diferentes experiências desenhadas sob sua égide, a principal é a de que se concebessem novas maneiras de lidar com a loucura e com o louco, de maneira que ele não estivesse tutelado, amordaçado, sem a chance de sair desse enclausuramento, submetido e dirigido por outro que, certamente, saberia a seu respeito e falaria em seu nome.

O tratamento do louco implicaria na criação de dispositivos que lhe propiciasse ter um lugar, se territorializar, se inscrever, não apenas no mundo das relações sociais, mas também no mundo psíquico. Era preciso dar voz ao louco, que sua palavra fosse levada em conta, como condição para que ele viesse a existir, e, aí, ter a garantia de uma vida humanizada.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é projetada abrigando em suas bases o fundamento de que a construção de uma rede comunitária de cuidados é essencial para a sua consolidação.

A conexão em rede de variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é decisiva para o estabelecimento de um conjunto vigoroso e concreto de referências com capacidade de acolher a pessoa com sofrimento mental. Essa rede se configura na proporção em que, de maneira frequente e duradoura, outras instituições, associações, cooperativas e múltiplos espaços da cidade vão se articulando.

Nessa lógica a rede de atenção e cuidados ao portador de transtorno mental se estende e se infiltra pelos espaços comunitários, não se restringindo apenas aos equipamentos da saúde, mas, pelo contrário, passando a incluir os recursos de outros segmentos sociais que operam na cidade, causando um movimento permanente em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais.

A Rede de Atenção à Saúde Mental, nessa concepção, tem como guia a noção de território, definido como um espaço de pessoas, das instituições, das malhas e dos cenários nos quais se concentra a vida comunitária, não se limitando apenas a uma área geográfica. Essa forma de pensar o trabalho no território não significa trabalhar na comunidade, mas trabalhar com seus componentes no resgate de todos os saberes e potencialidades dos recursos ali existentes, viabilizando a fabricação coletiva das soluções e a diversidade de trocas entre as pessoas nos cuidados em saúde mental. Dessa forma, é a noção de território, como orientador da Rede, que passa a direcionar as ações de todos os seus equipamentos (cf. M. Saúde, 2005).

É na década de 1990 que se pode constatar que, de fato, se instituíram as balizas definitivas do novo modelo de assistência em saúde mental brasileira, ao se garantir a instalação dos novos dispositivos de cuidados como os NAPSs, CAPSs, SRTs.[1] Conforme observa Tenório (2007):

> Vimos a expansão bem sucedida dos CAPS como carro chefe da reorientação de modelo em curso; o estabelecimento do paradigma da atenção psicossocial como norte de cuidados em saúde mental; a diversificação dos serviços e dispositivos no sentido da criação de uma rede multi-institucional que atenda às reais necessidades de tratamento e apoio de vida acarretadas pela doença mental grave; a criação de um arcabouço normativo bastante completo, que criou condições de regulação, gerência e financiamento do sistema; e a continuada diminuição do número de leitos psiquiátricos (p. 12).

Na década seguinte ocorre a implantação efetiva das mudanças nas políticas no campo da saúde mental, firmadas legalmente a partir de 2001, através da publicação da Lei 10.216[2], que reorienta o modelo de atenção e torna as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira um

[1] As siglas referem-se aos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPSs), Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), respectivamente.
[2] Voltaremos a comentar sobre essa lei no item seguinte.

instrumento legal. O ano seguinte, 2002, também possui importância histórica, pelo fato da promulgação da Portaria Ministerial 336, que estabelece aos CAPS um novo alcance, ao formalizar instrumentos efetivos de financiamento para sua implantação, manutenção e ampliação da sua missão institucional (cf. M. Saúde, 2002).

Na análise de Fernando Tenório (2012), existem três eixos na estruturação do campo teórico-prático da Reforma Psiquiátrica Brasileira: *a desinstitucionalização, a clínica institucional e a reabilitação psicossocial.* Portanto, é da combinação desses três eixos que se ergueu o principal dispositivo institucional da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o já mencionado Centro de Atenção Psicossocial, daqui em diante denominado CAPS. Os CAPS, que se ocupam da assistência a psicóticos e neuróticos graves, estão voltados para o tratamento intensivo ou semi-intensivo. Em alguns municípios mineiros, eles são também nomeados de Centros de Referências em Saúde Mental, daqui em diante denominados CERSAMs.

Esses dispositivos conjugam a ação política proposta pelo eixo da desinstitucionalização, tomando a instituição apenas como um lugar de referência, proposta pela clínica institucional, e trilham na direção da recuperação da competência social através do trabalho da reabilitação psicossocial. Assim, os CAPS/CERSAMs ocupam valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois é com o surgimento desses serviços que se estabeleceu a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico.

1.2 – O Ministério Público: guardião dos direitos e deveres do cidadão

A luta pela cidadania do louco torna-se a principal bandeira da Reforma Psiquiátrica Brasileira, imprimindo nesse movimento um caráter político que norteia as reformulações, seja no âmbito das instituições e das políticas públicas, seja no âmbito da clínica propriamente dita. Restituir ao louco seu direito à cidadania representa a meta a ser alcançada pelos Serviços de Saúde que se encarregam de seu tratamento, assim como das instituições representantes de vários setores da sociedade participantes dessa empreitada.

Dessa forma, o acesso à cidadania do portador de transtorno mental encarna um caráter reivindicativo por parte da Reforma Psiquiátrica que, no seu entendimento, é indispensável a todos os sujeitos, criando, assim, um ideal que pesará sobre os pacientes na

sua relação com as instituições envolvidas em seu tratamento. Por conseguinte, o louco alcança o direito à cidadania, amparado pelos vários segmentos da sociedade. Como nos indica Tenório (2002):

> Nascido do reclame da cidadania do louco, o movimento atual da reforma psiquiátrica brasileira desdobrou-se em um amplo e diversificado escopo de práticas e saberes. A importância analítica de se localizar a cidadania como valor fundante e organizador deste processo está em que a reforma é sobretudo um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as suas relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si (p. 28).

No curso da Reforma Psiquiátrica, o Ministério Público passa a integrar esse processo enquanto uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais indisponíveis.[3]

O Ministério Público, apesar de estar dissociado da competência para formulação de políticas públicas, aparece na Constituição da República como instituição vocacionada para a proteção e promoção da cidadania de pessoas portadoras de transtornos mentais, através do necessário acompanhamento das famílias e dos pacientes em situações de risco e vulnerabilidade social. É importante destacar que o objetivo da atuação ministerial, na tutela coletiva ou individual, é sempre a proteção e o cuidado da pessoa, mediante a efetivação de direitos.

Diante do processo de desinstitualização de pacientes de longa duração, bem como da regulação dos leitos restantes e das novas internações, nesses casos, o Ministério Público deve atuar no resgate a cidadania, servindo, muitas vezes, como interlocutor ou mediador na implantação de políticas públicas de reinserção social, junto às famílias e instituições diversas que se encontram envolvidas com os portadores de transtorno mental.

A nova Política de Saúde Mental Brasileira – junto com a Reforma Psiquiátrica Brasileira – obtém seu novo diploma legal após longo processo de tramitação no Congresso Nacional, que levou cerca de 10 anos para promulgar a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001 a qual se coloca em posição adversa ao sistema de tratamento até então vigente.

A referida Lei estabelece: a excepcionalidade da internação, ou seja, ela se justifica desde que os recursos extra-hospitalares demonstrem ser insuficientes nas intervenções terapêuticas; a proteção dos direitos dos portadores de transtorno mental, contrapondo-se aos abusos no tratamento; o reconhecimento do paciente como sujeito e titular de direitos; a preocupação com a qualidade do tratamento destinado ao portador de sofrimento mental, de

[3] Cf. Constituição Brasileira Federal, art. 127, de 1988.

modo que deva ser considerado não apenas a sua segurança social, mas também sua reinserção social progressiva; a inserção do usuário na Rede de Tratamento de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Ministério Público do Estado de Minas Gerais, diante dos novos ditames da Lei 10.216, a qual lhe confere atribuições, aos 09 de maio de 2002, cria o Grupo de Defesa dos Direitos das Pessoas Portadoras de Transtorno Mental, daqui em diante denominado DETRANSME[4], serviço diretamente subordinado ao Procurador-Geral de Justiça.

Nesse primeiro momento, a atuação do DETRANSME ocorre no município de Belo Horizonte e também no interior, através da interação com as Varas de Execução Criminal para a implantação de um serviço de acompanhamento jurídico, psicológico e assistencial aos pacientes judiciários e suas famílias, buscando estabelecer um debate com a coletividade sobre a proteção do portador de transtorno mental em situação de abandono ou de abuso por parte da família.

Para tanto, o DETRANSME promoveria o intercâmbio com os Centros de Apoio Operacional na capital e no interior para a proposição de ações civis pública ou qualquer outra providência jurídica necessária à defesa e proteção do paciente portador de transtorno mental. Havia a pretensão de se estabelecer convênios técnicos com entidades públicas e privadas, especialmente com universidades, empresas, gestões de Programa de Voluntários, agremiações religiosas, OAB/MG[5], Fóruns de Saúde Mental, Rede Estadual e Municipal de Saúde Mental e/ou instituições congêneres, definidas em lei, visando à promoção e assistência do paciente psiquiátrico, como notadamente sua reinserção na sociedade através da desospitalização e do tratamento ambulatorial.

Aos 17 de março de 2006, o DETRANSME é extinto e cria-se a Coordenadoria de Justiça de Defesa dos Direitos das Pessoas Portadoras de Transtorno Mental[6], integrando o Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde, passando a ser dirigida por um Promotor de Justiça, designado por ato do Procurador-Geral de Justiça.

Compete a esta Coordenadoria promover a articulação, a integração e o intercâmbio entre os órgãos de execução, inclusive para efeito de atuação conjunta ou simultânea, quando cabível, sempre visando à proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais. A Coordenadoria presta um auxílio aos órgãos de execução do Ministério Público na instrução

[4] Resolução PGJ n. 9, de 05 de Fevereiro de 2002, dispõe sobre a criação e define as atribuições do Grupo de Defesa das Pessoas Portadoras de Transtorno Mental.
[5] Órgão dos Advogados do Brasil.
[6] Resolução PGJ n. 17, de 17 de Março de 2006, dispõe sobre a criação da Coordenadoria de Defesa dos Direitos das Pessoas Portadoras de Transtorno Mental, definindo-lhe a estrutura e o âmbito da atuação.

de procedimentos administrativos, no acompanhamento de inquéritos policiais ou no desenvolvimento de medidas processuais.

A Coordenadoria, ao receber representações e expedientes, deve encaminhá-los aos órgãos de execução para a efetivação das medidas adequadas, assim como deve remeter as informações técnico-jurídicas, sem caráter vinculativo, aos órgãos de execução ligados à sua atividade. Ademais, ela presta atendimento e orientação às entidades com atuação na sua área, emitindo sugestões quanto à realização de convênios e zelando pelo cumprimento das obrigações deles decorrentes. Ela responde também pela implementação dos planos e programas de sua área, em conformidade com as diretrizes fixadas. Enfim, a Coordenadoria representa o Ministério Público, quando cabível e por delegação do Procurador-Geral de Justiça, junto aos órgãos que atuam na respectiva área.

O acompanhamento da política nacional e estadual referente ao portador de sofrimento mental estaria, assim, sob o encargo da Coordenadoria e, nesse sentido, se realizariam estudos com o intuito de fornecer sugestões a serem encaminhadas às entidades públicas e privadas com atribuição nesse setor, visando também à realização de cursos, palestras e outros eventos para fomentar a discussão sobre a política em curso.

A Coordenadoria realizaria junto às Varas de Execução Penal da Capital e do interior o levantamento estatístico dos pacientes judiciários submetidos à Medida de Segurança e estabeleceria convênios técnicos com entidades públicas e privadas, especialmente a OAB-MG, universidades, empresas, gestões de programa de voluntários, agremiações religiosas e outras instituições afins e/ou congêneres, definidas em lei, visando à socialização do paciente psiquiátrico. Ela manteria permanente contato e intercâmbio com entidades públicas ou privadas que poderiam contribuir para a socialização do paciente judiciário e sua reintegração na sociedade e concorreria na criação, acompanhamento e fiscalização dos serviços voluntários de assistência ao portador de transtorno mental e respectivas famílias.

A Coordenadoria, ao interagir com o Ministério da Saúde, com as Secretarias de Saúde do Estado e dos municípios mineiros, buscaria efetivar a assistência direta ao paciente judiciário e/ou à sua família, além de desenvolver outras funções compatíveis com sua finalidade de proteger o paciente psiquiátrico de toda ameaça a seu direito indisponível à vida e saúde. Enfim, apresentaria, anualmente, ao Procurador-Geral de Justiça e ao Coordenador do Centro de Apoio das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde relatório de suas atividades, contendo as sugestões para o aprimoramento do trabalho.

Aos 04 de fevereiro de 2010, a Coordenadoria de Justiça de Defesa dos Direitos das Pessoas Portadoras de Transtorno Mental foi revogada[7] e se homologa a distribuição consensual das atribuições ministeriais da 19º Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Belo Horizonte, instituindo a 3ª Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos do Portador de Transtorno Mental. Nesse ato, a Promotoria tem a sua atuação restrita a comarca de Belo Horizonte e passa a integrar as Promotorias de Justiça Especializadas, também denominadas Promotorias de Justiça do Cidadão.

Essa resolução dá nova disciplina à 3ª Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos do Portador de Transtorno Mental, estabelecendo outras disposições relativas às suas atribuições perante as Varas Criminais da comarca de Belo Horizonte, tais como: a intervenção em feitos de tipos penais imputados aos profissionais de saúde no exercício de sua atividade profissional, em que for vítima a pessoa com transtorno mental; a atuação civil em feitos de intervenção obrigatória, relativas à curatela, registro civil e atribuição de nome a pessoas com transtorno mental; a fiscalização dos serviços de Saúde Mental no que diz respeito às suas ações no âmbito da política nacional de Saúde Mental, na assistência farmacêutica em Saúde Mental e, por último, no controle das internações psiquiátricas involuntárias.

A inclusão da 3ª Promotoria de Justiça de Direitos do Portador de Transtorno Mental na categoria de "Promotoria Especializada", isto é, "Promotoria do Cidadão," atesta que a reivindicação da Reforma Psiquiátrica Brasileira de que o louco viesse a ser reconhecido como cidadão de direitos é ratificada nesse ato do Ministério do Público, ao assumir a vigilância e o zelo pelos direitos do portador de transtorno mental.

Após essa longa caminhada pela busca da cidadania dos loucos e pela sua inserção psicossocial, que marca as ações em saúde mental no Brasil, é preciso ficar atento para que este ideal não se torne "um ideal tirânico para o sujeito. Para que isto não aconteça, é preciso que [...] o valor da cidadania seja um pressuposto ético e político, e não um ideal de desempenho social imposto ao sujeito" (Tenório, 2001, p. 153).

A presente pesquisa, "O medicamento e a regulação do gozo do sujeito psicótico: uma questão ética", nasce nesta Promotoria Especializada em virtude dos acompanhamentos clínicos e estudos de casos dos portadores de transtorno mental realizados pela pesquisadora, psicóloga e integrante da equipe técnica desse Órgão. Essa equipe técnica tem como atribuição assessorar ao Promotor em suas decisões, encaminhamentos e determinações em

[7] Resolução PGJ ADJ JUR n. 9, de 04 de Fevereiro de 2010.

conformidade com o aparato legal, o qual regulamenta a garantia e proteção dos direitos dos portadores de transtorno mental.

Dentre as várias demandas dirigidas à 3ª Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos dos Portadores de Transtorno Mental pelos serviços da rede de saúde mental do município e pelos familiares dos portadores de sofrimento mental, chama a atenção aquelas que relatam o fato do paciente se recusar a se submeter ao tratamento, sendo que, em alguns casos, ele se encontra em franco surto psicótico, configurando risco para si e/ou para terceiros. Agora, o portador de transtorno mental, incluído no rol dos cidadãos – sujeito de direitos –, tem também de cumprir com os seus deveres, dentre eles, realizar seu tratamento nos serviços da rede de saúde mental públicos ou privados. Assim, espera-se que o cidadão dê a sua contrapartida, isto é, que cumpra seu dever em se tratar.

No conjunto das demandas que batem à porta da Promotoria, relativas ao tratamento do sujeito psicótico, tem se destacado a oposição do paciente à oferta e/ou manutenção do psicofármaco no decorrer do tratamento, sendo que essa posição de rejeição ao medicamento ganha consistência e torna-se recorrente nos casos acompanhados. Os pacientes nessas situações se encontram, na maioria das vezes, inteiramente tomados por atividades delirantes e/ou estados alucinatórios, os quais são de grande intensidade, colocando-os em risco e também a terceiros. É urgente barrar o insuportável em que o sujeito psicótico está submerso, o que poderia levá-lo ao pior, como o suicídio ou a passagem ao ato[8], e, na maioria das vezes, isso não é possível senão com o auxílio do psicofármaco.

A entrada em cena de um dispositivo do campo do Direito, a 3ª Promotoria de Defesa dos Direitos do portador de Transtorno Mental, inaugura uma nova via na direção do tratamento do sujeito psicótico, através da inclusão do Outro, representante da Lei, com o intuito de que ele sirva de obstáculo à negativa do paciente a se tratar. Nesse momento, o sujeito psicótico é interpelado sobre suas razões em não querer se tratar e é convocado pela Promotoria a aderir ao tratamento em saúde mental.

Como fazer para que o sujeito psicótico se submeta ao tratamento? O impasse em

[8] Segundo Lacan (1967-68), o ato é sempre um ato significante. Ele nos diz: "não há ação alguma que não se apresente, de saída e antes de mais nada, como uma ponta significante" (*O Seminário, livro 15: o ato psicanalítico*, lição de 10/01/68). Na passagem ao ato, trata-se de um "agir inconsciente", de um ato não simbolizável, pelo qual o sujeito resvala para uma situação de ruptura integral, de alienação radical. Ele se identifica então com o objeto (pequeno) *a*, isto é, com um objeto excluído ou rejeitado de qualquer quadro simbólico. O sujeito se encaminha para sair da cena e é isso que permite reconhecer na passagem ao ato seu valor próprio, ele se precipita e despenca fora da cena (cf. Lacan, 1962-63/2005, p. 129). Desta forma, o sujeito psicótico se encontra encantoado em estados psicopatológicos, nos quais o simbólico se volta para o real, de modo que podem se produzir tentativas de alcançar a castração simbólica por meio de subtrações reais do objeto, buscadas através da mutilação, do suicídio, ou, também, de algum atentado contra um outro especular. O ato é que permite ao sujeito transformar-se *a posteriori*.

torno de um tratamento possível é testemunhado no dia a dia dos acompanhamentos dos casos, mesmo que se leve em conta que a Promotoria, enquanto órgão representante da Lei, venha a produzir efeitos sobre a posição de recusa do sujeito psicótico, ao convocá-lo ao tratamento. O que se verifica é que essa convocatória por parte da Lei, através de seu guardião, o Promotor, falha. O sujeito psicótico declina diante de tal convocatória. Então, o operador do Direito busca subsídios para legislar sobre aquele que não cumpre a Lei, sobre o fora-da-Lei. Nessa medida, demanda à sua equipe técnica constituída pela Psicologia, a Psiquiatria e o Serviço Social uma resposta sobre a recusa do portador de transtorno mental ao tratamento, em uma tentativa de obter garantia do cumprimento da lei. O Direito, ao fazer esse apelo àquelas disciplinas, espera encontrar respostas para continuar a operar nas redes do Discurso do Mestre[9].

A partir das demandas endereçadas ao Setor de Psicologia da 3ª Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos do Portador de Transtorno Mental, surgiu o interesse em se verificar de que natureza é a relação que se estabelece entre o sujeito psicótico e o medicamento, visto que, no decorrer do tratamento, o sujeito se rebela contra o psicofármaco. Qual o lugar do medicamento no tratamento possível do sujeito psicótico? Por que na direção do tratamento a medicação é recusada de maneira tão radical, sendo necessária uma intervenção do campo do Direito?

Nesta pesquisa, cabe afirmar que seguiremos a trilha inaugurada por Freud, considerando que a posição de escuta de um sujeito em seu sofrimento é um posicionamento político, ainda que se busque velar isso, uma vez que o trabalho de escuta faz com que o singular possa ganhar voz diante do universal. Lacan (1958/1998), nesse caminhar, depois irá nos advertir que toda clínica é ética e, também, política, independentemente do contexto histórico e social.

Desta forma, a pesquisa em curso será tecida na interseção dos laços de trabalho que se estabelecem entre a Psicanálise, a Saúde Mental e o Direito, visando formalizar o uso dos psicofármacos, seus alcances e seus limites na abordagem do psicopatológico.

[9] Lacan (1969-70/1992), em *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*, apresenta as formas do laço social a partir da definição de quatro discursos: mestre, universitário, histérica e analista. O discurso do mestre é reconhecido como aquele do querer dominar, representado pelo governo e pela instituição. O mestre, neste caso, não se preocupa com o saber, desde que tudo funcione e que seu poder seja mantido ou aumente, esse é seu interesse, pois ele não pode dar mostras de sua fragilidade. Assim, a posição de mestria, quando encarnada em um mestre, evidencia que ele procura encobrir que é um ser submetido à linguagem, que sucumbiu à castração simbólica.

1.3 – De que clínica se trata?

> *A psicanálise está incluída no mapa da Saúde Mental juntamente com os tratamentos combinados, muito próprios da complexidade moderna de nossa época. Vemos que a psicanálise tem **sempre** um lugar, **sempre** que há algum impossível a tratar. Freud dizia que educar e governar são tarefas impossíveis, e o governo da cura o é mais ainda (Laurent, 2005, p.18).*

No trilhamento histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira é evidente o privilégio concedido por parte desse movimento à política em detrimento à clínica. Quais foram as razões que levaram a tal prerrogativa? E quais são os impactos desta política na clínica?

A Reforma Psiquiátrica, apoiada no paradigma da desinstitucionalização, declara uma crítica ferrenha não somente à instituição asilar, que se fartava com sua cultura manicomial segregadora e obscena, se eximindo de dispensar o mínimo de dignidade aos loucos, como também à tradicional clínica psiquiátrica que, usando como álibi a ciência, se dedicava a criar e a infligir inúmeras práticas violentas e excludentes ao portador de sofrimento mental.

Essas críticas acabam por contaminar a própria instituição da clínica. Então, como medida de precaução, os representantes da clínica deveriam ser mantidos afastados, à parte desse processo. Esta medida, tomada em relação à clínica psiquiátrica, da mesma forma se estende à clínica psicanalítica e, isto, pelo fato de se ignorar totalmente as diferenças entre essas duas clínicas, a psiquiátrica e a psicanalítica.

