

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**MARCELLA HANNAH NUNES URUBATÃ**

**MEMÓRIAS DE UM OLHAR:  
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS A  
PARTIR DA PSICOSE**

**Goiânia**

**2021**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

## **TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES**

### **E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

#### **1. Identificação do material bibliográfico**

Dissertação       Tese

#### **2. Nome completo do autor**

**Marcella Hannah Nunes Urubatã**

#### **3. Título do trabalho**

**MEMÓRIAS DE UM OLHAR: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS A PARTIR DA PSICOSE**

#### **4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)**

Concorda com a liberação total do documento  SIM       NÃO<sup>1</sup>

**[1]** Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

**a)** consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);

**b)** novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.

O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

**Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.**



Documento assinado eletronicamente por **MARCELLA HANNAH NUNES URUBATÃ, Discente**, em 06/09/2021, às 18:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Cristóvão Giovani Burgarelli, Professor do Magistério Superior**, em 08/09/2021, às 06:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2326394** e o código CRC **6EBC1B5C**.

---

**MARCELLA HANNAH NUNES URUBATÃ**

**MEMÓRIAS DE UM OLHAR:  
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS A PARTIR DA  
PSICOSE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal de Goiás (UFG), como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.  
Área de concentração: Ciências Humanas - Psicologia. Linha de pesquisa: Bases Históricas Teóricas e Políticas da Psicologia. Orientador: Prof. Dr. Cristóvão Giovani Burgarelli.

**Goiânia**

**2021**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Urubatã, Marcella Hannah Nunes

Memórias de um olhar [manuscrito] : algumas considerações psicanalíticas a partir da psicose / Marcella Hannah Nunes Urubatã. - 2021.

LXIX, 69 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Cristóvão Giovani Burgarelli.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação (FE), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Goiânia, 2021.

Bibliografia.

Inclui fotografias, lista de figuras.

1. Psicose. 2. Psicanálise. 3. Memória. 4. Normal. 5. Patológico. I. Burgarelli, Cristóvão Giovani, orient. II. Título.

CDU 159.9



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO**

Ata nº **03** da sessão de Defesa de Dissertação de **Marcella Hannah Nunes Urubatã**, que confere o título de Mestra em **Psicologia**, na área de concentração em **Psicologia**.

Aos vinte e seis de agosto de 2021, a partir das 14:30 horas, os trabalhos foram instalados pelo Orientador Professor Dr. Cristóvão Giovani Burgarelli (PPGP UFG), com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Miriam Debieux Rosa (PUC/USP), membro titular externo e Priscilla Melo Ribeiro de Lima (PPGP UFG), membro titular interno. Realizou-se sob a presidência do primeiro, através de plataforma virtual segundo a Instrução Normativa PRPG/UFG 001, de 27 de março de 2020, a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada “**Memórias de um olhar: um retorno a considerações a partir da psicose**”. Durante a arguição os membros da banca **fizeram** sugestão de alteração do título do trabalho **para: MEMÓRIAS DE UM OLHAR: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS A PARTIR DA PSICOSE**. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido a candidata **aprovada** pelos seus membros. Proclamados os resultados pelo Professor Doutor Cristóvão Giovani Burgarelli, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, aos vinte e seis de agosto de 2021.

Banca Examinadora:

**Presidente - Membro titular 01 / sigla instituição:**

Cristóvão Giovani Burgarelli / PPGP-UFG

**Membro titular 02 / sigla instituição:**

Priscilla Melo Ribeiro de Lima (PPGP/UFG)

**Membro titular 03 / sigla instituição:**

Miriam Debieux Rosa (PUC/USP)

Naraiana de Oliveira Tavares/ **Vice Coordenadora do PPGP**

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA

MEMÓRIAS DE UM OLHAR: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS A PARTIR DA PSICOSE



Documento assinado eletronicamente por **Cristóvão Giovani Burgarelli, Professor do Magistério Superior**, em 29/08/2021, às 18:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Priscilla Melo Ribeiro De Lima, Professora do Magistério Superior**, em 31/08/2021, às 11:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2281140** e o código CRC **6AECB217**.

---

Referência: Processo nº 23070.043504/2021-29

SEI nº 2281140

## **Agradecimentos**

Restaurar o traçado de algumas palavras para poder reconstruir lugares. Essa frase surgiu de uma cartografia íntima, de uma constelação de gestos, histórias, palavras e escuta. Com ela, mas não só, tenho alcançado boas coordenadas para as minhas práticas e para o que, nelas, se trama, se mistura e se confunde com o que chamo de minha vida.

Esta frase foi tecida por mim, mas não poderia ter surgido sem certos encontros. Aqui, deixo o meu agradecimento aos que têm feito parte de um grande conjunto que me põe a falar, a escrever e a desejar.

Começo agradecendo a Universidade Federal de Goiás e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia que abrigaram a minha pesquisa e insistem – nesses tempos duros – em firmar uma instituição interessada pela diversidade e pela produção e ampliação ética do saber.

Agradeço, especialmente, ao meu orientador, Prof<sup>o</sup> Dr. Cristóvão Giovani Burgarelli que, não só se dispôs a acolher a minha pesquisa, como deu passagem ao meu processo com ela. Giovani, obrigada pela aposta carregada de interesse e paciência.

Agradeço, também, à leitura atenta e as contribuições do Prof<sup>o</sup> Dr. Silvio José Benelli (Unesp), Prof<sup>o</sup> Dr. Pedro Eduardo Silva Ambra (PUC-SP), Prof<sup>a</sup> Dra. Míriam Debieux Rosa (USP e PUC-SP) e Prof<sup>a</sup> Dra. Priscilla Melo Ribeiro de Lima (UFG).

Em relação aos que me acompanham pela vida a fora, agradeço a minha família pela recepção amorosa diante dos meus primeiros rabiscos em paredes; e, aos meus pais, sobretudo, pelo olhar vivo e carinhoso para mim e para o mundo.