Somando-se a isso, temos a Reforma Psiquiátrica Brasileira enquanto fiel seguidora da cartilha da psiquiatria democrática, o que faz com que ela aposte todas as suas fichas no dispositivo da atenção psicossocial, que se fundamenta na noção de reabilitação psicossocial e tem como propósito a recuperação da autonomia e do poder de contratualidade dos sujeitos portadores de sofrimento mental. Nessa perspectiva, espera-se que o sujeito restabeleça seus papéis sociais ditos normais, os quais dizem respeito ao exercício da cidadania, com acesso ao emprego, à moradia, ao lazer e à vida entre seus pares. O estigma de paciente deve ser deixado para trás, portanto, deve-se incorporar a capacidade de viver com autonomia.

Não se pode deixar de assinalar também que, nesse novo espaço de tratamento, o "sujeito" agora se resume ao "usuário", portanto, o sujeito foi excluído ao se apagar a ideia de sintoma, que é o nó da subjetividade. A mudança de concepção de "enfermidade mental" para "saúde mental" arrastou consigo a ideia de sintoma. É preciso que se recupere a noção de

sintoma, desprendendo-a daquela concepção que esse termo tem no contexto médico enquanto sintoma orgânico, assim como, também, do sintoma social (Tizio, 2009).

Tenório (2002) aponta que existem duas vertentes no campo da reforma. A primeira ressalta a dimensão política e social, que visa à superação do paradigma da clínica, para que se realize uma prática de fato transformadora junto aos portadores de transtorno mental. Essa vertente considera que a clínica impõe ao louco um lugar de negatividade, ao operar com a ideia de doença mental como o negativo da razão e como desvio em relação a um padrão normal de subjetividade. A outra vertente vale-se da ideia de que a loucura encerra uma especificidade que somente a clínica é capaz de abrigar de maneira positiva.

A queda do significante “doença mental” e a escolha de outro, “saúde mental”, para designar esse novo campo de forças, demonstra o esforço de não positivar e dar vida a um campo ocupado pelas enfermidades mentais da clínica psiquiátrica, tributária da cultura manicomial, segregadora que, sob o domínio do saber médico, decretou ao sujeito ocupar a posição de objeto, anulando-o sob a etiqueta de doente mental. Essa objeção ao poderio do saber médico-psiquiatra para o tratamento da chamada “doença mental” impulsiona o campo da saúde mental a se tornar multidisciplinar, heterogêneo e plural (cf. Rinaldi, 2005).

A saúde mental, por não dispor de um campo conceitual próprio, se alimenta de conteúdos distintos, sendo que, em muitos casos, eles possuem um cunho ideológico, e acabam conseguindo convertê-la em categoria da ordem pública (Miller, 1993). Dessa forma, o campo da saúde mental, ao agregar diversos saberes e práticas, contribui para que técnicos de várias disciplinas assumam a condução do trabalho, tomando partido nessa relação entre clínica e política em conformidade com seus diferentes pressupostos éticos.

A “clínica ampliada” ou a “clínica do cotidiano” são as novas designações dadas à clínica que se pratica na saúde mental e que, com frequência, surge recoberta pela noção de “cuidado”. Essa clínica, apartada da clínica médica, passa a reunir todos os procedimentos da atenção psicossocial e incorpora a dimensão do sujeito atravessada pelas questões da cidadania. Nessa nova concepção da clínica, há uma tendência de se igualar a categoria “cidadão” a categoria “sujeito”, tomando às vezes uma pela outra, deixando de lado todo rigor com o qual a categoria sujeito é tratada pela clínica psicanalítica (cf. Rinaldi, 2005).

Em Belo Horizonte, há que se destacar a parceria entre a Reforma Psiquiátrica e a orientação psicanalítica lacaniana, parceria esta que se iniciou desde a implantação dos Cersam’s e que se mantém até os dias de hoje através de supervisões clínicas realizadas por psicanalistas nos serviços que integram a rede de saúde mental do município. Entretanto, essa presença da psicanálise na condução clínica é motivo de críticas negativas de alguns

trabalhadores em saúde mental, que julgam que a política foi suplantada pela clínica, provocando uma despolitização do trabalho com a loucura.

Outros militantes da Reforma Psiquiátrica tomam outra posição nessa seara, uma vez que entendem que se deve tornar propício a articulação do trabalho clínico e da política, pois aí se circunscreve a singularidade do campo da saúde, e, isto, sem haver justaposição ou dano de um ou de outro. Como defende Tenório (2001):

> Ambas, porém, têm em seu centro a questão da loucura, ambas participam de seu agenciamento social. De minha experiência como prático da reforma, engajado no trabalho de construir as possibilidades de um novo tipo de atenção aos pacientes psiquiátricos graves, procuro localizar o trabalho clínico através do qual a psicanálise busca fazer advir um sujeito na psicose e como ele se relaciona com os procedimentos sociais, políticos, institucionais e terapêuticos da reforma (p.14).

A tensão vivenciada entre a clínica e a política, oriunda da própria história da Reforma Psiquiátrica Brasileira, gera dificuldades e equívocos que impedem que essas duas dimensões se articulem, causando prejuízos significativos e, às vezes, irreparáveis na condução do tratamento dos pacientes.

Neste campo da saúde mental, no qual a clínica foi minada pela busca da reinserção social do paciente, é necessário estar advertido da singularidade de cada um desses sujeitos. Esse sujeito, que agora é usuário do Cersam, supõe-se que ele esteja incluído na sociedade, entretanto, essa inclusão não pode ser considerada como uma mera adaptação do indivíduo a uma sociedade da qual ele foi excluído, mas sim uma questão de incluir a diferença. Antônio Quinet (2006) vai tratar disso, ao nos orientar sobre a clínica da saúde mental, quando afirma que, “em vez de foracluir a inclusão, trata-se de incluir a foraclusão” (p. 50).

1.4 – O recurso ao psicofármaco no campo da saúde mental

O desenvolvimento da psicofarmacologia é, sem dúvida, um dos fatos que mais se destaca na modernidade. A descoberta da clorpromazina (Amplictil®), em 1952, inaugura a moderna psicofarmacologia e o começo de uma revolução que atingiu, em um primeiro momento, a terapêutica, a clínica psiquiátrica e as neurociências, mas que acabou por abalar o conjunto das ciências, passando a influenciar no entendimento que o homem tem de si mesmo. Isso é apontado por Bogochvol (1997):

> Pois a psicofarmacologia é simultaneamente um fato da clínica, da ciência, da epistemologia, da ideologia, da mídia, da economia, da metafísica e da ética e em torno dela gravitam e se entrelaçam discursos de fundamentos e consequências variados e se colocam algumas das questões mais fundamentais do pensamento contemporâneo (p. 33).

Ao longo da história da civilização constata-se que inúmeras substâncias químicas foram introduzidas no corpo no intuito de alterar estados psíquicos, como álcool, haxixe, cocaína, ópio, LSD[10], chá de cogumelo, entre outras. Tais substâncias eram usadas nas práticas curativas, nos rituais sagrados, religiosos, de revelação e, também, na busca do prazer supremo. Freud, que não deixou de se autoprescrever a cocaína, nos diz:

> a cocaína parece convocada a preencher uma lacuna no arsenal dos medicamentos de que a psiquiatria dispõe. [...] É por isto que se recomendou a coca nos estados de enfraquecimento psíquico mais diversos, para combater a histeria, a hipocondria, os distúrbios da melancolia, o estupor, etc. (Freud *apud* Bogochvol, 2001, p. 39).

Essa observação nos indica que uma substância específica tinha a capacidade de tratar vários quadros psiquiátricos. Em 1930, com a descoberta da mescalina e, após alguns anos, com a síntese do LSD, estes produtos que possuem propriedades alucinógenas foram utilizados em pesquisas comparativas com as alucinações patológicas, estabelecendo-se, dessa maneira, o modelo das psicoses experimentais.

É importante destacar que a classificação de um determinado produto estava diretamente atrelada à sua época e ao lugar, isto é, se em algum momento tal produto é utilizado como remédio, em outro o é como uma droga. A substância deslocava-se de uma categoria a outra, de sua função curativa à tóxica, fato que se pode verificar em relação à heroína, que já foi utilizada como remédio contra a tosse no século passado, e também à cocaína, que era comercializada sem restrições como psicoestimulante.

Atualmente, pode-se constatar em relação à maconha, que é proibida na maioria dos países, sua liberação para usos medicinais em alguns estados dos Estados Unidos da América; já em alguns Países Baixos, é permitido seu uso de forma recreativa. Em dezembro de 2012, o Uruguai legalizou a produção, a distribuição e a venda da maconha sob o controle do Estado; segundo o governo, tal medida tem como objetivo tirar o poder do narcotráfico e reduzir a dependência dos uruguaios de drogas pesadas.

Essas divergências colocam à mostra a qualidade do medicamento enquanto *pharmakon*, termo que designa ao mesmo tempo o remédio e o veneno, sendo que, desde a antiguidade, essa concepção se mantém, ao considerar, por um lado, seus poderes de cura e,

[10] LSD é uma abreviação usada para dietilamida do ácido lisérgico.

por outro, sua toxidade, ao se converter em um mal. Assim, o medicamento enquanto *pharmakon* se predispõe a volver à sua dimensão de veneno: "O sujeito procura a homeostase e o bem-estar do organismo e encontra o terrível hábito, o aumento das doses, a dependência" (Laurent, 2003, p. 34).

Derrida (1991) recupera a tradição filosófica na versão platônica, evidenciando esse paradoxo, ao dizer que:

> A tradução [de *pharmakon*] por "remédio" não poderia ser, pois, nem aceita nem simplesmente recusada. Mesmo se se acreditasse salvar deste modo o pólo "racional" e a intenção laudativa, a idéia de um bom uso da ciência ou da arte do médico, ainda se teria todas as chances de se enganar pela língua. [...] É preciso, com efeito, saber que Platão suspeita do *pharmakon* em geral, mesmo quando se trata de drogas com fins exclusivamente terapêuticos, mesmo se elas são manejadas com boas intenções, e mesmo se elas são eficazes como tais. Não há remédio inofensivo. O *pharmakon* não pode jamais ser simplesmente benéfico (p. 46).

Então, quais eram os recursos dos psiquiatras antes da revolução psicofarmacológica?

Os psiquiatras não se encontravam totalmente desguarnecidos e apresentavam até certo êxito no uso dos opiáceos (como o láudano[11]) para tratar determinadas formas de melancolia; do cloral[12] para acalmar e fazer dormir; dos barbitúricos como hipnóticos e contra a epilepsia (cf. Zarifian *apud*, Bogochvol, 2001). Eles recorriam também, como acontece até os dias atuais, ao eletrochoque[13], mantendo a indicação frequente nos casos de depressão grave, e aplicando-o eventualmente aos quadros de esquizofrenia, mania, catatonia, epilepsia e bipolaridade.

A descoberta do haloperidol (Haldol®), em 1959, se soma a clorpromazina (Amplictil®) e inauguram a série de antipsicóticos que, em particular, tratam diversamente a violência na psicose e são denominados de primeira "geração", conhecidos, também, como medicamentos convencionais. Acompanhando o desenvolvimento dos psicofármacos temos, no final da década de 1950, a descoberta dos efeitos antidepressivos da imipramina, fundando o grupo de antidepressivos tricíclicos.

Em 1960, inicia-se a era dos benzodiazepínicos para o tratamento dos estados de ansiedade. Na década de 1970, o uso de sais de lítio é propagado, juntamente com os medicamentos, a princípio, utilizados na epilepsia, como estabilizantes do humor, incluindo a carbamazepina e o ácido valproico.

---

[11] Extrato do ópio que possui efeito sedativo.
[12] Hidrato cloral é um sedativo e hipnótico.
[13] Eletroconvulsoterapia (ECT) é um tratamento psiquiátrico desenvolvido por volta de 1930, no qual são provocadas alterações na atividade elétrica do cérebro induzidas por meio de passagem elétrica.

Nos anos 1990 foram lançados os antipsicóticos de segunda geração, chamados atípicos. Esses medicamentos têm se mostrado um novo e valioso recurso terapêutico nas psicoses, principalmente naquelas refratárias aos antipsicóticos tradicionais. Dessa forma, pode-se dizer que o psicofármaco gerou uma verdadeira revolução terapêutica, que Eric Laurent (2003) comenta da seguinte maneira:

> Estamos hoje mergulhados no medicamento. Ele está onipresente em nosso campo e vem abalando a clínica. Define idéias de eficácia, transforma as instituições médicas, triunfa sobre a tradição e os significantes-mestres. É objeto de demandas neuróticas, de exigências psicóticas e de usos perversos. É objeto de perseguição e rejeição. Instala-se, expande-se, sente-se perfeitamente em casa em nosso campo. Será ele nosso mestre? (p. 32-33).

Caberia indagar como a revolução psicofarmacológica participa da Reforma Psiquiátrica, e, em especial, da Reforma Psiquiátrica Brasileira, levando-se em conta que o recurso ao psicofármaco sempre esteve presente na terapêutica dos portadores de sofrimento mental, sendo que, na grande maioria dos casos assume com exclusividade a condução do tratamento. Como o medicamento passa a operar nesta nova proposta de tratamento?

A psicofarmacologia se mantém no bojo da Reforma Psiquiátrica, não sendo alvo de questionamentos: ela permanece nos bastidores, sem requisitar as devidas atenções, mas trabalhando com muito empenho na descoberta de novas drogas. Dessa maneira, a psicofarmacologia passa a ocupar um papel fundamental neste processo em prol da desospitalização, tanto na política quanto na clínica viabilizada pelos serviços abertos, os CAPS, arquitetados pela Reforma Psiquiátrica.

O tratamento que, anteriormente, tinha nos muros do manicômio um forte aliado na contenção física dos pacientes, agora é, de certa forma, assumido nos serviços substitutivos pela química, que contém, controla, seda o portador de sofrimento mental e, assim, os psicofármacos vão se tornando a todo momento um recurso indispensável, insubstituível na saúde mental. Os novos medicamentos são, então, empregados no tratamento, passando a participar e a interferir diretamente na vida dos cidadãos. Os serviços da Saúde Mental, que têm como propósito maior reintegrar o paciente à comunidade social, levando-o a exercer seu papel de cidadão, estabelecem com os psicofármacos uma parceria de peso.

Miller (1999), em seu artigo “Saúde Mental e Ordem Pública”, afirma que:

> a saúde mental é, fundamentalmente, uma questão de entrar, de sair e também de voltar. De outro modo trata-se de fugas. Voltar, depois de saído, é essencial à ordem pública. [...] O problema central, na prática da saúde mental, é quem se pode deixar sair e quem, podendo sair, volta para tomar a medicação. [...] a periculosidade é rebelde à medicação (p. 21).

Destarte, a psiquiatria, com novos propósitos traçados pela Reforma Psiquiátrica e tendo a sua disposição o arsenal de medicamentos fornecidos pela psicofarmacologia, passa, então, a circular pela cidade, levando o louco consigo ao lhe abastecer das condições terapêuticas necessárias, via medicamento, para que o cidadão desfrute de seu direito de ir e vir. Não paira dúvidas de que o medicamento, nesta nova lógica de tratamento, passa a ocupar um lugar indispensável, facilitando e simplificando a ação psiquiátrica. Espera-se, então, que o portador de sofrimento mental tenha complacência com os medicamentos, pois eles são fundamentais para que o cidadão alcance a tão almejada convivência social.

A utilização dos psicofármacos contribuiu para uma mudança na rotina dos CAPS: há que se separar os medicamentos, administrá-los em determinadas horas, controlar as tensões, observar a aparição de efeitos secundários, etc.... O psicofármaco introduz e distingue novos papéis neste dispositivo: quem prescreve, quem administra, quem toma a medicação, em substituição a outros papéis que estavam presentes nas velhas instituições, ou seja, o vigilante, o vigiado. Dessa forma, é colocada uma dependência flagrante nos recursos medicamentosos nos tratamentos realizados nos serviços substitutivos (cf. Sierra e Oviedo, 1996).

No que se refere à reabilitação psicossocial, o medicamento é um importante coadjuvante, do qual não se pode abrir mão, pois, ao operar com a ideia de que se deve buscar a normalização do paciente, o medicamento será de grande valia ao participar na redução dos sintomas, os quais colocam em relevo certo desalinho do portador de sofrimento mental com o social. Portanto, é importante que se reconheça que a Reforma Psiquiátrica tem uma dívida para com a psicofarmacologia, pela sua incontestável contribuição na terapêutica das psicoses nos novos dispositivos de tratamento no campo da saúde mental.

1.5 – Um caso que interroga a clínica da saúde mental

> *A liberdade que Freud se deu aí foi simplesmente aquela, decisiva em tal matéria de introduzir o sujeito como tal, o que significa não avaliar o louco em termos de déficit e de dissociação das funções (Lacan, 1966/2003, p. 220).*

Daremos uma atenção especial a seguir a alguns fragmentos do caso de Soares, paciente que coloca questões sobre a direção de seu tratamento, uma vez que não se reconhecia enfermo e, consequentemente, se recusava a tratar-se e a ser medicado. Diante

desse impasse, Soares lança uma interrogação a clínica da saúde mental: “como conduzir o tratamento do sujeito psicótico quando o medicamento é um veneno?” (cf. Teatini, 2009, p. 144-149).

No campo da saúde mental, junto ao dispositivo psiquiátrico redimensionado e aos dispositivos da atenção psicossocial, ofertados pela reforma psiquiátrica, na presença da Promotoria de Justiça da Saúde/Saúde Mental, foi introduzido outro dispositivo no tratamento de Soares, isto é, o dispositivo analítico que, com sua ética própria, por intermédio de uma clínica do caso a caso, que visa o sujeito, instaurou um trabalho de construção do caso clínico de Soares.

Na clínica da psicose, temos exemplos de casos em que tem sido frequente, em algum momento do tratamento, deparar-se com um impasse em relação ao psicofármaco, isto é, o sujeito se recusa a ser medicado, incluindo o remédio em seu delírio, considerando-o um “Outro” invasivo, persecutório, banindo-se, assim, toda a sua propriedade curativa e isolando-o enquanto veneno. Nesse contexto, o medicamento é encerrado aí pelo sujeito, em sua certeza delirante, como aquele que concretizará a sua morte.

Totalmente convencidos dos efeitos mortíferos da medicação, a partir das sensações que invadem e afetam o corpo, esses sujeitos colocam uma questão ética que implica o como fazer, do lado da equipe, daqueles que participam do tratamento e que têm como orientação a psicanálise. Ou seja, qual a operação possível para que o sujeito permita a introdução ou a manutenção de um medicamento, sem que este se converta aí em mais um objeto na série persecutória? Como conduzir essa situação? Como utilizar o recurso da medicação se o paciente não concorda com tal procedimento?

É importante ressaltar que, nesses casos, faz-se presente a possibilidade de uma passagem ao ato e, então, se recorre à medicação no intuito de conter quimicamente esses sujeitos, uma vez que eles se encontram totalmente tomados por sua atividade delirante e/ou pelas alucinações, sendo essas de grande intensidade, levando os sujeitos ao pior.

O cotidiano da clínica da psicose ensina que a indicação precisa e rigorosa do psicofármaco é uma intervenção possível e necessária, da qual se lança mão. O sujeito poderá beneficiar-se dessa tomada de decisão sustentada pela equipe de tratamento na qual, em uma clínica feita por muitos, o saber da psiquiatria é convocado a participar ativamente. Sem podermos contar com a eficácia do significante, nesses casos em que a via do sentido pela qual os sujeitos se enveredam os captura em suas lógicas delirantes e fenômenos elementares, certos limites na direção do tratamento pela via da palavra nos são impostos.

Lacan (1967), em seu “Pequeno discurso aos psiquiatras”, faz suas observações em

relação ao uso dos medicamentos, dizendo:

> A psiquiatria encaixa-se na medicina geral na mesma base em que a medicina geral encaixa-se totalmente no dinamismo farmacêutico. Evidentemente, produzem aí coisas novas: obnubila-se, modera-se, tempera-se, interfere-se ou modifica-se... (p. 4).

O caso de Soares, construído no decorrer da participação do Ministério Público na equipe clínica, visa delinear as operações realizadas durante o tratamento de um sujeito paranoico que, no curso de sua psicose, opõe-se a este tratamento. Então, a 3ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde/Saúde Mental (Ministério Público) é convocada a participar do caso, na tentativa de intervir nas frequentes passagens ao ato, buscando efeitos de regulação do gozo mortífero que se manifestava de maneira imperiosa na vida desse sujeito. Para o que se segue, ressaltamos que todas as informações que poderiam levar à identificação de Soares por ele próprio ou por terceiros foram devidamente substituídas e/ou modificadas. Portanto, a identificação do paciente é inexequível.

Esse acompanhamento clínico revela quais intervenções foram necessárias para que a medicação deixasse de fazer parte do tratamento como um veneno, que deixasse de estar a serviço dos Outros persecutórios, mas que viesse a ocupar um lugar possível na vida do sujeito, fazendo parte do tratamento com o seu assentimento.

Dessa forma, Soares e suas lições agenciam o trabalho ora em curso, trabalho que tem como hipótese a ser examinada a asserção de que **somente o tratamento pela via do medicamento não é suficiente para tratar o real do gozo[14] dos sujeitos psicóticos.**

Reconhece-se a importância do recurso ao medicamento, não deixando de considerar seu efeito de desintoxicar a palavra, calar as vozes, afastar os olhares. Embora seja um recurso a ser utilizado, é importante que este seja mediado pelo não-todo. O que isso quer dizer? Lacan, ao subverter a lógica formal aristotélica, serve-se da matemática no seu ensino e extrai consequências de sua aplicação. Dessa maneira, o psicanalista lança mão da prova de Gödel[15] (1931/1979), que demonstra a lógica do indecidível e, em *O Seminário, livro 19: ...ou pior* (1971-72/2012), nos indica que a passagem da impossibilidade para a contingência opera-se pela indecibilidade. Portanto, ao se levar em conta que não é possível dizer que há uma etiologia verdadeira ou falsa da doença mental, não sendo falsas ou verdadeiras as suas

[14] Freud (1920/1976) estabeleceu que, subjacente ao que se distingue na experiência do prazer e do sofrimento, há algo que invariavelmente se satisfaz e do qual não se sabe. Lacan (1972-73/1982) nomeou-o, em francês, *jouissance*, gozo. Logo, pode-se dizer que prazer também é gozo. Mas gozo pode ser tanto o prazer quanto o sofrimento experimentados. Lacan especializou progressivamente o termo gozo para qualificar a satisfação dita inconsciente, a satisfação da qual não se sabe. Tratarei sobre a teoria lacaniana do gozo no capítulo a seguir.

[15] Kurt Gödel foi um lógico matemático que criou o teorema da incompletude em 1931.

causas, pode-se, pela indecidibilidade, dar o tratamento possível ao real do sintoma. O real impossível, “o não pára de não se escrever” (Lacan, 1972/1985, p. 127), pela via da contingência da lógica do não-todo, pode parar e, assim, possibilitar que algo do tratamento do real do sintoma ocorra.

O medicamento nos deixa provas de que ele pode não alcançar, não incidir no **modo de gozo**, ou seja, não incidir naquilo que diz respeito à singularidade de cada sujeito em questão, isto é, na solução encontrada por cada sujeito para se haver com o real em jogo.

Referindo-se ao “modo de gozo”, Miller (1994-95) nos esclarece que:

> Poderíamos fazer do corpo, a substância, do gozo o atributo, e do modo, as afecções do gozo da substância. O “modo de gozo” seria alguma coisa que chega ao corpo, um acontecimento ou um acidente do corpo, no sentido de maneira de ser, que não pode existir independente do corpo. Essa é uma perspectiva sobre o gozo que o pluraliza. O modo não é único; quando se emprega a palavra “modo”, no fundo, fica implícito que sempre existem outros. Enquanto o atributo da substância pode ser único, o modo é essencialmente plural (p.152-153).

1.5.1 – A entrada do Ministério Público

Soares é um paciente de 40 anos que apresenta, em seu trajeto, várias internações psiquiátricas. No seu acompanhamento, realizado pelo serviço substitutivo, o tratamento se restringia apenas a administração à força da medicação, isto é, um auxiliar de saúde se dirigia até a residência de Soares e, com o auxílio de policiais, ele era contido e recebia uma injeção de Haldol decanoato. O paciente se opunha radicalmente ao tratamento que lhe era ofertado no CERSAM, por não se reconhecer enquanto portador de sofrimento mental. Dessa maneira, o medicamento passou a significar o tratamento, e o tratamento foi pouco a pouco se convertendo, se reduzindo, a um único procedimento, ou seja, o farmacológico, que é o que trataria o sujeito.

O Ministério Público, através da 3ª Promotoria de Defesa da Saúde/Saúde Mental, órgão de defesa dos direitos do portador de transtorno mental, é solicitado pelo serviço substitutivo a intervir, em razão das sucessivas passagens ao ato de Soares. A aposta era a de que o Ministério Público, órgão representante da Lei, incidisse sobre a posição radical do paciente, ao convocá-lo ao tratamento, convidando-o a subjetivar algo, a partir de seu tratamento, das suas relações com seus familiares e com o CERSAM, como condição de possibilidade para que se produzissem efeitos de responsabilização pelos seus atos.

Soares trabalhava ativamente na sistematização de seu delírio, cujos perseguidores eram encarnados pelos familiares e técnicos do CERSAM. Ele respondia aos atos invasivos

dos perseguidores com frequentes passagens ao ato dirigidas aos pais e irmãos, em especial a um deles, que chegou a ser ferido no rosto, deixando marcas que não poderiam ser apagadas, cicatrizes inscritas no real do corpo.

Assim, o paciente foi internado no Hospital Galba Veloso[16] por determinação do Ministério Público, devido ao risco que estava representando para os familiares e para si próprio, além da urgência em distanciá-lo e apartá-lo do laço transferencial persecutório, cuja intensidade não permitia qualquer abordagem no sentido de detê-lo em sua decisão de eliminar o Outro gozador e seus comparsas.

Soares, referindo-se ao tratamento, diz:

> O remédio é puro charlatanismo seus. Vocês querem roubar o ectoplasma da gente. São um bando de ateus. O ectoplasma é energia do duplo etéreo. Fico bobão. Quando volto a me normalizar vêm vocês de novo: vamos roubar o ectoplasma dele. Fico com o corpo bambo. Psiquiatras e psicólogos não querem doutrinas. Eles falam mal da gente. Os homens são todos do mal. A princípio eu confio em todo mundo, mas se eu provar o contrário, eu não confio. Aqui é o maior fingimento. Vocês querem dominar o mundo. Os homens são implacáveis.

1.5.2 – A lógica delirante

Soares relata que ele, na verdade, é o Sr. Manoel, referindo-se ao seu pai, e que sua idade é de 74 anos, sendo que a sua idade foi roubada pelo homem que diz ser seu pai, quando era criança. Esse homem se chama Evandro do Bandolim, e não é seu pai verdadeiro. Ao mesmo tempo, diz que, quando o Sr. Manoel roubou sua identidade, invadiu a sua casa onde residia com a real família, constituída de dez esqueletos, de modo que eles não puderam mais descansar. Assim, os esqueletos puderam reencarnar e apenas ele ficou no local. Aos poucos foram chegando os outros membros, que dizem ser da sua família. O homem que diz ser seu pai batia nele quando criança, obrigando-o a chamá-lo de pai. “É história fantástica, mas é verdade,” diz.

Soares revela que seu irmão Juliano é “filho meu por estupro. A mãe dele, Margarida, o estuprou. ‘Achou que eu era o amor da vida dela’. Mas eu não ligo pra ele não”, referindo-se ao Juliano.

Nesse caso, a estrutura não permite contar com a operação da metáfora paterna. Façamos, com Lacan (1946/1998), a equivalência entre o Édipo e uma dose de anestésico:

> Não hesito em dizer que poderemos demonstrar que essa crise tem repercussões fisiológicas – e que, por

[16] O Hospital Galba Veloso integra o Complexo de Saúde Mental da Rede FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, atendendo adultos de ambos os sexos, pessoas portadoras de transtorno mental.

> mais puramente psicológica que seja em seu móbil, uma certa "dose de Édipo" pode ser considerada como tendo a eficácia humoral da absorção de um medicamento dessensibilizador (p.184).

Observamos que esse sujeito não foi afetado pelo Édipo, o que lhe permitiria sua entrada na linguagem, tendo acesso a "significantização", que teria a função de neutralizar o gozo. Sem poder contar com o que iria anestesiá-lo, refreá-lo de certa forma, na sua relação com o Outro, ele fica à mercê, restando-lhe apenas o gozo desse Outro como referência para organizar e dirigir sua existência.

Em Soares, a foraclusão do Nome do Pai impediu o desprendimento da demanda do Outro sobre o sujeito, de modo que o matema da pulsão $\$\lozenge D$[17] não se estrutura. A demanda do Outro não se articula como significante, senão como signo, com um referente preciso carregado de sentido. O significante não fura o real.

Freud (1895/1974) afirma que os psicóticos "amam seus delírios como a si mesmos" (p. 232) e que o delírio é uma tentativa de cura. Nessa perspectiva, o esforço de sistematização do delírio, pelo qual Soares se enveredava, tinha como função principal a regulação do gozo que lhe retornava de forma avassaladora. Dessa maneira, o trabalho de Soares em favor do delírio, como única medida e recurso para conter e circunscrever o gozo, aponta para o fracasso dessa solução, apesar de todo o seu empenho.

1.5.3 – Dar a palavra...

Ministério Público, Hospital Galba Veloso e CERSAM foram os serviços que se reuniram na construção desse caso clínico, tomando-a como bússola. Buscou-se, assim, reunir mais elementos da história de Soares, escutando os pais e irmãos, que estavam implicados nessa convivência diária. Deu-se atenção aos pequenos detalhes que cada sujeito ia desvelando e declarando, detalhes que diziam respeito ao modo de vida daquela família, ao modo de gozo a que estavam encerrados. Foi sendo instaurado, pouco a pouco, um conhecimento que remetia aos acontecimentos que iam explicando fatos posteriores.

Nesse caso, a equipe de trabalho estava diante de uma interpelação primeira: "Como utilizar a transferência no sentido terapêutico?". A partir da transferência, poderia se instalar um processo de *savoir-y-faire* próprio do sujeito. Soares, classificado como paranóico, estava localizado na estrutura, mas era preciso considerar a modalidade singular de sua transferência.

[17] É o matema lacaniano da pulsão que se escreve como a conjunção-disjunção do sujeito à demanda do Outro. Esse matema demonstra o encontro de S(Ⱥ), ponto em que se revela a inconsistência do Outro, a castração e a ruptura do diálogo entre o sujeito e o Outro (cf. Lacan, 1957-58/1998).

Em “A apresentação das memórias do presidente Schreber”, Lacan (1966/2003) fornece a definição da paranóia, “identificando o gozo no lugar do Outro” (p. 221), que é orientadora na clínica da psicose. O paranóico é o sujeito encerrado em sua certeza delirante, cujo saber designa o seu ser como objeto de gozo do Outro.

O desencadeamento da psicose de Soares ocorre quando ele cumpre o Serviço Militar. Localiza-se nesse período sua vivência traumática, que indica o encontro com Um Pai, cuja assinatura, nesse instante, é a da tirania. Ao sair do Exército, “fecharam-se as portas”. A perplexidade e o indecifrável caem no vazio, no lugar da significação.

Soares se debatia sobre a relação familiar, queixando-se incessantemente do insuportável de estar junto daqueles que o perseguiam a fim de eliminá-lo, como os pais e, particularmente, um dos seus irmãos, que sempre era acionado pelo pai a intervir nas situações conflitantes no corpo a corpo com Soares. A partir do relato desses acontecimentos, o sujeito vai explicando o motivo que o levou a agredir esse irmão: “eles ficam me sugando, sugam os pensamentos, me vampirizam. Fui obrigado a reagir, o recurso é a guerra. O velho tem diploma de psiquiatra, ele acha que é todo poderoso, manda e é detestado”.

Diante desse irmão, que era representante do Pai tirânico, que encarnava um Outro sem Lei, o sujeito procurava, a todo custo, defender-se dos ataques do Outro gozador, através de passagens ao ato, que buscavam operar a castração no real. Nessas ocasiões, a experiência traumática vivenciada no “quartel” com seus “generais” retornava, inundando a cena familiar, e se estendendo até ao CERSAM, alcançando seu tratamento. Nesse momento, o médico é nomeado pelo sujeito como “pai-psiquiatra”.

Soares diz:

> A ciência sabe errado, mas sabe. Trata tudo com frieza. Não há tratamento, só incredulidade... consideram desajuste social como problema mental. O tratamento é sofisma quando querem introduzir uma ideia falsa na gente... acho que aqui poderia funcionar mais como hotel do que como quartel...

As reuniões clínicas não eram realizadas e conduzidas a fim de que se alcançasse uma “síntese” do caso entre os representantes daquelas instituições participantes, mas, pelo contrário, as reuniões dirigiam a atenção dos participantes para a busca da invenção do sujeito, pois era preciso estar atento e até mesmo suscitá-la, provocá-la, calculá-la.

Ao se introduzir o sujeito lá onde estava o usuário, o cidadão, o mental, o paciente, isto fez com que esse que padecia, ou seja, esse que sofria os efeitos da estrutura, pudesse desfiar os fios de sua patologia. E tratá-lo como sujeito implicava em fazê-lo responsável, sujeito de direito – o que se opõe a tratá-lo como objeto de observação, cuidados e

intervenções. Temos aí, portanto, uma posição ética daqueles que participam do tratamento orientado pela psicanálise.

Introduzir o sujeito é também entrar na categoria da causalidade. Além disso, advertidos pela questão da causa, os técnicos envolvidos neste tratamento tiveram de abster-se de compreender, deixando-se ensinar pelo que poderia emergir como a causalidade particular de Soares. Ao falar de sua história, o sujeito se fez protagonista de sua relação com o Outro e teve chance de articular o atual com o passado, presentificando em sua fala as cenas de fixação de seu gozo, cenas nas quais se condensava seu sintoma.

O modo de gozo de Soares não pode ser considerado sem o suporte material de um corpo, sem o suporte material do significante. Assim, buscam-se os recursos da palavra e do fármaco, como instrumentos de tratamento que apresentam valor curativo, entretanto, advertidos de que, em especial no que se refere aos sujeitos psicóticos, esses dois recursos veiculam também efeitos tóxicos.

1.5.4 – Regular o gozo

O hospital, ao ser renomeado pelo próprio Soares como um "hotel", funcionou como abrigo para o sujeito, protegendo-o dos "ataques do Outro gozador", e inaugurou uma nova forma de relação do sujeito, resultando no manejo da transferência na direção do "tratamento do Outro" (cf. Zenoni, 2000), privilegiando o sujeito do significante em detrimento do sujeito do gozo.

O Ministério Público, enquanto representante da Lei, operou na regulação do modo de gozo das relações daquela família, caracterizado pela maneira invasiva na qual estavam dispostos, estabelecendo limites que deveriam servir de balizas na convivência com Soares, o "doido mais perigoso". Os pais e os irmãos, durante o período de internação de Soares, foram escutados, tendo a oportunidade de expor seus motivos, tratando dos "pedaços do real"[18] que precipitavam na convivência com Soares e sendo interpelados, a cada encontro, em relação a como fazer para que Soares pudesse ser "menos doido".

Os técnicos não caíram na tentação de prescrever, sugerir como fazer com o real em jogo, o que isentaria cada sujeito da sua responsabilidade pelo seu gozo. Só era consentido aos

[18] "O real, aquele de que se trata no que é chamado de meu pensamento, é sempre um pedaço, um caroço. É, com certeza, um caroço em torno do qual o pensamento divaga, mas seu estigma, o do real como tal, consiste em não se ligar a nada. Pelo menos é assim que concebo o real. [...] A pulsão de morte é o real na medida em que ele só pode ser pensado como impossível. Quer dizer que sempre que ele mostra a ponta do nariz ele é impensável. Abordar esse impossível não poderia constituir uma esperança" (Lacan, 1975-76/2007, p.119 e p. 121).

técnicos ocupar a posição do “não saber”, esperando que o furo do real fosse contornado. Ao longo da construção do caso clínico, foi possível verificar certos comportamentos, atitudes dos familiares, que davam consistência ao Outro gozador, promovendo sua existência, o que Soares advertia incansavelmente. Então, declarou-se, com firmeza, que não se compactuaria com esse funcionamento.

No decorrer das investigações, constatou-se que o irmão agredido antes da última internação era quem se apresentava sempre com uma postura invasiva, como aquele que tinha a missão de defender os pais, os outros irmãos de Soares. Algumas operações na regulação do modo de gozo da família de Soares foram realizadas, sobrevindas do lugar da lei. A barra foi introduzida, incidindo aí sobre o Outro gozador. Foi determinado, pelo Ministério Público, que o irmão e os demais não mais poderiam ser chamados a opinar em assuntos referentes a Soares. A instalação da Lei, enquanto aquela que “vale para todos”, ou seja, todos os envolvidos, nesse caso, Soares, os pais, os irmãos, CERSAM, Hospital, analistas do Ministério Público e Promotor, possibilitou “o tratamento do Outro”.

Soares, em um dos encontros realizados no Ministério Público para tratar de sua alta hospitalar, nos surpreendeu ao comunicar o que impediu, num primeiro momento, sua adesão ao tratamento “imposto” pelo Ministério Público: “a Lei só tem um versículo: eu faço com o próximo o que desejo que o próximo faça a mim [...] eu não faço acordos, eu cumpro a Lei [...] agora o Hospital foi um Hotel Cinco Estrelas”.

No período que antecedia à alta de Soares do hospital, este decidiu, junto ao pai e podendo contar com alguns irmãos, iniciar uma reforma em seu barracão, arcando financeiramente com os custos por sua própria conta e opinando sobre como queria esse novo espaço de morada. Uma operação que pesava sobre o modo de gozo dessa família estava sendo redesenhada, dando novos contornos ao real em jogo, incluindo Soares nesse projeto, que passava pela negociação através das palavras, em um processo de desativação dos corpos.

1.5.5 – Dar a medicação...

Nessa internação e nas anteriores foi observado que, durante esses períodos, Soares não recusava a medicação, que deixava de ser um veneno; pelo contrário, aceitava-a, não se opondo. Entretanto, ao retornar para a casa e para o CERSAM, após as altas, a medicação adquiria novamente seu caráter venenoso.

A medicação fora do hospital era um objeto que passava pelo CERSAM e pelos familiares para ser introduzido no corpo de Soares. E CERSAM e familiares representavam o

Outro persecutório de seu delírio, que só apontavam para a medicação, atribuindo a ela uma superimportância na relação entre eles. A medicação tornou-se um superobjeto para fazer frente ao saber-todo de Soares.

A discrição em relação ao medicamento por parte da equipe, procurando não convencê-lo de seus efeitos extraordinários, "milagrosos", na luta contra o Outro gozador, contribuiu para que a medicação fosse rebaixada pouco a pouco de seu *status*, permitindo que o próprio sujeito se debatesse em relação a ela, sem a equipe ocupar o lugar de defensores públicos da medicação.

A medicação foi desalojada do lugar de um Outro tão poderoso, o qual lhe foi imputado, logo, a medicação passa a ter um assento no tratamento sem que os técnicos e familiares se exaltassem em sua defesa. Portanto, a medicação era apenas um dos elementos a ser retificado dentro da própria equipe para que outras questões, tão importantes quanto, pudessem ser escutadas e consideradas no curso do tratamento.

Não se pode deixar de considerar que, nesse caso, a medicação foi, desde sempre, forçada, usando-se até a força física para garantir sua administração, consistindo, durante muito tempo, no único recurso utilizado pela equipe de saúde diante da recusa total por parte do sujeito em se tratar. O tratamento foi se resumindo e se limitando às injeções de Haldol decanoato, medicação de depósito que chegou a ser administrada algumas vezes com o auxílio da polícia militar, como única maneira de deter a fúria com a qual o sujeito respondia. Esse acabou sendo o único tratamento reservado a Soares durante um certo período.

Entretanto, foi possível introduzir, durante essa internação, a medicação via oral, que já era uma reivindicação antiga de Soares, substituindo as injeções de Haloperidol, que vinham associadas a doses do Outro invasivo e aniquilador. Foi preciso, portanto, ceder à exigência do sujeito para que se retirasse a presença maciça do Outro gozador. Assim, os efeitos que se esperavam da medicação começaram a auxiliar Soares em seu tratamento, quando se deixou de associar ao medicamento a presença do Outro gozador.

Carlo Viganò (1997) nos diz que o método que se toma no trabalho clínico implica em introduzir a causa do sujeito, sua diferença, advertindo que a política da psicanálise na utilização do psicofármaco está do lado oposto da prevenção, por ser a política do imprevisível:

> A *operação fármaco* deve ser inserida no trabalho de construção do caso clínico que poderá tornar o oferecimento do fármaco falante em seus efeitos, tanto naqueles químicos que naqueles de natureza mais significativa (sugestão, magia, delírio, etc). Construir o caso, ler as letras de gozo inscritas no corpo e nos atos do paciente [...] No grupo de trabalho a construção zomba do real clínico, o impossível

> com que o sujeito se defronta até operar a alteração subjetiva [...], de que a prescrição do psicofármaco possa alcançar aquilo que ora poderíamos chamar de automedicação (p. 28).

O Hospital, ao proporcionar a "hospedagem do sujeito", não se apresentando como agente de saber, dá partida ao processo de subjetivação que visa ao tratamento do sintoma através do real. Aqueles que participavam do tratamento de Soares respeitavam a lógica delirante que operava como solução encontrada por Soares na sua relação com o Outro. O uso da medicação pelo sujeito propiciou que o delírio cedesse, não se apagando totalmente, mas permitindo que algo, que implica no mais singular de sua existência, fosse contornado. Isso foi possível a partir da decisão daqueles que conduziam o tratamento ao optarem não só pelo recurso ofertado pela ciência, mas por incluírem nesse método de tratamento o sujeito. Desta forma, atentou-se para aquilo que fazia desse caso único.

A clínica dos sujeitos psicóticos na saúde mental traz o confronto com o real, real da psicose. Esse real que se busca negar e que somente surge de maneira inesperada, no desencontro e na falta, quase como um choque. Isso se presentifica no cotidiano das equipes da rede de serviços da saúde mental, através de situações clínicas graves que exigem uma tomada de posição, uma intervenção, uma resposta.

O caso de Soares nos revela as consequências advindas da tentativa de se colocar um remendo no real da clínica da saúde mental. Essa tentativa de fazer calar o real fez com que Soares esbravejasse ainda mais alto, com sua fúria, com suas respostas na busca de se defender dos ataques, da invasão do Outro.

Esse caso clínico nos ensina que o real, o qual se buscou eliminar, civilizar, tratando-o apenas com as doses de fármaco, obteve como resultado a exacerbação da agressividade do sujeito, ao desencadear uma série de passagens ao ato no ambiente familiar. Mesmo ele estando medicado com altas doses injetáveis de antipsicótico, o real em jogo não cedia, insistia, se precipitava.

Soares denuncia que o tratamento sob os ideais institucionais pode se encaminhar para o pior. O Ministério Público, ao contraindicar a permanência de Soares no CERSAM e ao encaminhá-lo ao hospital na busca de outro espaço de tratamento, de uma guarita para o sujeito, interroga o ideal da reforma de se prescindir dos muros do hospital. Esse caso clínico aponta para os limites do CERSAM nessa empreitada. Torna-se evidente que esse dispositivo também carecia de uma "reforma" no que diz respeito à clínica ofertada àquele sujeito.

Portanto, era preciso que o CERSAM deixasse de levar em conta somente o usuário que não adere ao tratamento e incluísse o sujeito Soares na sua própria história. Era preciso que ele deixasse de funcionar no automatismo e que se incluísse a possibilidade de fazer um

muro às pulsões destrutivas de Soares, indo mais além daquilo que o recurso ao medicamento pode realizar. Fazia-se necessário introduzir outros recursos disponíveis na rede para que o sujeito pudesse ter a ocasião de inventar qualquer coisa de novo.

Viganó (2003) nos indica que, em relação ao fármaco, é melhor trazê-lo para a teoria psicanalítica no lugar de se embaraçar, se atrapalhar com ele. Nesse sentido, ele coloca que:

> para nós o fármaco é um medicamento, isto é, uma medicação graças à sua natureza que é composta: biológico-química e mágico-cultural. A plasticidade neuronal nos permite usar suas propriedades inibidoras e facilitadoras na modulação dos circuitos de suplência e de reorganização do sintoma, se nós soubermos fazer (p. 80).

Capítulo 2
O CORPO, O GOZO E A SUA REGULAÇÃO NO SUJEITO PSICÓTICO

"Um corpo foi feito para gozar de si mesmo"
(Lacan, 1966/2001, p. 11).