Ainda, sou imensamente grata àqueles que fazem parte das formas mais bonitas do inesperado em minha vida. Obrigada, Octávio Scapin, Carolina Rosa, Isabella Mundim, Luisa Vechi, Mariana Guimarães, Isabela Rosa, Ana Flávia Marú, Lucas Craveiro e Guilherme Granato pela presença sensível e sincera de cada um, e por darem ouvidos aos meus excessos de modo tão generoso comigo.

Sou especialmente grata, também, a escuta de Eduardo Ramos Verano, que, mesmo depois de transformada pelas contingências, continua a abrir caminho para a minha voz. E, aos que me acompanharam nos “instantes seguintes” de uma despedida em meio a travessia: Fabiano Ito e Vladimir Safatle.

E, finalmente, agradeço, de modo especial, aos sujeitos que confiaram e que confiam sua história à minha escuta. É, sobretudo, pelo endereçamento de suas questões a mim que esta dissertação se autoriza como testemunho de uma prática.



*Imagem 1: entre*<sup>1</sup>

*“O silêncio eterno dos espaços infinitos, aquele que siderava Pascal, agora esses espaços falam, cantam, revolvem-se de todas as maneiras diante de nossos olhos”.*

*Jacques Lacan, 1971.*

---

<sup>1</sup> Fotografia de Ana Flávia Marú e Octávio Scapin, cedida pelos autores.

## Resumo

Esta pesquisa retorna a algumas memórias para, a partir da interrogação sobre os moldes que constroem a imagem do louco, questionar que direito tem, o psicótico, à sua subjetividade nos tratamentos (hegemônicos) para o seu sofrimento psíquico. Sendo assim, partimos de um foco alterado: não mirando o louco, mas percorrendo o processo que ele abre contra a normalidade. Resguardando o interesse pelas fraturas que a linguagem faz na escuta, no olhar, no enquadramento e no saber, esta pesquisa parte do campo da psicanálise freudo-laciana e conta com a contribuição de autores de outros campos do saber. A partir de alguns recortes em notícias atuais, na história do Hospital Colônia (MG) e nas lembranças da pesquisadora, um texto foi se construindo e, nele, deu-se a ver a insistência em refazer o caminho de algumas palavras que, com o advento da subjetividade moderna, se precipitaram em signos que forjam a suposição de uma ordem natural para o humano. Com o desenrolar do movimento da pesquisa apresentamos uma discussão teórica rumo aos fundamentos da prática clínica e às histórias que, mantidas sob esquecimento, dão a ver a face bárbara da cultura, o estado de exceção que a política moderna institui e a violência agenciada pelo capitalismo avançado naquilo que se dispõe a constituir uma prática de cuidado para o sofrimento psíquico. O problema geral do normal e do patológico percorre o que se discute a partir de um encontro e do que vai sendo encontrado ao longo da pesquisa, conduzindo-nos às inversões produzidas com inclusão da loucura no campo da linguagem. Assim, ao longo de toda a pesquisa, trabalha-se com a subversão freudiana e laciana de partir da psicose para referir as demais estruturas e dissolver a fronteira entre o normal e o patológico; reconhecendo nisso um ato político importante na medida em que questiona a conjuntura para tentar assegurar o direito à subjetividade nos tratamentos para o sofrimento psíquico do psicótico, mas não só, consequentemente.

Palavras-chave: Psicose; Psicanálise; Memória; Normal; Patológico; Clínica.

### **Abstract**

This research returns to some memories in order to, from the interrogation about the moulds that build the image of the mad person, question what right the psychotic has to his subjectivity in the (hegemonic) treatments for his psychic suffering. Thus, we start from an altered focus: not aiming at the mad person, but going through his process against normality. Preserving the interest for the fractures produced by language in listening, looking, framing and in knowledge, this research starts from the field of Freud-Lacanian psychoanalysis and the contribution of authors from other fields of knowledge. A text was built from some clippings in current news about the history of the Colônia Hospital (State of Minas Gerais - Brasil) and the researcher's memories, and it became clear the insistence on retracing the path of some words that, with the advent of modern subjectivity, turned into signs that shaped the assumption of a natural order for the human. During the development of the research, we presented a theoretical discussion towards the foundations of the clinical practice and the stories that, kept in oblivion, revealed the barbaric face of culture, the state of exception instituted by modern politics and the violence orchestrated by advanced capitalism in what is intended to set a care practice for mental suffering. The general problem with normality and the pathological runs through what is discussed from an encounter and what is being found throughout the research, leading us to the inversions produced by the inclusion of madness in the field of language. Accordingly, throughout the entire research, we work with the Freudian and Lacanian subversion of starting from psychosis to refer to the other structures and dissolve the boundary between the normal and the pathological; recognizing it as an important political act as it questions the environment to try to ensure not only the right to subjectivity in treatments for the psychotic's mental suffering.

**Keywords:** Psychosis; Psychoanalysis; Memory; Normal; Pathological; Clinic.

## Lista de Imagens

<b>Imagem 1 – <i>entre</i>.....</b>	<b>6</b>
<b>Imagem 2 – matema dos discursos.....</b>	<b>25</b>
<b>Imagem 3 – os quatro discursos.....</b>	<b>25</b>
<b>Imagem 4 – fotografia do Hospital Colônia de Barbacena.....</b>	<b>32</b>
<b>Imagem 5 – para que servem as paredes?.....</b>	<b>34</b>
<b>Imagem 6 – planta da casa SUS.....</b>	<b>49</b>
<b>Imagem 7 – o olhar pela memória.....</b>	<b>50</b>
<b>Imagem 8 – parte da bula do medicamento Carbolitium.....</b>	<b>55</b>
<b>Imagem 9 – verbete de “depois”.....</b>	<b>59</b>

## Sumário

<b>1</b>	<b>Prólogo.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>Do mural, um recorte.....</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>Imediações.....</b>	<b>20</b>
<b>4</b>	<b>Distensões.....</b>	<b>37</b>
<b>5</b>	<b>Caminhos.....</b>	<b>48</b>
<b>6</b>	<b>Pequenas considerações finais.....</b>	<b>64</b>
	<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>66</b>

## Prólogo

*“escrevo para aprender”*

*Clarice Lispector, 1974*

As cinco sessões textuais desta dissertação apresentam ao leitor a conjunção de dois movimentos da pesquisa: um em que se conta memórias de diferentes momentos da vida da pesquisadora, e outro que, a partir dessas memórias, coloca em discussão os achados que vão construindo e transformando esta pesquisa. Destaco para o leitor que tais movimentos não são separáveis, mas acontecem em correlação e, por isso, atravessam toda a produção textual aqui apresentada. Em “Do mural, um recorte”, o leitor encontra uma referência direta à experiência da qualificação pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Goiás, realizada no ano de 2021; e, a partir dela, recebe algumas coordenadas importantes para a elucidação do empreendimento dos textos seguintes. Assim, “Do mural, um recorte”, trata-se da reconstrução da memória para dar a ver o que se relaciona ao estilo, ao método, ao problema e à justificativa desta pesquisa.