2.1 – O corpo entre a psicanálise e as ciências naturais

No século XIX, as ciências naturais se constituíram sob os pressupostos do sistema positivista. Desde então, o corpo passa a ser concebido como um organismo que funciona, adoece e se cura. Uma causa localizada no corpo se encontra na base desse processo e, ancorado nesse argumento, a psicopatologia se constrói. Por sua vez, as investigações a respeito das causas orgânicas e suas correlações com as enfermidades propiciaram que descobrimentos e progressos significativos nesse campo se consolidassem.

Nesse contexto, a clínica médica dirige seus estudos para a anatomia do corpo, focados pelo novo modelo de conhecimento. Visava-se o acesso a uma posição científica, o que de fato foi conquistado e com amplo reconhecimento junto à comunidade científica. Dessa forma, se estabelecia o novo paradigma de experimentação nas ciências naturais; ele se escreve a partir da leitura das enfermidades do corpo, tomado como organismo.

Foucault (1994), em *O Nascimento da Clínica*, demonstra que a constituição da racionalidade anátomo-clínica é o que torna possível a construção de um saber médico na sociedade moderna, saber que tem como objeto a enfermidade e o indivíduo como corpo enfermo. Desse modo, esse conhecimento se estende ao interior da própria medicina e a seu ensino no espaço do hospital, onde, ao analisar os corpos adoecidos, se observa a variedade de manifestações patológicas. Então, é aí, no limite trazido pelo espaço hospitalar, que o corpo é apreendido com exclusividade pelo olhar, é observado na busca de se identificarem as anomalias, as imperfeições, as lesões perceptíveis do organismo, que apresentem uma correlação direta com as formas patológicas. Portanto, nesse momento, é a anatomia patológica que rege a clínica médica.

Nesse contexto clínico, em 1886, Sigmund Freud começa a se dedicar a clínica com pacientes histéricas, que apresentavam certas disfunções corporais. Nas investigações, por ele realizadas, a anatomia demonstra sua impossibilidade de explicar a sintomatologia da histérica e isso opera uma mudança radical na maneira de observar, explicar e entender os motivos do adoecimento daquelas pacientes. A partir dessas experiências, a neurose deixa de

integrar o grupo das enfermidades neurológicas, uma vez que ela não apresenta similaridades com essas afecções, ou seja, não se tratava de uma patologia neurológica, mas de uma patologia psíquica. A anatomia não pode, pois, esclarecê-la.

Freud, médico e pesquisador da neurologia, sempre se manteve determinado no sentido de que a psicanálise firmasse a sua assinatura junto às ciências. Esse propósito lhe impunha permanecer fiel a sua formação científica, e isso lhe provocava uma tensão constante com a sua invenção: a psicanálise. O novo campo de saber, que não deixa de manter pontos de contato com o campo da ciência, no entanto, não se deixa facilmente aderir a ele.

Ao longo do desenvolvimento de suas idéias, Freud trabalha na busca de traduzir seus achados e teorizações em termos científicos, isto é, de acordo com o paradigma positivista da ciência. Mas o caminho que Freud escolhe é o da escuta, a escuta dos detalhes – das formações do inconsciente, dos lapsos de linguagem, dos atos falhos e das palavras da alma –, privilegiando-a de maneira particular em seus casos clínicos, com suas interpretações e suas narrativas. Afinal, Freud se encontra comprometido com qual modelo de ciência?

O modelo de conhecimento científico que Freud partilha é o que dá origem a ciência moderna, fundamentado no pensamento filosófico de René Descartes (1637/1999), que tem como princípio desfazer-se das opiniões, impressões, de toda a crença prévia, ou seja, suspender toda fé na realidade externa, que não serve de base ao conhecimento com exatidão. Em vista disso, se apoia sobre o *cogito* – "penso, logo, existo" –, primeiro princípio cartesiano, enquanto verdade firme da qual não se pode duvidar. O *cogito* implica que a existência do sujeito se assente em seu pensamento.

A "substância pensante" é o próprio pensamento, não mensurável, indivisível, que não se submete as exigências do corpo, por estar separado dele; cortam-se os laços das paixões do corpo: sensações, dores, inclinações, satisfações e insatisfações. Dessa maneira, pensamento e corpo, *res extenso*, são definidos como substâncias inteiramente distintas e representadas pela dualidade corpo-alma. Afinal, sempre se pode duvidar com relação à "substância extensa", embora, no caso da "substância pensante", mesmo quando se duvida que se pensa, há pensamento e, portanto, existência de quem pensa (Descartes,1637/1999).

Ao se desligar da tradição grega de maneira radical, pela separação do corpo e da alma, a medicina do século XIX incorpora o pensamento de Descartes e, assim, adota um novo método de pesquisa, responsável por contabilizar importantes descobrimentos científicos relativos à etiologia de várias doenças, como também pelo desenvolvimento de novos recursos diagnósticos e terapêuticos. Com a condição de se excluir o sujeito, que não se pode tomar como desejante no processo de adoecimento, os corpos são dissecados. Há que se

excluí-lo, pois a sua inclusão significaria entrar em uma dimensão do próprio desejo, o que contraria a proposta científica e racional de apreensão da realidade. Dessa forma, o discurso médico se apoia sobre o fundamento que lhe autoriza a explicar as afecções, tanto de origem orgânica, quanto psíquica, objetivamente.

O enfermo, agora vitimado, alheio ao que lhe passa, é deixado também alheio a uma solução possível. O sujeito se esvanece nessa nova terapêutica.

Ao tomar a palavra, em um colóquio sobre "O Lugar da Psicanálise na Medicina", Lacan (1966/2001) afirma que o surgimento do discurso da ciência, a partir do século XVI, opera um corte radical na história da humanidade ao introduzir uma nova posição ética frente ao saber. Assim, ao produzir uma ruptura, esse pensamento científico gera consequências diretas na prática da medicina.

O corte, evocado por Lacan (1966/2001), se refere às teorias que operavam anteriormente com suas explicações míticas, religiosas, cósmicas, dentre outras. Essas teorias envolviam construções simbólicas que serviam de apoio existencial para o ser humano, na busca de se achar uma representação, um sentido, para os problemas maiores que encerravam sua existência e sua sexualidade. Os mitos construídos pelos homens ao longo da história cumpriam a função de adaptar o corpo ao seu entorno.

E de que maneira a medicina operava na época pré-científica?

A medicina operava com as palavras – o que se pode recolher através do testemunho dos clássicos –, cabendo ao médico dar uma certa significação à enfermidade. O paciente estaria com o médico para ser curado, mas, pelo fato deste último carecer das ferramentas terapêuticas, era imprescindível que ele escutasse o moribundo, para que chegasse a um certo sentido a respeito da enfermidade. Assim, o médico exercia sua função como exegeta e sua figura era parte da droga e do fármaco.

Lacan (1966/2001) observa que a medicina ingressa em sua fase científica ao começar a incluir, sob seu domínio, todos os indivíduos e, por esse motivo, esses indivíduos começam a exigir que a medicina proporcione as condições necessárias para a vida de todos. O desenvolvimento científico inaugura e coloca em um primeiro plano o direito do homem à saúde. O poder da ciência, ao se propagar, concede ao sujeito a possibilidade de pedir ao médico seu *ticket* de benefícios. No que tange ao funcionamento do corpo humano, esse sempre foi objeto de investigação, em conformidade com o contexto social, mas, pelo fato da medicina passar a concernir a todos os indivíduos, foi preciso que a engrenagem do corpo humano obtivesse seu *status* científico.

Na medida em que se movimenta, o progresso da ciência modifica radicalmente a relação que a medicina estabelece com o corpo: substitui-se a escuta pelos aparelhos que fotografam, escaneiam e escrutam os lugares ocultos do corpo. Com isso, os médicos procuram autenticar suas práticas, quase que exclusivamente através daquilo que a ciência pode lhes conferir. Destarte, a medicina tem preferência pelas enfermidades que, através de seus estudos clínicos, considerados legítimos, são amparadas pelas avaliações dos recursos da tecnologia médica. E, observa-se que, no que se concerne a algumas enfermidades, àquelas que não têm uma definição claramente orgânica, o médico abdica.

Com o discurso da ciência, a figura do médico se converte na de um técnico em biologia, em um especialista no organismo, por isso, ele não deixa de estar preparado para acolher a demanda do enfermo e interpretá-la. Porém, esse procedimento não faz parte de sua formação. O médico renuncia, dessa maneira, a uma das ferramentas fundamentais de sua prática na relação médico-paciente, a escuta, para se apoiar exclusivamente na ciência (Lacan, 1966/2001).

E a psicanálise, para onde ela se dirige?

A operação de separação entre corpo-pensamento, formulada desde Descartes, deixa cair um resto que fica excluído pela ciência, resto esse que a psicanálise recolhe e toma a seu encargo. Não é apenas o corpo que é separado do sujeito pela dicotomia cartesiana, mas, sobretudo, o que deixa de existir para a ciência é a dimensão do gozo do corpo como objeto de investigação. Como nos diz Lacan (1966/2001):

> Um corpo é algo que foi feito para gozar, para gozar de si mesmo. A dimensão do gozo é completamente excluída disto que chamei epistemo-somática. Isto porque a ciência é capaz de saber que pode, mas ela, não mais do que o sujeito que ela engendra, é incapaz de saber o que quer (p. 11).

Lacan (1966/2001) circunscreve os efeitos do progresso da medicina no corpo humano como uma falha epistemo-somática, pois a ciência elimina inteiramente de sua apreensão tudo que se refere ao corpo de gozo. O avanço da ciência, propiciado pelas proposições de Descartes, traz consigo a ignorância dos aspectos relativos ao gozo.

Se o corpo, para a medicina, é dissecado pela ciência, é um corpo livre de impurezas, não habitado pelo gozo, a psicanálise nasce através do ato de contestação de Freud, ao interrogar o saber sobre gozo. Ao escutar, de maneira original, suas pacientes histéricas, ele subverte o *cogito* de Descartes. A ideia de que a substância pensante funda a existência é sensivelmente modificada com a ideia de inconsciente. Desta forma, foi inaugurado um novo campo de saber, uma nova maneira de fazer clínica. Conforme observa Lacan (1964/1985):

> É aqui que se revela a dissimetria entre Freud e Descartes. Ela não está de modo algum no encaminhamento inicial da certeza fundada do sujeito. Ela se prende a que, nesse campo do inconsciente, o sujeito está em casa. E é porque Freud lhe afirma a certeza que se faz o progresso pelo qual ele muda o mundo para nós (p. 39).

A invenção de Freud franqueia um outro terreno para a investigação do corpo. Os sintomas corporais, que se exibiam, se mostravam e se ofereciam ao tratamento proposto por Freud, já testemunhavam a conexão existente entre o significante e o corpo, portanto, esse corpo ao qual ele se refere não é o corpo biológico, mas aquele afetado pela linguagem. Isso porque o corpo é o resultado deste acontecimento inaugural, o encontro do organismo com a linguagem.

A psicanálise toma a questão do corpo desde um ponto de vista do *falasser*/falante[19], colocando em evidencia as relações entre o corpo e a linguagem; com efeito, o corpo é falado, tecido pela cadeia significante na sua relação com o Outro, inscrito e escrito na linguagem e pela linguagem, um corpo traumatizado pela sua entrada na linguagem. Assim, a psicanálise se ocupa de um corpo que é deixado à margem do campo de trabalho e de investigação da medicina orientada por uma concepção positivista.

Freud, desde os seus primeiros artigos sobre a histeria, deixa clara a relação que o corpo tem com a linguagem. E na psicose, o que Freud nos diz sobre essa relação? No capítulo VII, de "O inconsciente", ele escreve:

> Nos esquizofrênicos observamos – especialmente nas etapas iniciais, tão instrutivas – grande número de modificações na *fala*, algumas das quais merecem ser consideradas de um ponto de vista particular. Frequentemente o paciente devota especial cuidado a sua maneira de expressar, que se torna 'afetada e preciosa'. A construção de suas frases passa por uma desorganização peculiar, que as torna incompreensíveis para nós, a ponto de suas observações parecerem disparatadas. Referência a órgãos corporais ou a inervações quase sempre ganham proeminência no conteúdo de suas observações (FREUD, 1915/1974, p. 225).

Logo em seguida, Freud (1915/1974) afirma que "a manifestação oral esquizofrênica exibe uma característica hipocondríaca: tornou-se '*fala do órgão*'" (p. 226).

Nessas observações acima, Freud nos mostra que a desestruturação da linguagem é acompanhada de uma desestruturação do corpo, e é a partir daí que ele aponta que, no dito esquizofrênico, se manifesta um viés hipocondríaco, constituindo-se em linguagem do órgão. Entretanto, Freud deixa transparecer que, apesar de sua desorganização estrutural, as frases esquizofrênicas não necessitam de sentido.

---

[19] Lacan, ao final de seu ensino, substitui o termo sujeito por *falasser*, que é o contrário da falta-a-ser; é o sujeito mais o corpo, é o sujeito mais a substância gozante (cf. Miller, 1998, p. 102). Portanto, é o sujeito que fala com o seu corpo.

O corpo na neurose e o corpo na psicose são diferentes, naturalmente, como estrutura, pois, para cada sujeito, neurótico ou psicótico, o corpo é diferente e particular, efeito da alíngua[20]. Assim, a seguir, iremos percorrer no ensino da psicanálise lacaniana algumas articulações sobre o corpo, o gozo e a linguagem.

2.2 – A biologia psicanalítica

De acordo com Miller (1999), Descartes diferencia duas substâncias do corpo, a *res cogitans*, substância do pensamento, e a *res extensas*, substância da extensão, reduzindo a matéria à extensão. Assim, ele pensou o corpo "partes-extra-partes", sendo que essas partes são exteriores entre si. Na sua leitura, Lacan se detém sobre esse ponto e acrescenta uma outra substância, a substância gozante, isto é, uma substância do corpo à medida em que há gozo no corpo.

Lacan (1972-73/1985) em *O Seminário, livro 20: mais, ainda*, diz que não sabemos o que é estar vivo, "senão apenas isto, um corpo, isso se goza" (p. 35). Ele o faz com a intenção de demarcar o significado da vida para a psicanálise. Para tal, observa que o saber psicanalítico sobre a vida seria, antes de qualquer coisa, um saber de que há gozo. Se não há gozo sem vida, na experiência analítica, a vida é apreendida a partir do corpo. Assim, o corpo vivo é pré-requisito ao gozo.

Para que se dê a justa dimensão à afirmativa anterior, notemos que Lacan (1973-74/2012) insiste sobre o tema da vida porque, para se definir a vida, é necessário levar em conta o gozo e, desse gozo só se sabe o que pode ser localizado, cingido, colocado em relação com o significante. Portanto, o gozo do corpo, no ser falante, não é sem o significante; é pela via do significante, detentor de uma lógica operativa, que se tem acesso a um saber sobre o gozo.

Segundo Lacan (1972-73/1985), a linguagem é aparelho de gozo. Na experiência analítica, presume-se um gozo aparelhado pela linguagem, visto que é através do significante que se fixa o gozo no corpo, dando-lhe substância. É o significante que dá corpo ao gozo,

[20]Lacan (1975) cria o conceito de alíngua buscando um termo que fosse o mais próximo possível da lalação e a define como os resíduos, os restos de significantes que vão se depositando como detritos no curso da aquisição da linguagem. Dessa maneira, a alíngua é uma linguagem que se constitui pelos significantes com os quais o sujeito se conecta antes mesmo de poder diferenciar sua significação. Portanto, é uma linguagem concebida a partir dos mal-entendidos da língua.

portanto, o corpo e a linguagem são os seus elementos postos, e isso pelo fato das palavras vestirem o corpo do sujeito.

Lacan (1972-73/1985) atribui à linguagem, pelo fato de ela habitar o corpo, a função de um órgão do corpo humano, o que o faz compará-la a um aparelho. Sobre isso, Miller (1999) nos fornece a seguinte explicação:

> Podemos dizer que, no homem, o aparelho fundamental de apreensão é a linguagem, mas é um aparelho cuja especificidade é deixar escapar a sua presa. O fato de funcionar, mesmo com a sua presa escapando, é o que, de qualquer forma, o satisfaz. É o que Lacan chama de gozo do blá-blá-blá. Ainda que a linguagem não agarre nada no mundo – o que é seu estado normal – seu funcionamento constitui, em si mesmo, um gozo. Nesse sentido, a linguagem é um órgão de gozo no corpo humano (p. 53-54).

Lacan (1972-73/1985), no *Seminário 20: mais, ainda*, formula que o significante é causador do gozo, e afirma que, sem o significante, não se pode abordar nenhuma parte do corpo. O suporte material do significante é necessário, devido ao fato de não se poder gozar da imagem do corpo como totalidade; só se goza de uma parte do corpo do Outro, portanto, goza-se do corpo, corporificando-o de maneira significante.

Miller (2011) nos esclarece que a "coorporização significante" pode ser representada pela formulação de Freud (1919/1974) no artigo "Uma criança é espancada". Temos aí a cena de flagelação na qual a incidência do Outro sobre o corpo deixa sua marca, como carne para gozar. A marca é também um significante, mas paradoxalmente, ela não participa do sistema que seria da estrutura da linguagem. A marca "vale como insígna, solitária, absoluta, que identifica um corpo como objeto de gozo" (p. 188).

Essas formulações de Lacan acerca do significante contribuíram para que ele concluísse que corpo e saber caminham juntos, não são separados, há uma saber do corpo, saber o qual tem sob os seus cuidados o sentido próprio da articulação significante. Dessa maneira, como o corpo/saber diferencia o prazer e o gozo?

O prazer se converte em gozo no momento em que ele transborda, ultrapassa o saber do corpo, concebido pelas pulsões do eu, tal como nomeadas por Freud (1915/1974), como aquelas que estão a serviço da autoconservação do indivíduo, por elas se colocarem a trabalho para que o corpo se mantenha vivo, sobreviva. O organismo vivo se constitui no intuito de se submeter ao comando do saber do corpo, pois suas pulsões estão ordenadas de modo a gravitarem em torno desse saber que, usualmente, domina o corpo. O gozo irrompe quando o corpo se recusa a servir à finalidade da vida, cessando sua obediência ao saber que é senhor do corpo.

Miller (2003) comenta a tese freudiana, retomada por de Lacan, segundo a qual há uma disfunção, constante, entre o órgão e a função, o que explicaria o motivo do órgão se tornar suscetível a servir ao gozo. Ele diz que "o corpo dos falantes está sujeito a se dividir em seus órgãos o suficiente para lhes encontrar função" (p. 74). O corpo vivo do sujeito é um problema para ele, porque é preciso que se encontrem suas funções ou as inventem.

Essas considerações em torno dos binômios corpo/saber e prazer/gozo evidenciam que o organismo tem a seu encargo dois corpos distintos, quer dizer, o corpo epistêmico, que está de acordo com o seu saber natural, e o corpo libidinal. Visto que o corpo regulado é da mesma forma libidinal, à medida que o prazer se mantém nos limites desse saber. Contudo, constata-se uma oposição entre o "corpo-prazer", que é obediente ao saber, e o "corpo-gozo," que, ao contrário, é desregulado, aberrante, insólito; ele é desobediente ao eu e se nega à dominação da alma como forma primordial do corpo (cf. Miller, 1999).

Miller (2008-09), em seu curso "Coisas de fineza em psicanálise", indaga: "como é que a linguagem e o corpo se juntam para fazerem gozo, para fazerem gozar?" (p. 174). Ele nos responde que, "para fazer gozo, o corpo e a linguagem se juntam no *sinthoma*"[21] (p. 175, aula de 03/06/2009).

A contribuição peculiar apresentada pela psicanálise à questão do corpo, trazida por Lacan em um primeiro momento, relaciona-se a determinação linguageira do corpo. Neste sentido, Lacan (1967/2003) nos leva, por um lado, à diferenciação entre organismo e corpo e, por outro, ao estatuto do corpo como "leito do Outro" (p. 357). Em um segundo momento, Lacan (1975-76/2007) destaca o gozo e, mais particularmente, a pulsão como "eco no corpo, dado que há um dizer" (p. 18), isto é, o sintoma é "um evento corporal" (Lacan, 1976/2003, p. 565).

Para Lacan (1976/2003), o sintoma analítico se refere, eminentemente, ao corpo. A noção de acontecimento de corpo encontra-se nos *Outros Escritos*, no artigo "Joyce, o sinthoma" (1976/2003): "deixemos o sintoma no que ele é: um evento corporal, ligado a que: a gente o tem, a gente tem ares de, a gente areja a partir do a gente o tem" (p. 565). Essa definição do sintoma é desenvolvida por Lacan (1975-76/2007) em *O Seminário, livro 23: o sinthoma*, cujo paradigma é o escritor irlandês James Joyce e sua relação singular à língua.

No que tange ao acontecimento de corpo na neurose, valendo-se das indicações de Freud na histeria, o gozo é correlativo à pulsão sexual parcial, ele é submetido ao recalque sob

[21] O *sinthoma* encerra a escrita neológica criada por Lacan que, para além do sentido, ata significante e gozo. Miller (2006, p. 29) nos diz que há um encontro entre a *alíngua* e o corpo e, desse encontro, nascem marcas no corpo. O que Lacan chama *sinthoma* é a consistência destas marcas. Por isso, ele pôde reduzir o sinthoma a um acontecimento de corpo, algo que acontece ao corpo pelo fato da alíngua.

a forma de verdade. Com isso, é o corpo simbolizado que é atingido, portanto, o acontecimento de corpo se produz no simbólico. Enquanto na psicose o gozo é submetido à foraclusão[22], neste caso, o acontecimento de corpo se produz no real, no ponto de um eclipse do saber do corpo.

O ser falante tem um corpo, ele não é um corpo, como acontece com o animal, pois o ser e o corpo para o homem não se equivalem, provocando-lhe a turgidez narcísica que o deixa embaraçado nas suas relações com o mundo. O corpo humano vivo e falante coloca à mostra esse paradoxo. O ser falante, pois, é aquele que não recebe seu ser do corpo, e sim da fala. Ter um corpo requer que o sujeito se aproprie de uma construção que se chama corpo e que lhe é exterior (Miller, 1999).

Essas articulações acerca do corpo e da vida buscam reunir os elementos que compõem a biologia dos seres falantes, do ponto de vista da psicanálise, de acordo com Miller (1999):

> A biologia psicanalítica se interessa, antes de mais nada, por tudo que demonstra [...] que o corpo humano não é Um, que ele não é todo, que ele contém hiâncias, pluralidades e faltas. A biologia psicanalítica demonstra a existência de um corpo duplo – de vários corpos duplos: corpo epistêmico e corpo libidinal, corpo-prazer e corpo-gozo, corpo especular e corpo orgânico. [...] Nessa biologia psicanalítica, insistimos nas hiâncias do organismo: por exemplo, a prematuração do nascimento [...] assim como todas as hiâncias que o corpo apresenta – a estrutura do organismo que o significante vai buscar, para dele se apoderar (p. 46).

2.3 – A barreira ao gozo

Lacan desenvolve em seu ensino uma teoria do significante com proposições ao mesmo tempo distintas e articuladas, que são amarradas à questão do corpo e do gozo. A partir dessa lógica, ele sustenta que é através do significante que se introduz um intervalo que separa o gozo do corpo. Só se pode ter uma noção do que é o gozo quando se o perdeu, quando se o busca, ou quando se fala dele, porque ali onde o gozo está no corpo, ali onde estamos, no sentido exato, perante a carne, não sabemos que há gozo (Miller, 2009).

As considerações que se seguem, sobre as relações do significante com o gozo, se serviram do artigo de Miller (2010), “Teoria dos gozos”.

---

[22] Trata-se de um neologismo empregado em português para dizer que não há inclusão, que o significante da lei está fora do circuito, sem deixar, no entanto, de existir, pois o que está foracluído do simbólico retorna no real. Lacan tomou de empréstimo ao vocabulário jurídico o termo *forclusion*, o qual significa que um processo jurídico está *forclos*, isto é, que não se pode apelar, por se ter perdido o prazo legal. A foraclusão, portanto, remete à noção da lei e de sua abolição (cf. Quinet, 1997, p. 15).

2.3.1 – O desejo é o desejo do Outro

A barreira que faz o significante ao gozo do corpo é, precisamente, o desejo; sendo que o desejo é uma barreira ao gozo fundada pela linguagem. Lacan (1960/1998) articula as noções de necessidade, demanda e desejo para demonstrar o trajeto no qual o pequeno humano embarca, desde seu nascimento, para advir como sujeito da linguagem. Com esse propósito, Lacan se atém a vinculação existente entre o desejo e a demanda, pois a demanda é própria do sujeito falante, pelo fato de que toda fala é uma demanda dirigida ao Outro, além de que, em sua face mais profunda, é uma demanda inconsciente.

Entretanto, no que se refere à necessidade, diferentemente da demanda, acontece a convocação a uma satisfação particular, que só pode ser fornecida por um objeto especifico, quando, por exemplo, ao se sentir fome, somente o alimento poderá saciá-la. Portanto, a necessidade pede um objeto preciso, concreto, que não é símbolo e não passa pelo símbolo. Já na demanda, não existe o objeto exclusivo, universal, ela é intransitiva. A única coisa que porta o universal é o significante. A satisfação universal passa pelo significante, que é o único a poder produzir um ajustamento com o Outro. Lacan (1958/1998) afirma que “o desejo é o desejo do Outro” (p. 634), axioma que implica que o desejo não seja mais que sua interpretação e que faz do desejo uma função dialética, pois o Outro está implicado desde então e participa da constituição do pequeno vivente.

Dessa forma, o benefício que se obtém ao se considerar a dialética da demanda e do desejo é que, de entrada, inclui-se o Outro. A criança já nasce inscrita na linguagem, pois a ela é dado um nome, um lugar. O adulto lhe destina um significado muito antes dela nascer, assim lhe atribuindo um lugar na família. O bebê, ao nascer, é cuidado pelo Outro que, na maioria das vezes, é o Outro materno. Esse Outro é que interpreta o grito, o choro, o movimento descoordenado, o riso, o gesto, etc., para que se realize uma ação específica, isto é, para que se dê uma resposta àquilo que se escuta vindo dele, o seu pedido.

Então, a criança, por sua vez, vai assimilando as interpretações que lhe são dirigidas pelo Outro e pelos outrinhos que, ao seu redor, participam dos seus cuidados, possibilitando-lhe a construção do sentido que passa a circular na sua relação significante com o Outro. Constrói-se, assim, um valor de troca entre eles, e isso conduz o bebê a um lugar exclusivo.

O desejo é sempre desejo do Outro, tesouro dos significantes, que se deslocam de um lado para outro, acompanhando o sujeito ao longo de sua existência. Desde o nascimento, as necessidades que fazem parte do nosso corpo, de ordem biológica, fisiológica, neurológica

passam pela articulação de um pedido ou de um oferecimento ao Outro, portanto, a necessidade do sujeito falante é desnaturalizada.

O desejo, ao tomar algo emprestado à necessidade, ou seja, a imposição de uma condição absoluta ou de uma urgência, restabelece o desvio que ela sofre, quando de sua submissão ao significante. Porém o desejo jamais se inscreve na demanda, sendo sempre a circulação significante que irá condicionar a demanda e que leva a necessidade a uma espécie de negação de segunda ordem:

> Uma vez que a necessidade já tenha passado pelo filtro da demanda no plano da incondicionalidade, é apenas a título de uma segunda negação, digamos assim, que reencontraremos, mais além, a margem do que se perdeu nessa demanda. O que encontramos nesse mais além é, precisamente, o caráter de condição absoluta que se apresenta no desejo como tal (Lacan, 1957-58/1998, p. 382).

Destarte, o desejo é uma barreira ao gozo fundada pela linguagem pelo fato dele ser aquilo que busca articular o pedido, porém, encontra a impossibilidade, ao restar como o que não é completamente articulável à demanda. Os objetos, as respostas, as palavras que são recebidas, nunca satisfazem inteiramente, e isso faz com que o sujeito se movimente nessa busca inalcançável. O desejo é inconsciente e baseado nas marcas deixadas pelo Outro e pelos outrinhos, marcas registradas nas experiências de satisfação, prazer e dor.

O desejo nada é senão a impossibilidade da fala que, na tentativa de responder à demanda, não consegue fazer outra coisa senão reduplicar a marca, consumando a fenda que o sujeito sofre por só ser sujeito na medida em que falta. Entre a necessidade, o corpo e a demanda, resta o desejo, que não é respondido e não é saciável. Assim, o que é dado ao Outro preencher é o que ele, propriamente, não tem, pois nele também falta; é aquilo que Lacan (1958/1998) nomeou de paixões do ser, o amor, mas também o ódio e a ignorância:

> O desejo é aquilo que se manifesta no intervalo cavado pela demanda aquém dela mesma, na medida em que o sujeito, articulando a cadeia significante, traz à luz a falta a ser com o apelo de receber seu complemento do Outro, se o Outro, lugar da fala, é também o lugar dessa falta (Lacan, 1958/1998, p. 633).

2.3.2 – O gozo é o gozo do Outro

Ao avançar em suas elaborações sobre o gozo, Lacan formula que “o gozo é o gozo do Outro” (Lacan, 1974/2009, p. 15). Não se trata aí de entrada do Outro, nem se encerra aí uma função dialética. Por esse motivo, o manejo do gozo, tanto prático como teórico, concorre para sua difícil apreensão, o que levou Lacan a tomar como ponto de partida o corpo, para tratar do gozo, pois só um corpo tem a prerrogativa ou não de gozar.

As relações do gozo com o significante são muito diferentes daquelas que ocorrem entre o desejo e o significante. O desejo está ligado à cadeia significante, por onde cava suas modificações, assim, ele apresenta a propriedade de ser móvel, flexível, plástico, ele adere ao significante. Entretanto, as relações do gozo com o significante são de outra natureza, pelo fato do gozo não fazer concessões ao significante, pelo fato dele exclui-lo.

Para a psicanálise, o sujeito é abordado pura e simplesmente ao nível da lógica do significante, pois é pelo efeito do significante que o sujeito tem a chance de advir, desde que se inclua também o efeito de separação do corpo e do gozo. É isso que Freud (1924/1976) introduziu como castração, lançando mão do mito de Édipo, que é resumido por Lacan (1955-56/1998) na sua fórmula da metáfora paterna numa equação de substituição significante[23]:

$$\frac{\text{Nome-do-pai}}{\text{Desejo da mãe}} \cdot \frac{\text{Desejo da mãe}}{\text{Significado para o sujeito}} \rightarrow \text{Nome-do-pai}\left(\frac{\text{A}}{\text{Falo}}\right)$$

Para a criança, o Desejo da mãe aparece inicialmente como um significante enigmático. Com a introdução da metáfora paterna, o Desejo da mãe é barrado e o produto dessa operação é a inclusão do Nome-do-Pai, significante da Lei no Outro e da significação fálica, enquanto aquele que certifica a inscrição da castração.

É a metáfora paterna que permite ao significante pai, o Nome-do-Pai, preencher sua função, que é a de operar como ponto de captação da ordem simbólica. O pai, no lugar da lei, libera a criança de se pôr frente a frente, sem mediação, a um significante primeiro, que é o Desejo da mãe. Desse modo, o Nome-do-Pai funciona como ponto de captação que fixa o sujeito na significação fálica.

Para todo sujeito falante, o Nome-do-Pai é o significante que ordena o mundo e as questões da existência humana, que são as relações entre os sexos e àquelas que concernem à vida e à morte. Os efeitos relativos aos movimentos de ir e vir da mãe, que Freud (1920/1974) descreve em seu artigo "Além do Princípio do Prazer", através do jogo do *for-da*[24], produzem no sujeito os efeitos de significação, porém, isso não os articula, não os estabiliza, não há ordenamento, mas deslizamento contínuo da significação. Faz-se necessário a intervenção de

[23] Este matema se encontra no texto "De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose", publicado nos *Escritos* (p. 563).

[24] É um processo de simbolização que a criança opera por meio do jogo nomeado por Freud (1920/1974) de *fort-da*. Nesse jogo, a criança, ao fazer um carretel aparecer e desaparecer, simboliza a presença e a ausência da mãe. Essa atividade se assemelha a uma brincadeira de esconde-esconde, na qual a criança atualiza o domínio sobre a ausência materna, numa atitude psíquica ativa, agora de sujeito, e não mais na posição passiva de objeto de desejo do Outro. Para Lacan (1964/1991), a criança, ao poder representar a mãe, não apenas pelo objeto carretel, mas também por fonemas, anuncia que acessou o processo de simbolização.

um terceiro que introduza a lei de interdição e que opere um “não” à criança como objeto de uso dos caprichos da mãe.

É a metáfora paterna, a operação do Nome-do-Pai, que institui o significante primeiro ao gerar a significação fálica por efeito de retroação. Assim, o acesso à significação fálica vincula-se à castração, o que significa que o gozo é submetido, tanto para ao homem quanto para a mulher, ao falo. O falo é negativizado, desde que, para tê-lo, é preciso que o sujeito se recuse a sê-lo. Essa é a condição para que o sujeito acesse o desejo.

O efeito principal da operação da metáfora paterna é de dar seu significado ao gozo, ou seja, conferir ao falo a capacidade de imprimir uma fixação do gozo, uma localização, que se efetiva através de uma perda. Isso fez com que Lacan (1967/2003) dissesse que, para o sujeito neurótico, o corpo se exila no “deserto do gozo” (p. 357), pois o efeito do significante sobre o corpo produz uma perda de gozo, e é precisamente essa perda que faz do organismo um corpo.

Na significação do falo, tal como ela emerge da metáfora paterna, quando o Nome-do-Pai se substitui ao Desejo da mãe, fazendo com que surja no lugar do significado o falo, o falo como “significante do gozo” (Lacan,1960/1998, p. 838), do que se trata?

A expressão “significante do gozo” quer dizer a captura do gozo por parte de um significante. O falo promove a captura e a limitação do gozo pelo significante, portanto, ele promove a castração do gozo puro. Desta forma, o gozo fálico já é uma regulamentação do gozo, que não implica uma relação com o Outro, é o gozo fora-do-corpo.

O preço para se advir como sujeito da linguagem é pago com o Édipo, ao receber a condenação de lidar com a falta, enquanto castração no simbólico ao longo da existência. Caso contrário, resta ao sujeito o campo das psicoses, onde reina a foraclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro e o fracasso da metáfora paterna, fracasso evocado por Lacan (1955-56/1998) como condição essencial na psicose.

A foraclusão é uma noção operatória da psicose, através da qual se produz a rejeição de um significante fundamental para fora do universo simbólico do sujeito. A partir dessa rejeição, o significante se encontrará foracluído, portanto, não incorporado ao inconsciente. Para a psicanálise, esse termo comporta a conotação do sem lugar, daquele que caminha sem destino, errante, apontando para o espaço compreendido pelos loucos, dos verdadeiros presos do lado de fora, sem rumo, que não encontram o seu lugar no inconsciente, em razão da foraclusão do Nome-do-Pai. Na psicose, isso significa a abolição da lei simbólica e coloca em causa toda a estrutura da linguagem. Então, pelo fato do sujeito não ter se submetido à castração simbólica, ele não pode contar com a significação fálica.

O vácuo deixado pela ausência do falo faz com que o retorno do foracluído se dê nesse vazio, deixado pela abolição de um significante, restando-lhe o real, lugar da não-existência, daquilo que é irrepresentável. Esta fórmula, Lacan retira do texto de Freud (1911/1974) sobre Schreber: *o gozo foracluído no simbólico reaparece no real.*

Freud (1914/1974), em "Introdução ao narcisismo", diz que na psicose a libido não se volta para um objeto normal, ela se volta para o eu, o que resulta no desinvestimento dos objetos pelo sujeito. Lacan (1967/2009) recupera essa observação de Freud e introduz a questão do objeto *a* na psicose, indicando que esse objeto não se separou, não ficou perdido e marcado pela falta, pelo contrário, o sujeito o tem a sua disposição e experimenta um gozo narcísico. Portanto, o louco é um homem livre por excelência, pelo fato dele não precisar do Outro para causar seu desejo, pois ele carrega o objeto *a* no bolso.

O significante da castração é, precisamente, o que nos protege de escutar o real da voz que ordena o gozo. Há uma normalidade própria do delírio, do qual estamos protegidos pela metáfora fálica. O específico da psicose de Schreber, assim como no caso de Soares, tratado no primeiro capítulo, é essa conjunção entre o Outro do significante e o Outro do gozo. Essa conjunção não passou despercebida a Lacan (1966/2003), quando ele define a paranóia como a identificação do gozo no lugar do Outro, assim, a psicose paranóica equivale, justamente, à conjunção do saber e do gozo, sem a interposição da castração.

Enfim, o falo é o significante do gozo quando o gozo esta aparelhado por um significante. O falo tempera o gozo, ou seja, lhe dá uma medida e também seu semblante[25], porque o gozo enquanto tal não tem medida. Esse ponto de vista faz com que ele restabeleça o que falta na instância da letra, ou seja, a relação entre o sintoma e o gozo. O sintoma é justamente o que carece da introdução da noção de gozo. Com efeito, o gozo narra a existência do sintoma. Se para Freud o sintoma diz de um conflito, para Lacan trata-se da satisfação que está em jogo no sintoma (cf. Miller, 2009-10).

[25] É uma categoria operatória. Uma categoria é uma qualidade atribuída a um objeto. O semblante consiste em fazer crer que há algo ali onde não há nada. O falo, enquanto semblante, designa o que organiza a vida psíquica para além do que seria uma aparência. Portanto, o semblante é um instrumento que permite uma estreita relação com o real que ele encobre (Miller, 1991-92).

2.3.3 – O gozo do Outro é o gozo do corpo

Lacan (1972-73/1985), ao final de *O Seminário, livro 20: mais, ainda*, introduz a topologia dos nós, ao apresentar a ideia de cadeia e diz "que parece melhor para suportar a inércia da linguagem" (p. 152), pois é com os círculos de cordão que se tem a chance de conseguir "cercar, agarrar, fazer chiar o gozo" (p. 152). Prosseguindo nas primeiras lições de *O Seminário, livro 22: RSI* (1974-75) e em sua conferência de Roma, "A terceira" (1974/2009), Lacan se serve da representação do nó borromeano[26] para articular os campos do simbólico, imaginário e real.

Nessas articulações, Lacan observa o que se trata no inalcançável do gozo do Outro. Ele adverte, em primeiro lugar, que não se trata, de maneira alguma, do Outro do significante, já que ele é essencialmente indexado pelo gozo fálico, o único autorizado aos sujeitos falantes. Assim, o gozo do Outro está fora do simbólico, pois é do imaginário, do corpo marcado por sua inserção no real que ele procede, sendo que é esse gozo que invade toda a linguagem. Esse gozo do Outro, louco e enigmático, é o que se encontra na psicose, pela inexistência da função fálica.

No texto, "A terceira" (1974/2009), através da topologia dos nós, Lacan retoma a expressão "gozo do Outro", porém em uma nova definição. Ele indica que a ciência é uma forma de gozo do Outro, localizando-a na intersecção entre real e imaginário, a partir do corpo. Assim, Lacan (1974/2009) nos diz: "o que concerne ao gozo do Outro, há apenas uma única maneira de preenchê-lo e, propriamente falando, é o campo onde nasce a ciência" (p. 16).

O gozo do Outro, por se encontrar apartado da linguagem, somente poderá ser capturado a partir da letra. É isso que Lacan (1974/2009) apreende de maneira luminosa, a letra, como a única possibilidade de acesso ao real. Nessa perspectiva, situa a ciência que, por meio de suas fórmulas, aplica suas letrinhas nos corpos dos sujeitos, na busca de reduzir o impreciso, o mal entendido, o equívoco do sentido. O que levou Lacan (1974/2009) a nos advertir que:

[26] Lacan (1974-75), no desenvolvimento de seu ensino, recorre à topologia, enquanto um recurso que oferece maior possibilidade de se pensar o real e fazer sua melhor mostração. É daí que ele retira o "nó borromeano", que é usado para demonstrar como se articulam os registros do Imaginário, Simbólico e Real, que são organizados por uma lógica intrínseca à amarração deste nó. Assim, no nó borromeano, caso se solte qualquer um dos elos, os outros dois se desamarrarão.

> o futuro da psicanálise é algo que depende do que advirá desse real, ou seja, se as engenhocas, por exemplo, ganharão verdadeiramente a dianteira, se chegaremos a ser nos mesmos, verdadeiramente animados pelas engenhocas (p. 16).

Não podemos deixar de ressaltar que, nos dias de hoje, a ciência tem dado provas de que é digna de crédito por suportar a convergência entre o real e o imaginário, não sendo por isso sem razões a injeção de imagem que ela esparrama pela vida. Temos a civilização sob o domínio da ciência e, portanto, o que se espera dela é efetivamente a produção do saber sobre o real. A esse respeito, Quinet (2006) diz:

> A ciência também pode entrar na categoria de discurso como enquadramento do gozo na medida em que tem por finalidade a conquista do real, ou seja, a colonização do real pelos aparelhos simbólicos que as fórmulas matemáticas representam (p. 19-20).

2.4 – A psicofarmacologia e a correção do gozo

Elizabeth Roudinesco (1994), em seu livro *Por que a Psicanálise?*, observa que a partir de 1950, os neurolépticos "modificaram a paisagem da loucura" (p. 21), devolveram a fala aos loucos, permitiram sua reintegração à cidade, apesar de não curarem nenhuma doença mental. Os psicofármacos deram ao homem a recuperação de sua liberdade, "têm o efeito de normalizar comportamentos e eliminar os sintomas mais dolorosos do sofrimento psíquico, sem lhes buscar significação" (p. 21).

Desse modo, as descobertas de maior relevância da psicofarmacologia aconteceram a partir da observação clínica ou se deram de maneira acidental, por um acaso providencial, como ocorreu com os neurolépticos, que surgiram das investigações sobre os anestésicos e sobre a redução da dor. Nessa perspectiva, se encaminharam por vários anos os modelos teóricos da ciência psicofarmacológica, modelos que se restringiam a explicar os efeitos das substâncias no corpo humano.

Com o surgimento da psicofarmacologia moderna, o que ocorreu em meados do século XX, com a descoberta dos efeitos antipsicóticos da clorpromazina, e com a revolução desencadeada pelo acontecimento das neurociências na década de 1970, pode-se dizer que o projeto de naturalização do psíquico vai se intensificando. Isso se sustenta no crescimento estrondoso de biotecnologias que passaram a investigar o sistema nervoso sob seus vários ângulos, entre os quais a psicofarmacologia.

Então, qual o lugar da psicofarmacologia nesse modelo científico que vem junto com as neurociências?

Para as neurociências, o cérebro é considerado o órgão de maior importância e de maior complexidade para a compreensão do ser humano. Em torno do estudo do cérebro se reúnem cientistas e médicos de diversas especialidades, desde a biologia molecular, a psicologia cognitiva e experimental, assim como a anatomia, fisiologia e farmacologia. Os engenheiros e cientistas da computação também veem somar seus conhecimentos na pesquisa sobre a estrutura e funcionamento do cérebro, desenvolvendo tecnologias nas interfaces homem-máquina, próteses e ambientes de realidade virtual.

Ao final da década de 1960, irrompe o modelo da neurotransmissão cerebral, o qual se ocupa em estudar com afinco as substâncias que podem mimetizar o funcionamento dos neurotransmissores, assim como o mapeamento de seus locais de ação. A psicofarmacologia, então, voltada para esse novo projeto científico, realiza suas pesquisas encaminhando as informações sobre o funcionamento nervoso às neurociências, e sobre as doenças em questão à medicina.

Cabe pontuar que esse novo modelo científico possibilitou que a psiquiatria viesse a se ancorar no estatuto científico de outras disciplinas médicas, disciplinas que tomam a biologia como modelo de cientificidade. Assim, a psiquiatria biológica, que a princípio tem a seu encargo um campo específico da psiquiatria aplicado ao estudo dos fundamentos neurobiológicos da atividade psíquica, adquire um *status* de influência nesse novo modelo, o que a leva a uma concepção abrangente dentro da Psiquiatria Clínica (cf. Bogochvol, 1997/2001).

Na concepção da psiquiatria biológica, os distúrbios ou transtornos mentais seriam resultantes de alterações da neurotransmissão em determinadas microrregiões do cérebro. Essas alterações poderiam ser causadas por infecções, tumores, deficiências nutricionais, fatores psicológicos, ou, pelas causas genéticas, as quais são atribuídas maior relevância. Assim, caberia aos genes a determinação desse funcionamento cerebral e de suas desordens, por vias que ainda não foram identificadas e visualizadas. Nesse sentido, os genes dariam partida ao grupo de eventos que teria como resultado final o fenômeno psíquico e psicopatológico. Conforme prossegue Bogochvol (1997/2001):

> O fenômeno psicopatológico é concebido, portanto, como produto de um distúrbio neurofisiológico tratável farmacologicamente. O sintoma expressaria no plano psíquico aquilo que é primeiramente um transtorno da neurotransmissão cerebral, manifestaria em um registro aquilo que é alteração do outro. Temos uma concepção sináptica do distúrbio mental (p. 4).