Em “Imediações”, a memória vai dando lugar – mas sem desaparecer – à discussão acerca dos fundamentos da clínica e do problema estrutural que impede a psiquiatria de instaurar uma prática clínica e sua relação com o discurso capitalista. Nisso, participa, também, do texto, fragmentos da história da clínica psicanalítica, do Hospital Colônia – em Barbacena, Minas Gerais – que dão a ver que o uso de algumas palavras – a saber, razão, normalidade e patologia – é intrínseco ao que se almeja construir.

Em “Distensões”, o problema do normal e do patológico é apresentado de modo mais destacado. Ali, o leitor poderá passear sobre uma discussão que envolve a progressão das teorias do campo médico em sua subordinação – muitas vezes escamoteada – à vida cotidiana e a cultura. Em outras palavras, dá-se a ver a condição de linguagem desses termos que, comumente, são tratados referidos quase que de modo exclusivo a uma ontologia naturalista.

Em “Caminhos”, o traçado de algumas palavras vai sendo restaurado, num esforço de guiar o leitor no retorno a considerações filosóficas importantes, e ao encontro com desdobramentos da subversão psicanalítica de incluir a psicose no campo da linguagem. As memórias contadas nesse texto orientam a discussão teórica, e trazem como aposta a possibilidade de reconstruir lugares e transformar olhares.

Estes quatros textos, então, se ligam a diferentes momentos desta pesquisa, e, reunidos, dão a ver o próprio percurso da pesquisa. Por fim, há um texto intitulado “Pequenas considerações finais”. Nele, há uma breve consideração sobre a escrita e a leitura desta

dissertação, sobre o interesse pelo tema e a indicação de alguns dos próximos pontos do horizonte da pesquisa.

### Do mural, um recorte

*o melhor é afrouxar a rédea à pena,  
e ela que vá andando, até achar entrada.  
Há de haver alguma; tudo depende das circunstâncias,  
regra que tanto serve para o estilo como para a vida.*

*Machado de Assis (em Primas de Sapucaia!)*

Passada a qualificação, os apontamentos feitos pela banca me convidaram a outro escrito. Aqui pretendo contar e comentar sobre essa experiência por apostar que ao lançar mão desse registro seja possível relatar uma espécie de antropofagia do que me foi apresentado pela banca e que, acredito, enriquecer minha pesquisa e possibilitar outra interlocução dentro da academia. Pretendo fazer esse exercício relacionando-o diretamente ao tema de minha pesquisa: psicose.

De saída, apresento o primeiro apontamento que me foi feito: o de que meu texto causa um estranhamento em relação ao que se considera ser uma dissertação de mestrado. “É dissertação ou ensaio?”, me perguntaram. Fazer do estranhamento uma pergunta talvez seja a possibilidade de abrir caminho para a pesquisa e seus achados. Nessa via, fiquei pensando o que fazer diante do retorno de que o espaço que hoje acolhe a minha pesquisa – ou seja, o espaço acadêmico – por possuir, como qualquer outro, suas exigências, talvez não pudesse incluir meu texto na biblioteca acadêmica por não reconhecer em sua forma os moldes de uma dissertação. Me percebi numa encruzilhada: o que surgirá diante do cruzamento entre o reconhecimento de um endereçamento a academia e a forma alçada por minha escrita? Permanecer na academia implica dever aproximá-lo da norma em relação à forma para torna-lo aceitável? Com isso, indico o primeiro ponto que faz ligação com o tema da psicose: o modo como se olha para a relação entre norma e sujeito – que será abordada mais à frente a partir de um retorno à etimologia.

Diante das questões que a encruzilhada evocou, lembrei do livro *Estilo e verdade em Jacques Lacan*, escrito pelo psicanalista Gilson Iannini, mais especificamente o terceiro capítulo, intitulado *Estilo e verdade*. Ali, Iannini (2013) se debruça sobre a produção escrita de Lacan a fim de discutir a função do estilo nos impasses da formalização de uma prática. Nessa empreita, o primeiro ponto destacado – e que é o que interessa apresentar aqui – é o de que o estilo se encontra do lado do objeto, ou seja, o estilo é o resultado da prática de uma formalização e não um a priori. Nas palavras do autor, “o estilo é mais uma exigência egressa do campo do objeto que um efeito intencional de um sujeito que escreve” (p. 256). Sendo assim, considero importante destacar para a academia – no sentido de contribuir com a expansão de

sua biblioteca – que a conjunção coordenativa “ou”, utilizada na pergunta “é dissertação ou ensaio?”, parte da suposição de que a forma-ensaio impossibilitaria a produção final de uma dissertação. Será?

Parte-se, neste trabalho, de que o discurso psicanalítico se situa num lugar híbrido: entre a ciência e a arte. Explorar as razões que determinam essa coordenada, por sua vez, não se reduz ao debate (já bastante obsoleto) da demarcação entre ciência e não ciência. É em relação ao estatuto da forma-ensaio que a localização da discursividade da psicanálise nesse entre pode ser melhor abordada (Iannini, 2013). Segundo Iannini (2013), a partir do confronto entre o estilo lacaniano e a forma-ensaio é possível perceber que Lacan “trabalha com conceitos segundo a mesma perspectiva de sua lógica do significante” (p. 266) que é, em certa medida, a “mesma forma como o ensaio lida com as pretensões do conceito, isto é, como entes de linguagem inseridos numa trama constelar de significação, segundo “o comportamento da língua” (Adorno, 1992, p. 200)” (p. 266).