Destarte, os neurotransmissores são definidos quimicamente como moléculas relativamente pequenas e simples, sendo que diferentes tipos de células secretam diferentes neurotransmissores em áreas muito específicas e podem ocasionar diferentes efeitos, dependendo do local de ativação. Em torno de 60 neurotransmissores foram identificados atuando junto ao aumento ou à diminuição na liberação de substâncias específicas, as quais são responsáveis pelas alterações advindas ao estado psíquico do paciente.

Vê-se que, dentro dessa perspectiva, os psicofármacos são criados e introduzidos nos corpos tendo a seu encargo as funções de bloqueio e/ou inibição e/ou potencialização de determinadas substâncias, que agem diretamente sobre as funções psíquicas que se encontram em prejuízo.

Dessa forma, a psicofarmacologia busca corrigir as perturbações da neurotransmissão cerebral, proporcionando aos pacientes uma resposta positiva através da remissão dos sintomas psicopatológicos. O visado é o equilíbrio do sistema psiconeurológico, equilíbrio que favorecerá a pacificação, o bem-estar do individuo e que, em vista disso, dará provas da eficácia dos psicofármacos.

Assim, pode-se dizer que o comando da psicofarmacologia, inicialmente, é aquele da identificação dos neurotransmissores e das respectivas substâncias ali processadas para, posteriormente, produzir substâncias que imitem aquelas identificadas, visando corrigir, reparar, o desvio, o desmando do organismo no funcionamento cerebral do sujeito portador de transtorno mental.

Constata-se que a presença da psicofarmacologia e das neurociências nos meios de comunicação tem ocorrido, cotidianamente, através de um trabalho estratégico de forte *marketing*, com lançamento de novos produtos, associados a informes de caráter científico combinados. Divulga-se o lançamento de medicamentos, que são capazes de tratar uma variedade de doenças, com apologia à cura a ser alcançada através dessas novas substâncias. Simultaneamente, propõe-se a descoberta das causas dessas doenças, que são identificadas através de tecnologias de imagens de mapeamento do cérebro, localizando as lesões e reconhecendo os neurotransmissores responsáveis por tais sequelas.

A sociedade, estabelecida entre a biologia, a psicofarmacologia e as neurociências em prol do mercado da saúde, promove a crença, partilhada como verdade cientificamente reconhecida e comprovada, de que várias formas de sofrimento, de distúrbios psíquicos, são causadas, tratadas e curadas biologicamente. Ao se apoiar em um pseudo-argumento, aquele de que já se conhece o modo de funcionamento do cérebro e da mente dos seres humanos, as ciências em questão já apresentam-se como se estivessem a um passo de desvendar as razões

últimas, aquelas que encaminham o veredicto sobre a anormalidade do homem e que, certamente, selarão o seu destino.

As neurociências têm demonstrado a determinação de se localizar no cérebro as causas de todo o mal que assola os humanos, apontando para uma radical biologização do homem, presente desde o pensamento moderno, no entender do qual a natureza humana se restringe à sua estrutura biológica. Logo, se os males que afetam o homem têm suas explicações biológicas, o tratamento ficará a cargo do biológico, com o aval e comprovações por parte das ciências em jogo.

Na contemporaneidade, percebe-se, por parte dessas ciências, um imperativo ao biologicismo, o qual indica que é necessário encontrar a origem biológica das características, das perturbações e dos comportamentos humanos, através de investigações bioquímicas e/ou neurológicas, enfim, trata-se da tentativa de se descobrirem os fundamentos biológicos dos traços de caráter e do comportamento dos seres humanos.

Nessa direção, os defensores do biologicismo, que devem ser reconhecidos enquanto partidários de uma ideologia cientificista e representantes de uma das concepções de maior influência da psiquiatria biológica, acreditam que o sintoma psíquico e o próprio psiquismo seriam de ordem biológica, inexistindo uma ordem propriamente psicopatológica, o que dá lugar a uma "psiquiatria sem psiquismo" (Bogochvol, 1997/2001, p. 48).

Faz-se necessário interrogar: os psicofármacos são próteses psíquicas? A pergunta se justifica pelo fato de que o hiperdesenvolvimento da psicofarmacologia se inclui no rol das biotecnologias, as quais se mantém comprometidas com o ideal de eficácia que domina na contemporaneidade. Essas biotecnologias procuram, incessantemente, alcançar garantias de que o real é passível de ser domesticado, além de conferirem aos psicofármacos a qualidade de intervir nas condições de existência dos sujeitos e de seus corpos, nas suas carências e excessos.

O dicionário Houaiss (2013), define como "prótese" um dispositivo implantado no corpo para suprir a falta de um órgão ou para restaurar uma função comprometida; trata-se de qualquer aparelho que vise suprir, corrigir, ou aumentar uma função natural. Essa definição nos reporta ao século XVII, a Descartes (1748/1910), quando o paradigma do corpo como máquina triunfa na prática da medicina do corpo. Ele foi o primeiro a buscar a equivalência entre o homem e a máquina, ao dizer que "como um relógio composto de engrenagens e contrapesos, eu considero o corpo do homem" (p. 119).

Nessa perspectiva de estabelecer um modelo de funcionamento do corpo humano, o livro *O homem-máquina*, escrito pelo médico Julien Offray de La Mettrie (1748/1981), é seu

representante maior. Nele, o autor radicaliza Descartes, para quem os animais eram como máquinas, por não terem alma. Para La Mettrie, os homens em tudo se aproximavam dos animais e, então, também não tinham alma, eram meras máquinas, conjunto de engrenagens puramente materiais, sem nenhuma substância espiritual, como pretendia Descartes.

Descartes (1748/1910), ao tomar o corpo a partir da imagem da máquina e ao compará-lo aos relógios, fornecendo-lhe explicações mecanicistas, tem a pretensão de dar conta do funcionamento e das disfunções orgânicas tomando como modelo a reparação de uma máquina, tal como um relógio que depende da força, da situação, da figura de seus contrapesos. Além disso, Lacan (1954-55/1985) ressalta que esse artefato é o simulacro do vivente, ao encarnar o tempo como o mistério dos mistérios.

A tendência da medicina contemporânea é de levar adiante essa concepção do homem-máquina: o corpo como uma soma de órgãos e aparelhos cujo funcionamento pode ser explicado a partir do modelo mecanicista das máquinas. Nessa direção, a constatação de que, no final do século XX, a ciência ou a tecnologia dá um salto sem precedentes na invenção de máquinas que servem para compensar a falência isolada dos órgãos do corpo.

A captura do corpo humano no discurso da ciência, na época atual, ilustra, com total fidelidade, a formulação freudiana sobre o homem como um "Deus de prótese" (Freud, 1930/1974, p. 111), aparelhado pelos órgãos auxiliares para obter uma recuperação da satisfação perdida. Eric Laurent (2006) também nos diz a esse respeito que o sonho cientificista seria:

> um sonho no qual poderíamos nos considerar como máquinas com um funcionamento assegurado, e se falha poderia trocar as peças soltas, de maneira tal que pudesse funcionar de novo de maneira normal, assegurando-se uma presença normalizável em um mundo como tal. (p. 40).

Dentro dessa lógica compensatória, como funcionam as próteses psíquicas?

Ao pensarmos as próteses psíquicas, devemos levar em conta a dupla possibilidade de funcionamento dos psicofármacos, isto é, a suplência/substituição de alguma função ou substância e a suplementação, sendo que o suplemento é a parte que se acresce a um todo ou a um sistema para elucidá-lo, aprimorá-lo. Com ele, acrescenta-se um a mais que, contraditoriamente, extrairia dele o excesso de real, deixando-o livre para aparecer em sua forma ou verdade. Mas, sobretudo, trata-se de extrair o real, aí excessivo, canalizando-o, descarregando-o para que a *physis*, ou o real, apareça em sua verdade encoberta (cf. Dunley, 2006).

Nessa lógica, a utilização dos psicofármacos encerra uma biotecnologia, a *téchne*, que detém uma função mimética, de suplemento, a qual descarrega o real de seu excesso, modula-o, tempera-o e, de certa forma, o aperfeiçoa. É importante que se volte a atenção para essas formas miméticas que se propagam à biotecnologia psicofarmacológica e à sua relação com a verdade ou com as condições reais de existência do sujeito na contemporaneidade. Portanto, seria a função da *téchne* que possibilitaria desvelar ou desocultar aquilo que se mantém escondido, no esquecimento (cf. Dunley, 2006).

No que tange aos sujeitos psicóticos, pode-se ter em conta que a biotecnologia psicofarmacológica se coloca a serviço da correção do defeito do corpo-máquina, agora, na sua versão corpo-neuronal. Em que pese isso, no que tange à prótese psíquica nas psicoses, ela teria a seu encargo extrair o excesso de real e, para tal, os neurolépticos, substâncias químicas anestesiantes, podem possibilitar a significantização e, consequentemente, a neutralização do gozo no real do corpo.

O psicofármaco opera uma transformação ao nível das pulsões: esse artefato de saber específico sobre o corpo incide nele, recortando-o e redesenhando-o. O sujeito vai ter acesso a um gozo que era ignorado, estranho a ele próprio. Se o significante tem a função de marcar o corpo à sua maneira, o saber encerrado no psicofármaco o corta de outra forma. Portanto, a prótese psíquica teria, através dos efeitos de sua química, a qualidade de produzir uma *ordinarização* do sujeito, ou seja, o sujeito deixaria de ser louco e passaria a ser um sujeito comum, ao se levar em conta que o psicofármaco separa o sujeito do gozo do corpo. Nesse sentido, E. Laurent (2003) nos diz:

> Para além da oposição entre o medicamento que faz falar e o medicamento que faz calar, reconheçamos no medicamento que re-aliena o sujeito no lugar do Outro, um elemento essencial do dispositivo de "aparola"[27] [*l'apparole*] para o sujeito psicótico. É nesse dispositivo que ele poderá vir inscrever os signos que então poderão ser lidos [...] A psicanálise não se opõe à prescrição medicamentosa, ela pode fazer do poder contingente do medicamento um auxiliar da "aparola" [...] Nesse dispositivo, o psicanalista é um parceiro que tem chance de responder. Ele poderá prescindir do medicamento na condição de se servir dele de uma boa maneira (p. 43).

[27] A fala sob o regime de *aparola* não inclui o diálogo, trata-se de monólogo, em que não há comunicação, há autismo. Com a *aparola*, a pulsão domina a fala, pois a perspectiva vigente é do gozo e não da comunicação (Miller, 2012).

2.5 – Tratamentos possíveis

> *Um monge descabelado me disse no caminho: eu queria construir uma ruína. Embora eu saiba que ruína é uma desconstrução. Minha idéia era de fazer alguma coisa ao jeito de tapera. Alguma coisa que servisse para abrigar o abandono, como as taperas abrigam. Porque o abandono pode não ser apenas de um homem debaixo da ponte, mas pode ser também de um gato no beco ou de uma criança presa num cubículo. O abandono pode ser também de uma expressão que tenha entrado pro arcaico ou mesmo de uma palavra. Uma palavra que esteja sem ninguém dentro (M. de Barros, 2000, p. 31).*

Colete Soler (2007) distingue, com base nas formulações de Lacan, algumas saídas possíveis na psicose: o delírio, o ato, a obra, a identificação imaginária e a sublimação criadora. As considerações que se seguem privilegiarão o "delírio" e a "obra", principalmente levando em conta as tentativas de estabilização construídas por Soares, tratado no primeiro capítulo. Essas outras saídas também mereceriam ser investigadas, pelo fato de o sujeito poder se valer de mais de uma via em seu trabalho de estabilização, de localização e de regulação do gozo na psicose. Questões para um trabalho futuro permanecem, portanto.

2.5.1 – O delírio

Desde o início de suas elaborações sobre a psicose, Freud é tomado por um enigma e nos diz: "quanto aos paranóicos, quanto aos delirantes, quanto aos psicóticos, eles amam o seu delírio como amam a si mesmos" (Freud *apud* Lacan, 1958-59/1988, p. 246). No caso Schreber, Freud (1911/1974) conclui que o delírio é uma tentativa de cura. Sua originalidade foi justamente a de mostrar que o delírio constitui uma solução particular do sujeito para buscar a cura, ao contrário da concepção psiquiátrica e das neurociências que veem no delírio uma enfermidade. Pode-se dizer, então, que toda a tradição da clínica psicanalítica das psicoses apoiou-se sobre a solução reparadora de Schreber, que toma a seu encargo, solitariamente, a tarefa de tratar dos retornos do real pela via do simbólico, enveredando-se em uma metódica construção delirante.

O que ocorre ao nível do real em jogo na psicose concerne ao gozo, e é sobre esse axioma que a psicose de Schreber é instrutiva sobre o gozo. Isso, à medida que Schreber demonstra, passo a passo, o modo como seu gozo foi transformado pelo trabalho do delírio. O delírio, como uma auto-elaboração, se manifesta de maneira incontestável, dando provas do que Lacan nomeia como "eficácia do sujeito" (Lacan *apud* Soler, 2007, p. 185). Portanto, a

foraclusão é suscetível de ser compensada em seus efeitos, visto que outras formas de compensação, que não se restringem apenas à elaboração de um delírio, podem ser incluídas.

Diante dessas possibilidades de trabalho na psicose, de que maneira a psicanálise se introduz, levando-se em conta que o sujeito psicótico se serve de uma ética própria, enquanto a psicanálise é orientada pela ética do bem dizer? Essa questão, colocada por C. Soler (2007), aponta o desafio que a psicanálise toma para si ao operar por meio de sua ética, a qual, se produz efeitos, também encontra limites e impasses, diante do esboço de um trabalho do sujeito na tentativa de se construir um dique que venha conter seu gozo.

C. Soler (2007) diz que a foraclusão é solidária do significante no real. De modo geral, ela não se refere apenas ao significante no *percepto* alucinatório, mas ao significante que surge sozinho, fora da cadeia do sentido e das emergências correlatas de gozo. Desta forma, a autora esclarece que:

> o trabalho da psicose será sempre, portanto, uma maneira de o sujeito tratar os retornos no real, de efetuar conversões que civilizem o gozo até torná-lo suportável. Do mesmo modo que podemos fazer a clínica diferencial dos retornos no real, conforme se trate da paranóia, esquizofrenia ou mania, podemos diferenciar as referidas soluções (p. 186).

Em Schreber (cf. Freud, 1911/1974), verifica-se que ele se serve de um simbólico de suplência, ao construir uma ficção diferente daquela do Édipo, conduzindo-o a um ponto de estabilização, isto é, a metáfora delirante “ser a mulher de Deus” (p. 34). A sistematização do delírio propiciou a construção da metáfora delirante, a qual se incumbiu de produzir um substituto do falo – a mulher – e um substituto da lei – a Ordem do Mundo. Por meio da metáfora delirante, Schreber pode se situar como sujeito, a Mulher de Deus, e lhe é assegurada a lei.

Esses elementos determinaram a Schreber sua posição de sujeito, visto que eles se contrapõem à ameaça fundamental de ser “deixado largado”. “Ser a mulher de Deus” permitiu a Schreber a localização do gozo na imagem do corpo, pelo processo de eviração, colocando em vantagem um gozo da relação com Deus que se dirige para a infinitude. Sendo assim, Schreber declara:

> Desse modo, uma conspiração contra mim foi levada ao ponto culminante (por volta de março ou abril de 1894). Seu objetivo era conseguir que, uma vez minha doença nervosa houvesse sido reconhecida como incurável ou assim admitida, eu fosse entregue a uma certa pessoa, de maneira específica: minha alma deveria ser lhe entregue, mas meu corpo – devida a uma má compreensão do que acima descrevi como o propósito subjacente à Ordem das Coisas – deveria ser transformado em um corpo feminino e como tal entregue a pessoa em apreço com vistas a abusos sexuais, e então simplesmente seria “deixado de lado” – o que indubitavelmente significaria ser entregue a corrupção (Schreber apud Freud, 1911/1974, p. 34).

O delírio na psicose equivale ao sintoma na neurose. Nessa lógica, ambos têm a função de suplência na estrutura. A direção do tratamento do sujeito psicótico não exclui o delírio, não busca a sua interrupção, porque é pela sistematização do delírio que se tem a possibilidade de se conduzir a um apaziguamento do gozo, à mercê do qual o sujeito está. Nessa perspectiva, o delírio tem a função de enlaçamento que permite fixar o gozo. Portanto, em alguns casos, é preciso que se dê a chance ao sujeito de reconstrução de uma realidade, mesmo que seja uma realidade delirante, não ordenada pelo Nome-do-Pai.

A psicanálise lacaniana não concebe a psicose em termos de *déficit*, de dissociação, de não funcionamento de certas funções mentais. Pelo contrário, ela mantém sua confiança no sintoma freudiano, enquanto aquele que tem um sentido, mas que não se submete às injunções do organismo, tal como observado, *en passant*, por Lacan (1946/1988): "longe da loucura ser um fato contingente às fragilidades do organismo" (p. 177). O autor, nesta citação, rejeita a questão da organicidade das psicoses e ressalta a especificidade da Psicanálise, conferindo à "palavra" a sede dominante da existência humana. Essa tomada de posição de Lacan vai de encontro à polêmica resultante de certa ambiguidade por parte de Freud que, de algum modo, acenou poder haver uma explicação neuroquímica das psicoses.

Por outro lado, pode-se dizer que a teoria da psicose não deixa de se apoiar sobre uma falha da operação da metáfora paterna, o que resulta na falta da significação fálica correlativa da foraclusão do Nome-do-Pai, condição essencial da psicose.

Dessa forma, o delírio, com suas figuras fantasmagóricas e identificações imaginárias que elas impõem, pode ser pensado no quadro de uma metáfora que faz suplência àquela que não se instalou. A falha se situa no simbólico, a solução também, seja pela metáfora, seja pela metonímia. Portanto, a suplência[28] é significantização.

Diante do trabalho do delírio, Quinet (1997) esclarece sobre o que cabe ao psicanalista na direção do tratamento:

> O psicanalista, ao deixar-se guiar pela estrutura, deve aprender com o delírio que é uma tentativa de cura. O curável na psicose é equivalente a tentar barrar, delimitar, temperar, apaziguar o gozo que invade o sujeito. Não se trata do analista delirar com o paciente. Trata-se, antes, de usar o recurso da linguagem na direção de cifrar o gozo, significantizar o real (p. 100-101).

[28] Esse termo tem suas origens na palavra francesa *suppleér*, que inicialmente foi um verbo transitivo e tornou-se intransitivo; refere-se sempre a suprir alguma falta, um suplente é alguém que ocupa um lugar deixado vazio. Parece que o termo, em sua formação, cruzou com o de suplicar. Se Deus é a instância que se esconde detrás do Nome-do-Pai, a etiologia é bem vinda para sublinhar, desta vez, que suplências e Nome-do-Pai estão, por estrutura, ligados (cf. La Sagna, 2006, p. 169).

A psicanálise não promete a cura na psicose: ao decodificar o conjunto de elementos que compõem o delírio possibilita sua elucidação, mas não traz como consequência sua suspensão. O delírio na psicose é correlato do sintoma na neurose. Freud (1911/1974) coloca em evidência essa equivalência em sua análise do caso Schreber, ao chamar atenção para o modo como Schreber se empenha na reconstrução da realidade:

> Ele constrói [o mundo/a realidade] de novo, não mais esplêndido, é verdade, mas pelo menos de maneira a poder viver nele mais uma vez. Constrói-o com o trabalho de seus delírios. A formação delirante, que presumimos ser um produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução, é uma peça que se cola lá onde houve uma falha na relação do sujeito com a realidade (p. 94-95).

Destarte, Freud (1911/1974) evoca que é inútil ter a pretensão de cura do delírio, pois nele se escreve o tratamento que busca a cura da foraclusão do Nome-do-Pai. Portanto, com a psicanálise, o delírio, suposto como doença, é o tratamento através do qual o sujeito se esforça para designar algo do seu gozo. Como o sujeito psicótico não conta com o recurso da operação paterna, ele é levado a inventar alguma coisa diferente daquilo que é organizado pelo significante fálico.

Na direção do tratamento de sujeitos psicóticos, também se verifica que nem todo delírio chega a se organizar em torno de uma metáfora delirante, mas, caso o delírio venha a se processar de modo mais organizado, alcançando uma forma sistematizada, ele poderá ser mais bem sucedido. É o que Lacan (1955-56/1992) nos indica: “em relação à cadeia do delírio, se assim se pode dizer, o sujeito nos parece ao mesmo tempo agente e paciente. O delírio é tanto mais sofrido por ele quanto mais ele não o organiza” (p. 247).

C. Soler (2007) observa que “a suplência pela metáfora delirante está longe de ser perfeita, e poderíamos até dizer que a metáfora delirante é uma pseudometáfora” (p. 205). Nos casos que alcançam o ponto de revestimento final, que é a metáfora delirante, não está assegurada uma estabilização inabalável, irreversível, pelo contrário, ela fica sujeita a momentos de impasses, nos quais a desestabilização pode se presentificar. Nesse sentido, C. Soler (2007) conclui que: “trata-se de uma pseudometáfora, tão pseudo quanto instável, aliás, sabemos que Schreber teve uma recaída” (p. 205). Apesar da instabilidade, que é uma característica da suplência pela metáfora delirante, mesmo assim é ela que permite uma localização de gozo, uma resposta à invasão do real.

Ao se levantar questões a respeito do delírio, sobre suas possibilidades e limites no trabalho de estabilização, em vários casos nos deparamos com as tentativas de localização do

gozo, a qual vai buscar caminhos que podem, inclusive, dispensar totalmente o delírio, ou, ainda, optar por caminhos que atravessam o delírio, mas não ficam limitados a ele.

2.5.2 – A obra/A nomeação

Colete Soler (2007) observa que há outros tipos de soluções por parte dos sujeitos que não se servem do simbólico, mas que se produzem a partir de uma operação real sobre o real do gozo, fazendo com que os sujeitos não permaneçam cativos na rede da linguagem. Essa solução se refere à obra, como a pintura, que não joga com o verbo, mas dá vida, cria um objeto novo, sendo que nele se deposita um gozo, que sofre uma transformação até se tornar "estético".

Por essa via, se encontra o paradoxo do escritor James Joyce, o qual se vale dessa mesma operação na sua literatura de maneira instigante. Se a literatura é o tipo de arte que mais se manifesta operando pela sua inclusão no simbólico, Joyce consegue a façanha de transportá-la para o real, quer dizer, para o fora-do-sentido. O escritor opera com a linguagem de maneira a evacuar, a esvaziar o Outro, o que tem como consequência a foraclusão do sentido, "que é, ao mesmo, tempo, uma letrificação do significante pela qual se transforma em átomo de gozo [...] real" (Soler, 2007, p. 189).

No decorrer do ensino de Lacan, após intenso trabalho de elaboração teórica concernente à clínica das psicoses no período de 1955-56, com a discussão feita em *O Seminário, livro 3: as psicoses*, que trata das estruturas lacanianas das psicoses, e no artigo "Uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose", constata-se que, nos anos setenta Lacan retoma novamente o tema das psicoses, fazendo-o avançar e criando uma nova maneira de pensar a clínica psicanalítica em toda a sua intensão e extensão.

Nos anos de 1930 a 1950, Lacan realiza suas reflexões sobre Imaginário, no período de 1950 a 1970 seu pensamento se ocupa do Simbólico, trazendo como consequência suas elaborações referentes ao Estádio do Espelho e às leis estruturais que governam o funcionamento da cadeia significante. Então, a partir do ano de 1975 Lacan coloca o Real em relevo e, assim, muda o curso de sua pesquisa, ou seja, do significante para a letra (para a escritura), do sentido para o sem-sentido.

Ao abordar o registro do Real, Lacan teoriza que esse termo tem como característica o desligamento dos outros termos, isto é, do simbólico e do imaginário, pela indiscernibilidade, pela inexistência de lei organizadora, pela foraclusão do sentido. O Real é o que retorna sempre ao mesmo lugar, e que, por estar sempre apartado do Simbólico, permanece como

impossível de escrever, resto que escapa a qualquer tentativa de simbolização. Na nossa leitura, Freud apreende o Real através da noção de pulsão de morte, enquanto que, com Lacan, não seria equivocado articulá-lo, entre outras coisas, ao gozo, portanto, à satisfação da pulsão.

Lacan (1975-76/2007), em *O Seminário, livro 23: o sinthoma*, fala de *sinthoma* em Joyce, na medida em que ele realiza, em seu modo de escrita, a decomposição da linguagem por meio da qual retira a palavra do campo do sentido. A construção que Joyce realiza com a sua escrita permanece fora do inconsciente, propiciando não apenas o enlace do simbólico com o real, como também a amarração do registro do imaginário que, de outra forma, permanece desconectado dos outros. Portanto, a perspectiva de um *sinthoma*, que carece de sentido, mas funciona como um modo de amarração, é o paradigma da psicose nos anos setenta.

Ao discutir a suplência nas psicoses, em *O Seminário, livro 23: o sinthoma*, Lacan (1975-76/2007) realiza uma investigação minuciosa no intuito de responder qual função a obra de James Joyce teria tido na sustentação de seu equilíbrio psíquico, para que ele não se tornasse louco. Lacan parte da hipótese de que Joyce teria uma estrutura psicótica, sem nunca ter havido aí um desencadeamento, ou melhor, um desenlaçamento dos registros, pois ele conseguiu, através das amarrações feitas com a escritura, um tipo de gambiarra. Joyce dá provas de que a sua estrutura psicótica se mantém compensada graças a sua obra literária.

Pelo fato de ter construído uma suplência, ou uma amarração, capaz de sustentar um entrelaçamento do nó borromeano, J. Joyce nunca surtou. Lacan (1975-76/2007) conclui que ele era um desabonado do inconsciente, por não colocar em jogo as suas formações. Ele se dedicava, exclusivamente, diretamente, ao real da letra e, daí, extraía seu gozo. Esse tratamento particular dado por Joyce ao gozo mostra que ele não se apresenta como um sujeito afetado pelo inconsciente.

A escritura de Joyce, tão ilegível para os neuróticos, coloca a mostra o seu *sinthoma* como uma forma privilegiada de gozo, um gozo além de qualquer demanda ao Outro, um gozo da letra. Trata-se de um gozo cuja tarefa era bordejar um ponto foracluído, um furo real. E, assim, Joyce, diante do turbilhão das palavras impostas, escreve – não surta.

O delírio não se apresenta a J. Joyce como tratamento do buraco da foraclusão, pois a escrita permite que ele mantenha uma amarração dos registros real, simbólico e imaginário, sem necessitar do delírio para tratar o buraco do simbólico. O trabalho de artista da letra, de escritor, e o nome que ele constrói a partir daí, têm a função de sustentá-lo subjetivamente; ele é um artífice por excelência, diz Lacan (1975-76/2007), visto que o saber-fazer com seu

sintoma é precisamente o que lhe autoriza a alcançar o estatuto do *sinthoma*; com isso, o *sinthoma* se constitui um traço de singularidade, de criação.

Joyce, em seu trabalho criativo, leva Lacan (1975-76/2007) mais além da experiência com a psicose, até as considerações sobre a experiência de final de análise. A obra de Joyce e o final de análise revelam que o *sinthoma* tem como escritura o gozo, o real, portanto, esvaziado o sentido, privilegiada a escritura, o gozo da letra mostra-se sem relação com o Outro, mostra-se como gozo autista, fechado em si mesmo.

Se a escritura é uma forma de fazer litoral ao gozo, evitando, dessa forma, a invasão do simbólico pelo gozo do Outro, no entanto, Lacan (1975-76/2007) nos adverte que isso não é suficiente para que o psicótico fique imune às crises. A escritura, por si só, não cumpre essa função; há um para além dela, indicado pelo fato de que Joyce alcança reconhecimento público por meio de sua obra. O essencial para ele, escritor, foi justamente conseguir fazer um nome próprio, ao publicar seus livros e obter o reconhecimento público.

Joyce é um paradigma da psicose que, por sua vez, nada adquire do lado paterno por não lhe ser transmitido o operador decisivo para a sua organização subjetiva, deixando-o desamparado em sua existência. Se, por um lado, essa perspectiva de tratamento aponta que, para ele, o trabalho de análise foi desnecessário, por outro, nos ensina de que maneira o psicótico pode buscar uma saída, até mesmo no curso de seu tratamento, pela via da nomeação. Essa escolha por parte do sujeito não privilegia a constituição de uma suplência ao Nome-do-Pai, assim, não recorre ao delírio. Entretanto, a escolha de Joyce lhe auxilia a construir o seu *sinthoma*, sua forma única de gozo, ao fazer sua passagem ao público daquilo que lhe faltou em sua vida privada.

Conforme as elaborações de Lacan (1975-76/2007), Joyce realiza a façanha de conseguir conciliar o gozo autista com a letra, inaugurando um laço social inédito e se mantendo nele. Isso se dá pelo fato dele ter se imposto ao mundo como escritor, quer dizer, por ter conseguido dar existência ao seu nome de gozo. Ele se fez promotor de sua própria obra, se fez pai de seu próprio nome: “Trata-se de um ponto de basta que não é uma metáfora, mas, mesmo assim, é um ponto de basta que faz um curto-circuito no Édipo, porém faz suplência a ele” (Soler, 2007, p. 207).

Joyce coloca às claras sua ruptura com o inconsciente. E Lacan (1975-76/2007) recolhe das lições desse escritor a mudança que realiza no final de seu ensino, criando, assim, nova possibilidade de tratamento com pacientes psicóticos e um avanço na clínica. É inegável que o real da clínica da psicose empurra para um mais além, fazendo com que o psicanalista

interpele seu próprio tratamento; com efeito, mobiliza-o, convocando-o a trabalhar com questões que antes não se colocavam no horizonte de sua clínica.

2.6 – Retorno à questão dos medicamentos na regulação do gozo

Em vista do exposto acima, interessa-nos resgatar a nossa hipótese central, a saber, a de que somente o tratamento pela via do medicamento não é suficiente para tratar o real do gozo dos sujeitos psicóticos**.**

2.6.1 – A estabilização nas psicoses

> *Que sei do resto? O resto não existiu. Quem sabe nada existiu! Quem sabe me aconteceu uma lenta e grande dissolução? E que minha luta contra essa desintegração esta sendo esta: a de tentar agora de lidar uma forma? Uma forma contorna o caos, uma forma dá construção à substância amorfa – a visão da carne infinita é a visão dos loucos, mas se eu cortar a carne em pedaços e distribuí-la pelos dias e pelas fomes – então ela não será mais a perdição e a loucura: será de novo a vida humanizada (Clarice Lispector, 1965, p.7).*

Lacan, ao longo de seu ensino, diferencia os fenômenos de **estabilização** e de **suplência**, porém, essas noções muitas vezes são utilizadas como sinônimos. A particularidade dessa diferença é resultado de uma “fineza” (Miller, 2008, p. 13) na condução clínica.

“Estabilização” é um termo de uso corrente no campo da saúde mental, ao se referir à psicose, termo do qual se lança mão ao dizer da melhora ou da piora do paciente. Quando se fala de “estabilização,” coloca-se no horizonte a ideia, o anúncio, de algo como uma recaída, ou seja, que isso pode recomeçar. “Estabilização” implica, de antemão, o que se desestabilizou para, depois, voltar a se estabilizar. Busca-se localizar o que causa a desestabilização ou a reestabilização.

As psicoses apresentam-nos desencadeamentos que se manifestam de maneira repentina, abrupta, mas também, por outro lado, surpreendem-nos com remissões enigmáticas. C. Soler (2007) nos adverte que: “a questão, portanto, é apreender qual é o móbil das peripécias descontínuas da psicose, se quisermos ter alguma chance de saber onde e como podemos dirigir o tratamento, talvez. Trata-se de um grande desafio” (p. 194).

É no período de 1956 a 1958 que a doutrina lacaniana da psicose encerra especificamente a formulação dos princípios da estrutura psicótica, estabelecendo os fundamentos das condições do desencadeamento, ou seja, da entrada do sujeito na sua psicose. Nessa época, pode-se tomar o termo "estabilização" de maneira consistente e precisa em Lacan (1955-56/1998), em sua referência à "estabilização da metáfora delirante", o que pode ser entendido como a estabilização da psicose por meio da metáfora delirante, pelo fato da metáfora, mesmo que delirante, ser um "ponto de basta". C. Soler (2007) esclarece que:

> O ponto de basta é uma estabilização do significante e do significado sem a qual o deslizamento do significado deixa em suspenso, deixa na indeterminação, o "que quer dizer isso?" que podemos dirigir a toda cadeia de linguagem. A metáfora é justamente o que permite fixar, "reter" a significação. Cabe acrescentar desde logo que não é qualquer metáfora que nos interessa na clínica do sujeito. [...] mas uma metáfora especial, aquela que é passível de metaforizar um "significável" especial. [...] que se distingue do significante e do significado e que designa aquilo que há para expressar (p. 196).

A estabilização pode se apresentar de diversas formas e, ao se falar dela, se precipitam uma série de indagações, dando demonstrações de que ela carece ser examinada em seus detalhes, procurando distinguir qual a estrutura comum em todas as formas de estabilização, ou seja, aquilo que lhe é específico.

De acordo com Alvarenga (2000), "a estabilização é uma operação que circunscreve, localiza, deposita, separa ou apazigua o gozo, correlativa de uma entrada em algum tipo de discurso, por mais precário que ele seja" (p. 18). Nesse sentido, pode-se apreender alguns sinais que diferenciam uma estabilização daqueles movimentos que colocam em evidência os deslocamentos realizados pelos sujeitos em relação a uma ruptura subjetiva.

Para a psicanálise lacaniana, há uma definição precisa do que é uma estabilização. Certamente é preciso diferenciar uma estabilização, com o rigor que o termo requer, dos distúrbios da psicose quando dispostos de maneira organizada. A psiquiatria, ao tratar, ao medicar, faz com que o sujeito se apresse em conseguir conciliar os distúrbios próprios de seu gozo com o laço social. No entanto, "quanto a esse ponto, há que reconhecer alguns méritos na diminuição dos fenômenos pelos medicamentos, em seu eventual enquistamento durante o trabalho de manutenção, ou em sua restrição por métodos mais coercitivos" (Soler, 2007, p. 207).

C. Soler (2007) prossegue ponderando que, se pode até ver um certo progresso quando o sujeito psicótico consegue se reinserir em uma vida "comum", mesmo que tenha que pagar com a diminuição, às vezes total, de suas ambições. Isso pode ocorrer na busca de se prevenir, de se proteger dos encontros com o real. A autora admite que formas de intervenção tais como medicamentos, organização dos círculos de relações e dos locais de vida e restrição das

exigências da vida, operam no sentido pragmático. E insiste que é preciso que se distinga, com clareza, qual é a estrutura de uma estabilização.

Jean-Claude Maleval (1998), em seu estudo sobre a lógica do delírio, comenta que as clínicas do medicamento e comportamental, em voga na atualidade, incentivam o arquivamento da semiologia da psiquiatria clássica por considerá-la inútil. A desconfiança por parte dos analistas em relação a essa atitude não deixa de ter certa razão, ao ressaltar que essa conduta comporta riscos de obturação do ponto de vista da palavra do sujeito. Maleval (1998) se refere aos neurolépticos e pondera que: “a administração dessas drogas na atualidade não haveria permitido que Schreber usasse de todos os recursos de sua mente para chegar até a última elaboração no desenvolvimento de seu delírio” (p. 219).

Essas considerações de Jean-Claude Maleval (1998) nos interpelam sobre a presença do psicofármaco no tratamento e sobre os efeitos daí advindos na subjetividade do sujeito, incluindo as consequências no processo de estabilização. A capacidade criadora do sujeito seria comprometida ou, pelo contrário, se beneficiaria com o uso do medicamento? A contenção física promovida pelo psicofármaco pode se estender ao simbólico, produzindo a anulação subjetiva e a exclusão do sujeito? O trabalho criativo de Schreber, com a escrita do delírio, assim como a nomeação de Joyce, alcançada pelo trabalho do artista na construção de sua obra, não nos respondem sobre essas questões.

A psicanálise nasce e caminha ao longo de sua existência em um discurso no qual a presença do medicamento era ínfima na clínica. Como ressalta Laurent (2003): “durante muito tempo a relação da psicanálise com o medicamento situou-se como uma relação de exterioridade” (p. 32). Entretanto, nos dias de hoje, a incidência do medicamento é maciça e indiscriminada em todos os aspectos da vida, o que tem provocado abalos na clínica.

O debate acerca da utilização dos psicofármacos na direção do tratamento dos sujeitos psicóticos se dá sempre em torno de dois vetores, alívio do sintoma e estabilização, vetores que se cruzam ao se construir o caso, ou seja, até que ponto a remissão do sintoma pressupõe, ou não, a estabilização do sujeito: como essas variáveis se relacionam? Sabe-se que é no caso a caso que se tem a demonstração da articulação própria que se faz dos usos da medicação, dos efeitos desta sobre os sintomas do sujeito e das consequências advindas de uma subjetivação possível por parte dele que atua, diretamente ou não, interferindo na redução e na neutralização do gozo que o assola.

Ancorado no caso clínico de Soares, tudo que foi desenvolvido até aqui tem o objetivo de estabelecer um debate entre o recurso terapêutico ao psicofármaco na clínica da saúde mental e a contribuição da psicanálise na regulação possível do gozo do sujeito psicótico. A

partir dos autores utilizados, percorremos noções que podem nos auxiliar a pensar o gozo do sujeito e a função do medicamento na direção do tratamento possível. Essas noções podem servir como indicadores ou norteadores para os serviços que compõem a rede de tratamento da saúde mental, os quais estão atrelados ao projeto de "reabilitação" psicossocial, no qual o medicamento é um aliado poderoso na clínica das psicoses.

A "estabilização" tão almejada na direção do tratamento possível do sujeito psicótico requer que se façam operações de "regulação" que venham incidir sobre o "gozo" que assola o sujeito. Nessas operações se inclui a ação do psicofármaco, mesmo sabendo que essa química é fabricada a fim de eliminar o sintoma. Entretanto, esse aí não se deixa eliminar e resiste ao ser alvejado pelo arsenal de psicofármacos produzidos pela ciência.

A psicanálise subverte a noção de sintoma, propagado pela psiquiatria, assim como pelas neurociências, ao nos instruir que é no sintoma que se aloja um funcionamento (cf. Lacan, 1975-76/2003), que comporta mecanismos de evitação e de satisfação que respondem a sua economia de gozo. Portanto, ao criar condições para que o sujeito perceba esse funcionamento é lhe concedido a possibilidade de encontrar outra forma de resposta ao gozo de que se trata.

O psicofármaco é prescrito visando sua ação na regulação do gozo do portador de "transtorno" mental. H. Tízio (2009) propõe pensar o transtorno a partir das referências da psicanálise e nos diz que:

> O transtorno é uma emergência de gozo desregulado e daí a importância de transformá-lo em sintoma. A única maneira de poder fazer algo com o gozo desregulado é sintomatizá-lo, o que implica certa regulação. Diferentemente do transtorno, o sintoma inclui a suposição de uma causa, a introdução do sujeito e a dimensão do Outro a quem se dirige, ou seja, a transferência (p. 122).

No que se refere à eficácia dos psicofármacos na terapêutica, tão exaltada e com grande poder de persuasão na atualidade, a psicanálise faz um contraponto ao demonstrar a eficácia terapêutica por parte do sintoma. É o que H. Tízio (2009) nos recomenda neste sentido:

> Introduzir o sintoma permite outras margens de eficácia porque coloca em primeiro plano a possibilidade de que o sujeito se encarregue de tratar, de outra maneira, o mal-estar em jogo. Mas, também se introduz a responsabilidade do profissional, pois isso implica um Outro que pode sustentar a transferência para extrair a particularidade do sintoma ou ajudá-lo a construí-lo. [...] Se isso não for feito, perde-se a oportunidade para o paciente, que não encontra um ponto de fixação, para poder trabalhar o que lhe acontece. [...] A utilidade social da psicanálise se deve ao fato de que ela dá utilidade ao sintoma, isso que todos os discursos atacam tentando apagar, sem ver função na economia psíquica de quem consulta (p. 122-123).

2.6.2 – As lições de Soares

Soares, caso paradigmático das dificuldades que podem advir da expectativa de estabilização e tratamento das manifestações da psicose apenas pelo uso dos medicamentos, colocou em questão, em suas passagens ao ato, a clínica que lhe era ofertada pelo CERSAM, ou seja, apenas o tratamento psicofarmacológico, e nos provou que, mesmo estando medicado, ele permanecia assolado, invadido pelo gozo do Outro, que não lhe dava trégua. Assim, o sujeito exigiu de maneira radical ser escutado, exigiu que a "clínica ampliada" se apresentasse, pois o real da sua loucura, impossível de suportar, que causava choque, inassimilável, clamava por um tratamento que não ficasse restrito ao psicofármaco, o qual tinha a missão solitária de "reabilitá-lo". Portanto, Soares, como tantos outros sujeitos em situação semelhante, pedem uma outra intervenção, uma intervenção orientada pela ética.

Nesse sentido, nos guiamos a partir do princípio evocado por Lacan (1966/2001) em "Psicanálise e Medicina": "a dimensão ética é aquela que se estende em direção ao gozo" (p. 12). A partir dessa orientação, ele relaciona duas balizas que se encontram nesse deslocamento, isto é, a demanda do doente e o lugar do gozo do corpo. Portanto, a ética comparece na experiência da clínica das psicoses a partir da inclusão desses elementos.

2.6.2.1 – Medicar sim, segregar não

Casos como o de Soares têm apresentado na clínica da saúde mental uma demanda por parte dos Outros sociais, tais como a família, os serviços de saúde, o jurídico, a fim de se alcançar, através do tratamento, a adaptação e/ou a adequação do sujeito às normas de convivência social, com a eliminação ou a redução dos sintomas. Coloca-se o acento sobre a medicação como aquela que poderá restaurar certa ordem interna nessa desordem externa a que se reduz o sujeito. Este é um ponto de tensão no tratamento, que coloca em evidência que a psiquiatria e a psicanálise não compartilham da mesma ética. Isto é, aquela tem em vista a redução ou a supressão dos sintomas, estando, dessa forma, a responder aos apelos dos outros do social, trabalhando aliada à demanda de modificação do sujeito em prol da ordem pública. Para a psicanálise, o uso possível da medicação, que não contrariaria seus princípios, seria aquele que mirasse os efeitos sobre o gozo, não sobre os sintomas (cf. Barreto, 2002).

A noção de sintoma na clínica das psicoses advém do fato de que, mesmo que o sujeito não tenha acesso à castração simbólica, ele produz uma defesa diferente do recalque, causado na neurose pela angústia de castração. Nas psicoses, a modalidade de defesa é a

foraclusão da castração. Os sujeitos se agarram ao sintoma, pois este é sua única defesa, além de possuir o poder terapêutico de manter os registros do simbólico, imaginário e real juntos, o que estabiliza o sujeito, limitando as devastações do gozo. Assim, como já foi tratado, o delírio é um dos sintomas na psicose. Neste caso, se retirarmos de um sujeito seu delírio, sem certa precaução, isso pode desencadear a pulsão de morte e lhe causar efeitos catastróficos. Por isso, é preciso que no caso a caso se estabeleça qual é o estatuto do sintoma para sujeito na direção da cura, para que não nos coloquemos em posição contrária a sua defesa.

No projeto terapêutico de Soares, traçado pela equipe, a utilização da medicação entrou como reguladora, moderadora de gozo, operação essa irrealizável por meio da significantização. A palavra aí não matava a coisa, a palavra passava a encarnar a coisa. Essa posição do sujeito diante da linguagem colocou à mostra sua relação com o Outro, e a solução encontrada por ele para se defender do traumatismo de *a-língua*. Ela implicava a intervenção de uma decisão sob a ética da psicanálise.

A questão da intervenção medicamentosa nas psicoses tem revelado que, no contexto do tratamento, optar por investir na medicação nos casos de paranóia e/ou de esquizofrenia, buscando a redução de um delírio, de uma alucinação ou de um episódio maníaco, coloca em relevo a transferência própria à situação psicótica.

O simbólico não pode recobrir todo o real, assim, haverá sempre algo que ficará à deriva da linguagem, sem a proteção da palavra, sendo necessário muitas vezes o psicofármaco para se ter acesso ao real. Há algo que faz corpo para alguns, não para outros, e é aí, nesse lugar, nesse corpo que o psicofármaco marca a sua presença, com a característica de transitar entre medicamento e veneno. O medicamento será rechaçado ao cobrir essa última vertente, aquela do veneno, e a clínica demonstrará que esse rechaço será produzido, também, nem sempre só por quem o ingere.