Nesse sentido, considerando o discurso psicanalítico o produto de um trabalho com os conceitos tal como a lógica do significante, pergunto: qual o lugar que a academia reserva a ele? Essa questão encontra uma correspondência também em uma das questões que surge em minha pesquisa: qual o lugar que os tratamentos atuais<sup>2</sup> reservam à loucura?

O segundo ponto que me foi questionado na qualificação diz respeito ao problema de pesquisa. Em termos mais diretos: o que eu quero pesquisar nesse momento, nesse lugar (universidade) quando reconheço meu interesse em pesquisar sobre a psicose? Acredito que para poder recortar melhor uma resposta para essa questão é interessante descrever o mural que constrói essa pesquisa.

Em 2014, ainda na graduação em psicologia, frequentei em Goiânia uma clínica psiquiátrica. As visitas faziam parte das aulas em psicopatologia clínica. Foi a partir dessa experiência que surgiu o meu interesse de pesquisa e parte dele se sustenta no estranhamento que tive acerca do tratamento oferecido aos pacientes dali. O que eu pude testemunhar, na época, foi um ambiente com uma escuta para o Um, exclusivamente; os medicamentos como a única via de tratamento do sofrimento; e, a reclusão estéril promovida pela internação. A realidade dali parecia em nada caminhar no sentido da construção de uma melhora duradoura dos pacientes.

---

<sup>2</sup> São vários os campos que ofertam assistência ao sofrimento do psicótico (a saber: psicanálise, psicologia, assistência social, psiquiatria, enfermagem...), na pergunta apresentada a questão incide de modo mais específico ao campo psiquiátrico dado o poder que o discurso médico assume na cultura. Me parece que interrogar por essa via pode contribuir com uma análise das produções culturais atuais em sua relação com as formações subjetivas e as modalidades de laço social decorrentes.

Nesse sentido, uma primeira questão foi se esculpindo: por que um lugar que se dizia acolher e cuidar do sofrimento psíquico não estava fazendo isso? A partir dessa pergunta fui me interessando pelo contrário: quais práticas são capazes de oferecer à psicose o acolhimento necessário e um tratamento eficaz<sup>3</sup> do sofrimento envolvido? Com isso, encontrei na psicanálise um campo capaz dessa oferta, e embora não ache que seja o único capaz disso, é onde meu interesse clínico se enlaça e por onde sustento as pesquisas que empreendo.

Passados alguns anos, e aí não mais nos espaços clínicos que a universidade me proporcionou, fui percebendo, a partir de outras experiências clínicas e dos estudos teóricos em psicanálise, que a fronteira entre normal e patológico constitui um ponto importante da investigação que vinha fazendo, justamente por implicar num detalhamento maior das mudanças que a psicanálise produziu na área clínica no que diz respeito à semiologia, a etiologia, a diagnóstica e a terapêutica.

Dunker (2021), em *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica*, indica que a psicanálise produziu uma desintegração dessa fronteira entre o normal e o patológico e que com isso conseguiu introduzir uma subversão na noção de causalidade. A perspectiva etiológica se torna diferente da que se verifica em grande parte das ciências naturais e isso, por sua vez, implica uma forma de diagnóstico que se constrói a partir do funcionamento do significante. Assim, a normalidade deixa de ser aferida exclusivamente por critérios estatísticos, ou por um nível de adaptação às exigências da cultura; ou pela retidão em relação ao que se considera (ou se impõe como) norma. A normalidade ganha outro contorno a partir do que Clavreul (1983) destaca como a reivindicação de Freud: o direito à subjetividade.

Esse caminho me conduziu à ideia mais específica de estudar sobre a subjetividade na psicose e, então, meu projeto de mestrado apresentou como interesse de pesquisa “o amor e o desejo na psicose”. Mas percebi, sobretudo com as conversas com meu orientador, que um problema de pesquisa ainda estava sendo maturado – por mais que eu me encontrasse com várias perguntas acerca do tema.

No caminho para desembaraçar uma pergunta que eu percebesse se estender pelo movimento da pesquisa, percebi que sempre retornava a história do estágio no período da graduação. Mas me perguntava, diante disso, se as questões em torno daquela experiência não estariam, hoje, já superadas. Será que as interrogações que dali me acompanhavam não terminariam no famoso “bater em cachorro morto”, como se diz? Resolvi, então, conduzir três

---

<sup>3</sup> Por tratamento eficaz me refiro a um tratamento que, mesmo contando com a medicação, auxilie o sujeito no reconhecimento de seus próprios recursos para lidar com os efeitos das contingências, e que possibilite a ele encontrar um discurso seu dentro do próprio sofrimento.

breves investigações: na primeira delas conversei com uma psicanalista que trabalha, atualmente, em um ambulatório psiquiátrico aqui em Goiânia pedindo que ela me contasse de sua experiência por lá, sobretudo no que diz respeito às suas impressões acerca do trabalho com os psiquiatras; na segunda, tentei falar com um psiquiatra daqui a fim de poder escutar sobre suas experiências com a clínica, mas como não foi possível a conversa fiz um pequeno levantamento de perfis de psiquiatras no Instagram como um exercício de observação do tipo de conteúdo veiculado em suas redes e do engajamento que isso gerava; e, por fim busquei algumas reportagens mais atuais (de 2018 até o ano atual) sobre a situação da Reforma psiquiátrica no Brasil.

Em relação à conversa com a psicanalista e a observação das publicações no Instagram pude perceber que, no que diz respeito ao contexto goiano da saúde mental, minha crítica continua atual: é reduzido, quiçá inexistente, ou pejorativo o lugar que a psiquiatria confere à subjetividade do psicótico. Assim, continuam atuais os apontamentos que Foucault (1974/2006), na *Aula de 30 de janeiro de 1974*, fez sobre as técnicas para a entronização do psiquiatra como médico. Destaco um deles:

A anomalia é a condição de possibilidade individual da loucura; é o que é preciso estabelecer para conseguir mostrar que aquilo que está sendo tratado, aquilo com o que se está lidando e que se quer mostrar precisamente que são sintomas de loucura, é efetivamente de ordem patológica. A condição para transformar em sintomas patológicos os diferentes elementos que são o objeto, o motivo do pedido de internação, é situá-los nesse tecido geral da anomalia (Foucault, 1974/2006, p. 352).

A impressão que fica é a de que a manutenção da fronteira entre o normal e o patológico é condição para o tratamento oferecido pela psiquiatria. Seguindo para a pesquisa de notícias acerca das políticas públicas para a saúde mental no país, encontrei algumas reportagens em relação a propostas de projetos recentes que considero importante relatar aqui.

Em dezembro do ano passado (2020), o Ministério da Saúde apresentou uma proposta de alteração das estratégias e da rede de cuidado voltadas para a assistência das pessoas em sofrimento psíquico. O projeto consiste em revogar cerca de 100 portarias editadas entre 1991 e 2014 que têm como base as reformas empreendidas pela Reforma Psiquiátrica<sup>4</sup>. O

---

<sup>4</sup> A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um movimento sociopolítico ocorrendo no âmbito da saúde pública que, do ponto de vista da gestão de políticas públicas, consubstancia-se em uma legislação em saúde mental iniciada em 1990, com a Declaração de Caracas, aprovada por aclamação pela Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. O Brasil é aderente a essa Declaração, e a ela se articula com um longo e conturbado movimento de trabalhadores de saúde mental que resultou na Lei n. 9.867, de 10 de novembro de 1999. Tal lei permite o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para os pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários. É um valioso instrumento para viabilizar os programas de trabalho assistido e inclui-os na dinâmica da vida diária, em seus aspectos econômicos e sociais. Há uma evidente analogia com as chamadas "empresas sociais" da experiência da Reforma Psiquiátrica Italiana.

“Revogação”, nome com que a proposta ficou conhecida, representa um retorno ao modelo manicomial para inúmeras entidades envolvidas com a Reforma.

Segundo o jornal *Brasil de Fato*,

A proposta quer revogar portarias que estabelecem procedimentos ambulatoriais e a revisão do financiamento dos CAPS. Estes são unidades de saúde que fortalecem vínculos dos usuários da saúde mental nos seus territórios, como alternativa à internação em hospitais psiquiátricos, também conhecidos como manicômios. Somente em casos mais graves, atualmente, as pessoas são encaminhadas para internação, e em hospitais gerais. Na contramão, a proposta do Ministério da Saúde sugere a criação de Ambulatórios Gerais de Psiquiatria e de Unidades Especializadas em Emergências Psiquiátricas (Ferreira, 2020).

Ainda de acordo com a reportagem, a proposta de desmonte conta com o apoio da ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria). Desde o governo Temer (2016-2018), mais especificamente em dezembro de 2017, a ABP tem defendido a “nova Política Nacional de Saúde Mental”, um projeto que visa a implementação das medidas publicadas pela Resolução CIT N° 32/2017<sup>5</sup> e da Portaria MS N° 3.588/2017<sup>6</sup>.

A “nova” política defendida pela ABP para muitos – incluindo a mim – soa como velha, uma vez que traz de volta traços do modelo manicomial que muito recentemente – a partir do empenho movimentado pela Reforma Psiquiátrica e pela Luta antimanicomial – vem sendo gradativamente substituído pelo modelo assistencial. Por isso, em reação contrária, o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Nacional dos Direitos Humanos se manifestaram, ambos de 31 de janeiro de 2018, via Nota Pública à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, solicitaram a revogação da Portaria 3.588.

É importante destacar que a ABP já teve um papel importante de crítica ao modelo manicomial no início da Reforma Psiquiátrica. Em 1971, em relatório publicado na *Revista Brasileira de Psiquiatria*, afirmou ser necessária “uma mudança de atitude em relação à saúde e à doença mental, mudança que deve começar pelos próprios psiquiatras e outros trabalhadores de saúde mental, que devem reformular seus conceitos sobre o tratamento e a prevenção dos transtornos mentais” (p.6). Contudo, no texto *A Afinidade Eletiva: a psiquiatria “científica” e a “redenção” das comunidades terapêuticas religiosas*, Elaine Pelaez (membro do Conselho

---

Em 6 de abril de 2001, o Governo Federal promulga a Lei n. 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Berlinck, Matgaz & Teixeira, 2008, p. 21).

<sup>5</sup> Publicada no *Diário Oficial da União*, a Resolução CIT N° 32/2017 estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Apoio Psicossocial (RAPS).

<sup>6</sup> A Portaria MS N°3588/2017, foi publicada na *Biblioteca Virtual em Saúde*, página sob domínio do Ministério da Saúde, e prevê alterações na Rede de Apoio Psicossocial (RAPS).

Federal de Serviço Social (CFESS) e da mesa diretora do Conselho Nacional de Saúde) e Leonardo Pinho (presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) e da Central de Cooperativas Unisol Brasil e ex-presidente do Conselho Nacional de Direitos Humanos) apontam que

a partir da lei 10.216/01, na medida em que ocorre o avanço do fechamento dos hospitais psiquiátricos e a destinação de recursos orçamentários para a consolidação de uma rede substitutiva de atenção psicossocial pública e de base comunitária, a ABP vai consolidar em sua direção uma psiquiatria voltada aos interesses de mercado e da indústria farmacêutica (p. 4-5).

A consagração do campo psiquiátrico, bem como de toda a medicina, como ciência não foi sem os interesses e a influência do grande capital e da indústria farmacêutica. Vale relembrar que a reviravolta causada pelo *Relatório Flexner*<sup>7</sup> (1910) – que consagrou a postura positivista e o método científico na medicina – não por acaso é contemporânea à crescente compra de espaços para propaganda nas publicações da Associação Americana de Medicina (1847) pela indústria farmacêutica. De acordo com Pagliosa & Da Ros (2008),

a associação entre a corporação médica e o grande capital passa a exercer forte pressão sobre as instituições e os governos para a implantação e extensão da "medicina científica". "Pode-se concluir, pois, que a medicina científica ou o 'sistema médico do capital monopolista' se institucionalizou através da ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades" (p. 495).