Nesse sentido, deve-se levar em conta a relação existente entre o enfermo e a sua família, a qual poderá influenciar na prescrição, no controle e na distribuição da medicação, tal como pode se dar de maneira semelhante com membros da equipe dos serviços substitutivos. Deparamos com famílias cujo equilíbrio só se consegue se um de seus membros se encontra desqualificado, que só o toleram se estiver totalmente enlouquecido, e se valem de todos os artifícios possíveis para que o enfermo abandone a medicação. Outras famílias, só toleram o enfermo em um estado de passividade, e assim ao informar o médico só comunicam os aspectos negativos, ignorando os aspectos positivos, para que se alcance o aumento da medicação (cf. Sierra e Oviedo, 1966).

Em se tratando das psicoses, é certo que haverá um ponto em que o fármaco se torna o que envenena, voltando o soma a aparecer em um sofrimento inevitável. Mas bem se sabe que esse sofrimento poderá ser moderado, dependendo da possível sustentação transferencial em funcionamento, trazendo indubitavelmente a melhoria do padecimento do sujeito.

Além disso, advertidos pela questão da causa, os técnicos envolvidos no tratamento de Soares tiveram de abster-se de compreender e deixar-se ensinar pelo que poderia emergir como a causalidade particular desse sujeito. Ao falar de sua história, ele se fez protagonista de sua relação com o Outro e teve chance de articular o atual com o passado, presentificando em sua fala as cenas de fixação de seu gozo, cenas nas quais se condensava seu sintoma.

O modo de gozo de Soares não pôde ser considerado sem o suporte material de um corpo, sem o suporte material do significante. Assim, buscavam-se os recursos da palavra e do fármaco como instrumentos de tratamento que apresentam valor curativo, entretanto, advertidos de que, em especial no que se refere aos sujeitos psicóticos, esses dois recursos veiculam também efeitos tóxicos.

Apostamos que Soares venha a acessar o guardião da Lei, buscando garantir, assim, uma mediação que opere desenhando uma borda em sua relação com o Outro, um contorno que produza uma abertura para a dimensão do sujeito em suas pequenas invenções. Em determinado momento, Soares nos revelou que na juventude pensava em ser um escritor e nos deu provas apresentando algo na sua relação com a escrita. Para aquele que sabe que o simbólico é apenas um semblante, reconhecemos o saber num outro registro, aquele de que sabe o paranoico (cf. Apgua e Teatini, 2008, p. 33). Nas palavras de Soares:

“No desenrolar da trama
Não perdemos a cabeça
Espírito forte, eu tenha
Para todas as doenças

Não existe ódio
Diante da caridade
Morre corpo carnal
Ressuscita da animalidade

No ir e vir
Das reencarnações
Evoluir é o lema,
Com muitas orações.”

“Sobre empurrões e tropeços
anda a humanidade, o caminho
seguida de perto em concerto
anda sempre devagarzinho

muitos tropeços
poucas soluções
resistir ao lamento
respeitando aflições

eleve o pensamento ao alto
oh mártir da vida plena
amar é o fim de tudo
tudo quanto se condena."

Seria a poesia para Soares uma pequena invenção, uma gambiarra, uma amarração metafórica?

Na neurose, o Nome-do-Pai é uma modalidade do sintoma pelo fato de que sua incidência implica na emergência da significação fálica que dá sustentação à realidade psíquica do sujeito, mas, principalmente, porque essa significação produz uma localização do gozo. O Nome-do-Pai como sintoma garante a articulação entre a operação significante e suas consequências sobre o gozo do sujeito. Portanto, o Nome-do-Pai é um sintoma, mas ele não é o único. A experiência clínica das psicoses tem nos mostrado que, em relação ao sintoma, não há só impasses e dificuldades, mas, sim, soluções criativas que são encontradas por aqueles sujeitos que se encarregam de lidar com o sintoma sem o recurso do Nome-do-Pai.

As intervenções realizadas no tratamento de Soares permitiram a ele a localização de um gozo possível, ao inaugurar uma nova forma de amarração, de solução, diferente daquela da via pela metáfora delirante, ou mesmo das passagens ao ato. Soares nos revela que o psicofármaco, mesmo com todo o seu mérito de atingir o real, não desfez a articulação significante que é a marca da possibilidade do sujeito presente no sintoma. Assim, o sintoma é o que torna manejável um gozo e, por isso, têm uma função reguladora.

A psicanálise, orientada pelo ensino de Lacan, procura localizar o que amarra a subjetividade do sujeito. Dessa maneira, se ocupa de uma clínica do sintoma, que sustenta o funcionamento e a invenção das soluções. É o que a psicose nos demonstra com clareza, mas que, no entanto, acontece em outros casos. Portanto:

> Cada sujeito é o efeito de uma forma de tratar o gozo. Assim, cada estrutura é um modo de tratamento do gozo pela via do sintoma que, às vezes pode falhar. Esse tratamento é um saber fazer sintomático que pode ter tropeços, desencadeamentos e eclosões, e pode ser abordado pela via psicanalítica (Tizio, 2009, p. 129).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a necessidade de investigar os alcances e os limites do uso de medicamentos na regulação do gozo do sujeito psicótico na clínica da saúde mental, foi feito um breve resgate histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do processo de implantação da 3ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde do Portador de Transtorno Mental no município de Belo Horizonte. A função política e social desse órgão do campo do direito foi ressaltada, pois ele assumiu a vigilância e o zelo pelos direitos e deveres dos portadores de transtorno mental no novo modelo de tratamento.

Relatamos de que maneira o projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira consolidou uma nova forma de conceber o tratar em psiquiatria, e, principalmente, como o tratamento das pessoas com graves sofrimentos psíquicos no campo da saúde pública em nosso país pôde ser vigorosamente modificado ao longo dos anos.

Foram realizadas importantes reflexões sobre os pontos de tensão entre a política e a clínica estabelecida pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Foi observado que esse novo espaço de tratamento, renomeado de “saúde mental”, incorporou a dimensão política e social, ao se fundamentar na noção de reabilitação psicossocial do cidadão, o que fez com que a clínica viesse a ocupar um segundo plano nesse projeto. Essa localização secundária tem dificultado a articulação entre a clínica e a política e tem também causado equívocos que atravessam a direção de tratamento dos pacientes nos serviços substitutivos.

A política, a clínica, a ética e a soberania da ciência, representada pelos psicofármacos no espaço de tratamento da saúde mental, ocuparam a cena dos debates desse trabalho, que foi agenciado a partir de fragmentos de um caso clínico, aquele de Soares. Esse caso, desafiador e paradigmático, colocou em xeque vários pressupostos teóricos norteadores da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e, nessa medida, foi a fonte de interrogações e de lições inesgotáveis que nos conduziram à hipótese, proposta na Introdução dessa dissertação, de que **somente o tratamento pela via do medicamento não é suficiente para tratar o real do gozo do sujeito psicótico**.

O recurso ao psicofármaco no campo da saúde mental foi apresentado como um recurso privilegiado, exercendo um papel fundamental no processo de desospitalização, tanto no âmbito da clínica, quanto da política. Nesse modelo, com a criação dos serviços abertos, os muros do manicômio, que anteriormente tinham a função de contenção do paciente, deixaram de existir. Eles foram substituídos pela barreira química, instalada diretamente nos corpos dos

pacientes. Desta forma, o psicofármaco tem exercido toda a sua potência em conter e tratar o portador de sofrimento mental no espaço da saúde mental.

A dívida que a Reforma Psiquiátrica tem para com a psicofarmacologia foi reconhecida em virtude da sua incontestável contribuição para a terapêutica das psicoses nos novos dispositivos de tratamento, os quais visam à reintegração do paciente à comunidade social, isto é, sua circulação pela pólis, agora, como cidadão emancipado.

Em vista do que foi apresentado pelo caso clínico, foi interrogada a exclusividade que muitas vezes é dada ao recurso psicofarmacológico no tratamento do sujeito psicótico na saúde mental. Pode-se dizer que as políticas públicas no campo da saúde mental se sustentam, em última instância, no uso do psicofármaco, o qual se soma ao projeto de reabilitação psicossocial, tendo em vista a tão almejada inclusão social. No entanto, o caso examinado e muitos outros nos permitem observar que essa combinação produz uma pseudoinclusão, com a segregação do sujeito.

Nessa pesquisa não tivemos a intenção de assumir uma posição ideológica, contrária ao psicofármaco, pois não ignoramos a sua ação no real, que ele modifica a experiência do real e que age pela modulação do gozo. Desta forma, não podemos deixar de conferir ao medicamento seu mérito, em particular na clínica das psicoses, a qual nos ensina cotidianamente que nos surtos, nos quadros maníacos e em casos como aquele de Soares, o medicamento é bem-vindo, imprescindível. No entanto, cabe assinalar que o medicamento não deve estar só.

A contribuição principal da psicanálise para o desenvolvimento da hipótese examinada consistiu na noção lacaniana de gozo, articulada à questão do corpo e a sua relação ao significante. Lacan sustenta que é através do significante que se introduz um intervalo que separa o gozo do corpo, isto é, é através dele que se funda o desejo, uma barreira ao gozo fundada pela linguagem. É pelo efeito do significante que o sujeito tem a chance de advir, desde que se inclua também o efeito de separação do gozo e do corpo.

Soares, nosso interlocutor, colocou às claras que, por ele não ter a sua disposição o significante fálico, sua barreira ao gozo não foi erguida, restando-lhe apenas ser objeto de gozo do Outro. Essa era a posição subjetiva de Soares diante do Outro. Nesse caso, o Édipo, ao qual Lacan se referiu como a uma dose de anestésico, não teve a função de dar significação ou neutralizar o gozo (cf. Laurent, 2003, p. 37), sendo, portanto, necessário que ele se servisse e se beneficiasse de próteses químicas.

O caso de Soares nos mostrou que, em um primeiro tempo de seu tratamento, foi destinado ao medicamento uma “solução-toda”, ou seja, “só medicar” para tratar o sujeito, e,

por isso, se obteve a acentuação da miséria humana em vez de dirimi-la, promovendo toda a ordem de segregacionismo, que acabou por encaminhar Soares ao pior. Em um segundo tempo, o psicofármaco foi destituído dessa função ideal e teve sua utilização mediada pelo "não-todo", ao se estabelecer os limites da alteridade de um Outro completo, sem furo, ilimitado. Essa mudança possibilitou ter o medicamento como um aliado, trabalhando junto aos demais recursos terapêuticos, que se colocaram a serviço do sujeito, na mira de suas invenções. Portanto, foi preciso que se esclarecesse para Soares o uso que se fazia do psicofármaco na direção do tratamento, pois ele tanto pode estar a serviço do sujeito, como não.

A medicação, como a internação, às vezes são recursos obrigatórios, mas não se pode descuidar das operações subjetivas. No caso de Soares, uma dessas operações que funcionou como um dos elementos estabilizadores para o sujeito foi o tratamento do Outro de Soares, que era um Outro louco, enigmático, pleno, material e real, que o perseguia e o invadia. Foi a partir da introdução de uma falta nesse Outro, que obtivemos como resultado o abalo de sua consistência e materialidade. E, assim, Soares pôde ficar menos perturbado pelo seu Outro.

Essa investigação nos levou a verificar que o psicofármaco pode fazer com que o sujeito fique reduzido a um estado mais calmo, impedindo seus movimentos, pensamentos e afetos. Porém, só pela química o sujeito não encontra seu lugar na existência simbólica e, sobretudo, não poderá encontrar uma estabilização (cf. Viganò, 2012, p. 73).

Esse trabalho dá voz a psicanálise no campo da saúde mental: isso nos permitiu deixar claro para que serve o tratamento do sujeito psicótico sob sua orientação, sob sua ética, nas questões que dizem respeito ao medicamento e a regulação do gozo do sujeito psicótico. Portanto, dar a palavra e dar o fármaco no tratamento do sujeito psicótico requer que se estabeleça uma articulação, como no movimento de uma dobradiça, incidindo em um corpo de gozo e circunscrevendo o real do gozo, com o qual cada sujeito é confrontado na medida do insuportável.

O aporte trazido por esse estudo, no que se refere à regulação do gozo do sujeito psicótico, indica as seguintes possibilidades de contribuição:

1) Alertar o campo da saúde mental, na sua função de tratar, de reabilitar, para o fato de que ética e política caminham de mãos dadas, porque elas afetam a clínica.
2) Considerar que a cada intervenção química no corpo, no gozo, entra a ética.
3) Levar em conta que o psicofármaco não pode ser considerado como instrumento ortopédico do tratamento.

4) É imprescindível que se aborde o lugar que o psicofármaco ocupa no gozo subjetivo.

5) O uso do psicofármaco deve ser mediado pelas particularidades do sujeito, pelo “não-todo” e pela contingência.

6) A regulação do gozo do sujeito psicótico é, em última instância, efeito das pequenas invenções, dos arranjos que o sujeito consegue fazer para limitar, circunscrever um gozo que o invade.

Ao concluir essa pesquisa sobre as relações do sujeito psicótico com o medicamento, temos a certeza de que, embora as questões lançadas por esse trabalho sobre a clínica da saúde mental e a psicanálise tenham sido tratadas, isso não impede que novas indagações possam ser formuladas. Portanto, esse trabalho não se propõe a encerrar os pontos de discussão que o suscitaram; aquilo que o causa anuncia outras vias possíveis de escrevê-lo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarenga, E. et al. (2000). Estabilizações. In *Curinga*, n. 14, 18-22. Belo Horizonte: EBP-MG.

Amarante, P. & Bezerra, B. (Orgs.) (1992). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial.*Rio de janeiro: Fiocruz.

Barreto, F. P. (2002). A Monocultura e a paisagem o psicofármaco para a psiquiatria e para a psicanálise. In *Clique* – Palavras e pílulas, n. 01, 55-60.

Barros, M. de. (2010). *Poesia completa*. São Paulo: Leya.

Bogochvol, A. (2001). Sobre a psicofarmacologia. In M.C.R. Magalhães (Org.). *Psicofarmacologia e Psicanálise.* (pp. 35-61). São Paulo: Escuta.

Derrida, J. (1991). O Pharmakon. In *A farmácia de Platão*. (pp. 43-64). São Paulo: Iluminuras.

Descartes, R. (1910) Traité de l'homme. In C. Adam (Ed.). *Oeuvres completes*. (t. XI, p. 119). Paris: Cerf. (Trabalho original publicado em 1748)

Descartes, R. (1999). O discurso do método. In *Pensadores* (Col.). São Paulo: Nova Cultura.

Dunley, G. (2006). Próteses psíquicas: a psicofarmacologia como biotecnologia e a téchne trágica da psicanálise. *Revista. Latinoamericana de Psicopatologia. Fundamental, IX* (2), 203-226.

Houaiss, A. (2001). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Ática.

Foucault, M. (1994). *O nascimento da clínica.* Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Freud, Sigmund (1974). Rascunho H. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 1, pp. 232). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1896)

Freud, S. (1974). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (*Demencia Paranoides*). In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 12, pp. 15-108). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911)

Freud, S. (1974) Sobre o narcisismo: uma introdução. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 14, pp. 85-119). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)

Freud, S. (1974). O inconsciente. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 14, pp. 183-245). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915a)

Freud, S. (1974). Os instintos e suas vicissitudes. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 14, pp. 129-162). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915b)

Freud, S. (1976). Uma criança é espancada. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 17, pp. 225-258). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919)

Freud, S. (1976). Além do Princípio de Prazer. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 18, pp. 13-85). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)

Freud, S. (1976). A dissolução do complexo de édipo. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 19, pp. 217-228). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1924)

Freud, S. (1974). O mal estar na civilização. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 19, pp. 75-174). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930 [1929])

Gödel, K. (1979). Acerca de proposições indecidíveis de sistemas matemáticos formais. In M. Lourenço (Org.). *O teorema de Gödel e a hipótese do contínuo.* (pp. 291-357). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Trabalho original publicado em 1931)

Lacan J. (1967). Conférence sur la psychanalyse et la formation du psychiatre. Recuperado em janeiro de 2009, de http.//www.ecole-lacanienne.net/bibliotheque.php.

Lacan J. (1967-68). *O Seminário, livro 15: o ato psicanalítico*. (inédito).

Lacan. J. (1974-75). *O Seminário, livro 22: R.S.I.* (Inédito). Cópia reprográfica.

Lacan, J. (1985). *O Seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original proferido em 1954-55)

Lacan, J. (1985). *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1964)

Lacan J. (1985). *O Seminário, livro 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1972-73)

Lacan J. (1985). Conferénce à Genéve sur le symptome. In: Les Bloc-Notes de la Psychanalyse 5 , p.14) (Trabalho original proferido em 04/10/75)

Lacan, J. (1988). *O Seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original proferido em 1955-56)

Lacan J. (1992). *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1969-70)

Lacan, J. (1993). La terceira. In *Intervenciones y textos 2*. (pp. 73-108). Buenos Aires: Manantial. (Trabalho original publicado em 1974)

Lacan, J. (1998). Formulações sobre a causalidade psíquica. In *Escritos*. (pp. 152-194). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1946)

Lacan, J. (1998). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In *Escritos*. (pp. 537-590). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1955-56)

Lacan, J. (1998). A direção do tratamento e os princípios do seu poder. In *Escritos*. (pp. 591-652). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1958)

Lacan, J. (1998). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In *Escritos*. (pp. 807-842). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1960)

Lacan, J. (1998). *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1957-58)

Lacan, J. (2001) O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n. 32, 8-14. São Paulo: Eólia. (Trabalho original publicado em 1966)

Lacan, J. (2003). Apresentação das memórias de um doente dos nervos. In *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1966)

Lacan, J. (2003). Da psicanálise em suas relações com a realidade. In *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1967)

Lacan. J. (2003). Joyce, o sintoma. In *Outros Escritos*. (pp. 560-566). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1975)

Lacan, J. (2007). *O Seminário, livro 23: o sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1975-76)

Lacan J. (2012). *O Seminário, livro 19: ...ou pior*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1971-72)

Lacan J. (2012). *O Seminário, livro 21: os nomes do pai errante*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1973-74)

La Mettrie, J. O. de (1981). *L' Homme-Machine.* Paris: Folio. (Trabalho original publicado em 1748)

La Sagna, C. D. (2006). *Scilicet dos Nomes do Pai.* Textos Preparatórios para o congresso de Roma, AMP.

Laurent, E. (2003). Como engolir a pílula? In Miller, J.-A. (Org.). *Ornicar? De Jacques Lacan a Lewis Carroll.* (Vol. 1, pp. 32-43). Rio de janeiro, Jorge Zahar.

Laurent, E. (2006). Les organes dans la perspective psychanalytique. *Quarto 91*, Bruxellas.

Lei n. 10.216, de 06 de Abril de 2001. Recuperado em 15 de Novembro de 2013, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

Lispector, C. (1965). A paixão segundo G.H. Rio de Janeiro: Rocco.

Maleval, J.-C. (1998) *Lógica del delírio*. (Coleccion Antígona-3). Barcelona: Ediciones del Serbal.

Miller, J.-A. (1999a). *Elementos de biologia lacaniana*. Belo Horizonte: EBP/MG.

Miller, J.-A. (1999b). Saúde Mental e Ordem Pública. In *Curinga*, n. 13, 20-31. Belo Horizonte: EBP/MG.

Miller, J-A. (2003). Invenção psicótica. *Opção Lacaniana, 36*, 6-16. São Paulo: Eólia.

Miller, J.-A. (2005). *Silet. Os paradoxos da pulsão, de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1994-95).

Miller, J-A. (2006). Os objetos *a* na experiência analítica. *Opção Lacaniana, 46*, 30-34. São Paulo: Eólia.

Miller, J.-A. (2008). De la naturaleza de los semblantes. Buenos Aires: Paidós.

Miller, J-A. (2008-09). *Curso de Orientação lacaniana*, III, 10. Coisas de fineza em psicanálise. Inédito.

Miller, J.-A. (2010). Teoria de los goces. In *Conferencias Porteñas,* Tomo1. Buenos Aires: Paidós. (Trabalho original publicado em 1981)

Miller, J-A, (2012). *O real no século XXI*. Discurso no VII Congresso da AMP, realizado em Buenos Aires, entre os dias 23 27 de abril.

Ministério da Saúde. (2002). *Legislação brasileira em saúde mental*. 2ª Edição revista e ampliada. Brasília: autor.

Ministério da Saúde. (2005, Nov.). *Relatório 15 anos depois de Caracas* - Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Brasília: autor.

Quinet, A. (1997). *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Quinet, A. (2006). *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Zahar.

Rinaldi, D. (2005). Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In S. Altoé & M. Mello (Orgs.). *Psicanálise, Clínica e Instituição.* Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Roudinesco, E. (1994). *Por que a Psicanálise.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Sierra, G, R, M. (1996). Psicofármacos y relaciones interpersonales em la Rehabilitación. In: *Notas Freudianas, Salud Mental y Psicoanalisis Aplicado*, Asturias, Revista de la Escuela Europea de Psicoanálisis, n.2.

Soler, C. (2007). *O inconsciente a céu aberto*. Rio de Janeiro: Zahar.

Resolução PGJ n. 9, de 05 de Fevereiro de 2002. Disponível em https://www.mpmg.mp.br

Resolução PGJ n. 17, de 17 de Março de 2006. Disponível em https://www.mpmg.mp.br

Resolução PGJ ADJ JUR n. 9, de 04 de Fevereiro de 2010. Disponível em https://www.mpmg.mp.br

Teatini, S. & Apgua, C. (2008). O tratamento do sujeito paranoico na prática entre muitos servindo-se da Lei. In *Fala Galba em revista*, ano 5, n. 5. Revista do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital Galba Veloso – FHEMIG.

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

Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. In *Reforma Psiquiátrica Brasileira, 9*. Disponível em www.scielo.br (Scielo – Scientific Eletronic Library Online).

Tenório, F. (2007). Questões para uma atualização da agenda da reforma psiquiátrica. In M. C. Couto & R. Martinez (Orgs.). *Saúde mental e saúde pública – questões para a agenda da reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ.

Tizio, H. (2009). Considerações sobre o sintoma. In V. Basset & F. H. Carneiro (Orgs.). *A soberania da clínica na psicopatologia do cotidiano*. (pp. 117-134). Rio de Janeiro: Garamond.

Viganò, C. (2002). O fármaco e a droga. *Clique*, n. 1, 62-69 – Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano.

Viganò, C. (2003). O psicofármaco e a sua prescrição. *Saúde Mental: Psiquiatria e Psicanálise.* Instituto de Saúde mental. Associação Mineira de Psiquiatria.

Zenoni, A. (2000). Tratamiento del Outro. In *Lazos – Hacia uma clínica de las suplências.* (pp. 112-125 – Instituto de Estudios Psicanaliticos). Argentina: Editorial Fundacion Ross.