Resgatar os elementos que influenciaram na consolidação dessa medicina científica que perdura até os dias atuais, nos permite analisar por onde passa o que vem se instalando no Brasil sob o nome de contrarreforma psiquiátrica – termo que li na Nota Técnica da ABRASME, publicada em 2020, em virtude do *Revogação*. Essa contrarreforma representa as medidas e propostas que vêm sendo – sobretudo a partir de 2015 – produzidas pela ABP a partir das críticas<sup>8</sup> de que o modelo da reforma psiquiátrica é oneroso; incompetente no que diz respeito a assistência oferecida; e, não científico, mas ideológico.

As medidas propostas pelo *Revogação*, felizmente, não se cumpriram, mas o que lhe deu ensejo está longe de estar bem encaminhado em nossa cultura. Sendo assim, por compartilhar da orientação deixada por Freud de que cabe ao psicanalista agregar à prática clínica do um-a-um a função de crítico da cultura que testemunha, justifico a atualidade de minha pesquisa e

---

<sup>7</sup> O *Relatório Flexner* foi uma síntese da avaliação da formação médica nos EUA e no Canadá, feita pelo educador Abraham Flexner, tal relatório culminou numa extensa reforma do ensino médico a nível mundial e consagrou a postura positivista e o método científico na medicina.

<sup>8</sup> A crítica da ABP ao fechamento de leitos nos hospitais psiquiátricos encontra-se disponível em: <https://agencia-brasil.jusbrasil.com.br/noticias/2256252/medicos-criticam-fechamento-de-leitos-em-hospitais-psiquiatricos>.

sua possível contribuição com as demais produções que visam processos de transformação na cultura.

“Seguir o louco no processo que ele abre contra a normalidade” (Clavreul, 1983, p.28) é o que orienta essa pesquisa que, assim, encontra como problema a seguinte questão: que direito tem tido o psicótico à sua subjetividade nos tratamentos que são oferecidos ao seu sofrimento? Para fazer trabalhar essa pergunta me valho da narrativa da experiência do estágio e do processo de pesquisa no mestrado, de uma revisão bibliográfica e da ética da psicanálise.

Iannini (2013), ao abordar a produção de Lacan, conta que,

quando lhe é colocada a questão kantiana “que devo fazer?”, Lacan responde: “Só posso tomar a questão como todo mundo, por minha vez formulando-a para mim. E a resposta é simples. É o que faço: extrair de minha prática a ética do Bem-dizer” (OE, p.539). Isso quer dizer não apenas que a cura analítica está relacionada com reorientações do dizer (Safatle, 2006), como tais reorientações também devem ser colocadas em funcionamento no discurso teórico. Milner salienta com justeza que “a arte do bem dizer é difícil” (Milner, 1996, p.23). Estilo e retórica fazem parte de um saber que implica uma espécie de ética do bem-dizer (OE, p. 539). Essa ética do bem-dizer vale não apenas para o discurso oral e para a clínica, mas para a própria escrita teórica (p. 268).

Diante da encruzilhada, escuto, leio e escrevo; insistindo na ética do Bem-dizer para, a partir da discussão a ser apresentada, praticar o que, em psicanálise, chamamos de transmissão.

## Imediações

“Penetra surdamente no reino das palavras.  
Lá estão os poemas que esperam ser escritos.  
[...]  
Chega mais perto e contempla as palavras.  
Cada uma  
tem mil faces secretas sob a face neutra  
e te pergunta, sem interesse pela resposta,  
pobre ou terrível, que lhe deres:  
– trouxeste a chave?”

Carlos Drummond de Andrade (do poema *Procura da poesia*)

De que lugar começo a escrita? Essa questão me ronda há alguns dias. Há alguns meses. Talvez, esteja me acompanhando pela vida toda. Provoca novos e velhos esbarrões nas quinas silenciosas de minha escuta, e me coloca na tentativa de ler o que ainda não está escrito. Nesse instante recordo de duas frases que me trazem um sorriso: a primeira é de Lacan, “Eu sei a que me ater”, está no *Seminário*, livro 18, *De um discurso que não fosse semblante*, na página 40; a segunda recebi de uma pessoa querida em minha vida que, em seu diário escreveu: “tive a sorte de viver por longo tempo para poder mudar de ideia em relação a muitas coisas”. Ambas soam bem para esse escrito da minha escrita.

Como indiquei brevemente no texto anterior, há alguns anos, ainda na graduação de psicologia, fiz estágio em um hospital psiquiátrico de Goiânia. Foram meses, cujos efeitos se estendem até o presente momento. O trabalho e o estudo na época se articulavam em torno da comprovação ou refutação do diagnóstico presente no laudo de um paciente da instituição, a ser convidado para uma entrevista. A orientação da disciplina seguia o viés cognitivo-comportamental. As principais referências bibliográficas do plano de curso foram a obra *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*, de Paulo Dalgalarro, e algumas partes do DSM-V (*Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*).

As lembranças disso me fazem perceber que naquele momento, certamente, eu não sabia a que me ater. Desde o início da disciplina ouvia com estranhamento a proposta de tomarmos uma fala para enquadrá-la numa classificação. Disso, duas críticas ao campo psiquiátrico podem ser destacadas: a primeira é de que a terapêutica ofertada ali segue pela via do entendimento e adaptação, oferecendo, exclusivamente, um tratamento físico-moral; e a segunda diz da tendência à naturalização da experiência humana. Como contraponto, recordo de Lacan (1955-56/1988), que, no *Seminário*, livro 3, *As psicoses*, diz: “faz-se apelo de modo perpétuo a noções consideradas como estabelecidas, quando de modo algum elas o são” (p.31).

Martins (2003) ao tratar da história particular da semiologia médica, em seu livro *Semiologia clínica*, apresenta que, no campo médico, a sintomatologia é tomada como sinônimo de semiologia<sup>9</sup>, e se forma anteriormente às produções do linguista Ferdinand de Saussure (1857-1913) – um dos principais nomes da semiologia – e do filósofo Charles S. Peirce (1839-1914), responsável pelo assentamento das bases da semiótica<sup>10</sup>. Essa localização histórica é importante para que possamos estabelecer o exercício de olhar para o olhar que o campo médico dispensa para os termos normal e patológico.

Segundo Martins (2003),

uma febre, enquanto *fenômeno físico* investigado pela semiologia médica, não porta necessariamente um sentido convencionado por um grupo social. Mais além das significações que cada grupo constrói acerca do fenômeno, a semiologia médica clássica se funda sobre o princípio da existência de leis universais que explicariam o aumento de temperatura do corpo. Assim, para a semiologia médica a febre deve ser decifrada como algo inscrito na natureza e não como um discurso, um argumento ou uma figura de linguagem (p. 18).

Esse tipo de leitura conduz ao engano de se tomar o signo supondo que ele não advém de uma convenção – como se fosse possível à linguagem incidir no fenômeno puro (referente), e como se as produções e descobertas humanas fossem isentas de interesses. NO *Seminário*, livro 23, *O sinthoma*, Lacan (1975-76/2007) diz que a nomeação de algo na natureza, pela presença de um interesse nesse algo, já coloca o nome como distinto daquilo que ele visa, “a natureza não se arrisca a nada senão a se afirmar como uma miscelânea de *fora da natureza*” (p.13, grifo original).

Partindo das ciências da linguagem, a causalidade, para a psicanálise lacaniana, será considerada num registro distinto do que é considerado em grande parte das ciências naturais. Quando Freud introduz uma nova perspectiva clínica ela não é apresentada como uma substituição da clínica médica, ou seja, a crítica que se extrai da subversão da psicanálise não constitui uma defesa de que a semiologia médica passe a ser tratada unicamente pelos conceitos advindos da linguística, mas implica lembrar-lhe a sua pertença às práticas humanas e sua vinculação ao campo da linguagem mesmo que seus achados emergjam sob um olhar organicista que constate empiricamente a presença de alterações na anatomia e/ou lesões/disfunções físicas

<sup>9</sup> Segundo o *Dictionnaire de médecine*, a semiologia é a “parte da medicina que trata dos signos das doenças” (Littré & Robin, 1878, pp.1447-1448, em Martins, 2003, p. 18). Para Ferdinand de Saussure, corresponde a uma ciência geral que tem como objeto todos os sistemas de signos (incluindo os ritos e costumes) e todos os sistemas de comunicação vigentes na sociedade.

<sup>10</sup> A semiótica trata da teoria geral das representações, que leva em conta os signos sob todas as formas e manifestações que assumem (linguísticas ou não), enfatizando especialmente a propriedade de convertibilidade recíproca entre os sistemas significantes que integram.

(Dunker, 2021).

Nesse sentido, o lugar ocupado pela psiquiatria no rol das ciências médicas é delicado. Não é sem incorrer em certas violações querer tratar o uso intersubjetivo da linguagem a partir do método científico. Sobre isso, o psicanalista Christian Dunker, no livro *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica*, publicado em 2016, destaca:

É neste ponto que a psiquiatria cruza, desavisadamente, a linha divisória entre a antropologia kantiana e a sua teoria das condições universais de possibilidades do conhecimento, da ação ética e do juízo. Ultrapassada esta fronteira, a anatomia necessária para fundar os parâmetros semiológicos está pronta, acabada e disponível na teoria kantiana da constituição dos objetos. Os fatos clínicos, colhidos pela observação etnográfica, podem agora ser remetidos *positiva e diretamente* às categorias da *Crítica da Razão Pura*, da *Crítica do Juízo* e da *Crítica da Razão Prática* (p. 353).

Ultrapassada essa fronteira a psiquiatria consegue se estabelecer como uma especialidade médica. Vale destacar que a partir do século XIX as ciências médicas passaram por um processo de autonomização que consistia em particularizar a estrutura clínica e suas atividades a partir da definição do objeto de cada área e da positivação social à qual a experiência clínica se submetia. Então, é em relação a esse processo que a psiquiatria tenta forjar-se (Dunker, 2021).

Se a clínica moderna lida com a estabilidade conferida pelo olhar, as figuras da loucura ao se formarem a partir dos fatos de linguagem introduzem o invisível. Na ausência de uma cena enunciativa, o sintoma não se mostra. Com isso, a psiquiatria precisou construir “uma espécie de anatomia universal dos modos de produção da significação” (Dunker, 2021, p. 352). Em outras palavras, recorreram à metalinguagem para erguer uma semiologia. Ironicamente, a psiquiatria padece justamente do que tenta tratar uma vez que, assim como o delírio, a metalinguagem, conforme apresenta Iannini (2013), é um sistema que se dispõe a resolver a ambiguidade e o equívoco da linguagem – obturar o lugar da falta no Outro, em termos lacanianos.

Segundo Lacan (1955-56/1988),

cada vez que a psiquiatria avançou um pouco, foi aprofundada, logo perdeu o terreno conquistado pela própria forma de conceituar o que era imediatamente sensível nas observações. Em parte alguma a contradição que há entre observação e teorização está mais patente. Pode-se quase dizer que não há discurso da loucura mais manifesto e mais sensível que o dos psiquiatras (p. 29).

Nas entrelinhas o que a psiquiatria sugere – e o que ela pratica – é a indicação de um modo como a razão deve ser usada, ou seja, o valor da crítica se torna prescritivo (Dunker,

2021). Clavreul (1983) em sua crítica à ordem médica enfatiza:

Em grande parte, esta ideologia, se confunde com a ideologia dominante. Ela poderia se resumir assim: “o médico (ou o chefe) sabe melhor que você o que convém para o seu Bem. Sua liberdade resume-se em escolher o seu Senhor”. Fórmula na qual a obrigação de submissão é acrescida do ato de alívio que coloca em posição de pedinte aquele que deverá se submeter. Assim, deixa-se a cada um a “liberdade” de recusar a medicina e o médico, mas com o risco de cometer suicídio ou um crime. Derrisão da fórmula: “a liberdade ou a morte”. Quem manteria sua provocação perante a Ordem médica? Seria loucura. E a loucura, ela também, está confiada aos médicos e votada a ser “curada” (p. 31)

A partir desse trecho, me lembrei da provocação que um sujeito me fez durante minha participação no projeto *Psicanálise pra Rua*, que aconteceu em Goiânia ao longo do ano de 2019. Conforme era o acordo, aos sábados, eu e os demais psicanalistas que participavam do projeto, íamos para a Avenida Goiás e, em frente ao Grande Hotel, colocávamos nossas orelhas e cadeiras à disposição de quem quisesse falar e ser escutado. Em um dos dias ali, veio um sujeito já quando os atendimentos do dia haviam sido encerrados. “Fora” do tempo, ele chegou falando sobre a vida, ou melhor, questionando o que era necessário criar para viver. Sua fala tinha um tom de revolta, uma certa irritação que, a meu ver, parecia compor algum protesto importante. Em certo momento, com o olhar sóbrio, disse: “e você doutora, o que é que você faz para se iludir?”

A pergunta construída apresenta uma indicação valiosa: ela afirma a existência de uma atividade própria na produção de engano. Assim, parte da universalidade da construção da ilusão (ou do engano) para evocar o modo particular de se fazê-la, e por isso trata-se de uma pergunta que não altera o valor da crítica porque preserva uma “relação *negativa*, baseada no fracasso da adequação da experiência humana aos limites e condições que definem a sua própria razão” (Dunker, 2021, p. 353). Em outras palavras, a crítica mantém o “valor restritivo, como sugere a expressão *limites da razão*” (Dunker, 2021, p. 353). Trata-se de uma pergunta que não pressupõe uma separação do tipo: iludidos e não iludidos.

Outro ponto interessante é que questionar a ação de um sujeito implica solicitar a ele a construção de uma narrativa em primeira pessoa. Logo, as possíveis intervenções clínicas não têm a ver com “destacar personagens e entender seus movimentos na cena” (Dunker, 2021, p. 353), mas se associa à “interpretação da trama narrativa, ou seja, da relação entre os personagens em torno de tensões, alianças e contrastes, que é o que os define como tais” (Dunker, 2021, p. 353). Disso, podemos destacar que o modo de construção de uma pergunta se relaciona ao que estrutura uma clínica.

Segundo Dunker (2021), a estrutura de uma clínica precisa atender a dois pressupostos:

o do princípio de homogeneidade, que consiste em construir uma semiologia e uma etiologia que respondam ao mesmo paradigma; e o da covariância entre os elementos da clínica, ou seja, é necessária uma relação de interdependência entre a semiologia, a etiologia, a diagnóstica e a terapêutica. Sem esses fundamentos o que se tem é um projeto de clínica, mas não uma clínica. É onde se situa a psiquiatria.

De um paradoxo epistemológico a psiquiatria entra em crise: tentando atender ao princípio da homogeneidade, ela incorre na violação da propriedade da covariância, e, se ela assegura a covariância, ela perde a homogeneidade; ou seja, ao comprovar suas hipóteses se destrói o objetivo da comprovação. É o que nos apresenta Dunker (2021), no seguinte trecho:

Uma semiologia centrada nas reações de um sujeito não pode se conjugar com uma etiologia baseada em substratos anátomo-patológicos. Não que esta ligação não seja possível ou porque a posição idealista seja necessária, mas porque ela implica violação lógica entre pressupostos e conclusões. Isso não quer dizer que a psiquiatria não possa se apresentar como ciência, técnica, experiência ou uma boa descrição regular dos sintomas. Isso apenas diz que ela jamais chegou a se constituir, quanto a sua estrutura, como uma clínica (p. 356).

A cisão com os fundamentos da clínica estabelece correspondência com a impossibilidade de tratar o invisível (a fala de um sujeito e sua relação com o social) pelo visível (funcionamento neurofisiológico), e deixa um percurso histórico que, segundo o autor, se estabelece desde a mudança empreendida por Esquirol – da atitude filantrópica instaurada por Pinel para uma atitude clínica – até a produção de uma crise de identidade quando a psiquiatria se reconhece apenas “como mediadora das relações entre o louco e a sociedade, em meados da década de 1940 (Postel & Quérel, 1993, p. 471)” (Dunker, 2021, p. 360).

Mesmo com os avanços das neurociências, que estabelecem uma teoria empírica do sujeito, o conjunto de procedimentos psiquiátricos e suas relações com um saber baseado em evidências (aos moldes positivistas) ao deixarem de corresponder ao que define uma clínica dão lugar a uma “tecnociência” (Dunker, 2021), que corresponde a uma “absorção mais direta do paciente como objeto para o discurso médico, sem a medição da clínica” (Dunker, 2021, p. 361).

Ainda assim, a psiquiatria se dispõe a tratar, e como não há tratamento que se furte ao laço, é importante destacar que é a partir do discurso capitalista que a tecnociência psiquiátrica se organiza (Dunker, 2021). NO *Seminário*, livro 17, *O avesso da psicanálise*, Lacan se debruça sobre a construção de quatro discursos e mais um que vem a ser a mutação de um deles. O discurso do mestre, o do universitário, o da histérica e o do analista foram suas proposições iniciais a partir do matema dos discursos:

o agente	o outro
a verdade	a produção

*Imagem 2: matema dos discursos.*

Dentro dessa estrutura, será a variação do lugar ocupado pelos elementos (a saber: S<sup>1</sup>, S<sup>2</sup>, \$ e a)<sup>11</sup> que a compõem que dará origem a cada um dos discursos. Assim, temos:

M		U	
$\frac{S_1}{\$}$	→	$\frac{S_2}{a}$	$\frac{S_2}{S_1}$ → $\frac{a}{\$}$
$\frac{\$}{a}$	→	$\frac{S_1}{S_2}$	$\frac{a}{S_2}$ → $\frac{\$}{S_1}$
H		A	

*Imagem 3: os quatro discursos<sup>12</sup>*

Não me deterei em um aprofundamento na teoria dos discursos, apresento-os a fim de situar o leitor em relação aos termos de que me valho aqui para poder seguir na discussão a respeito da localização da tecnociência psiquiátrica em torno do discurso do capitalista e as consequências disso. O discurso capitalista, Lacan (1969-70/1992) afirma se tratar de uma mutação no lugar do saber, entre o discurso do senhor antigo e o do senhor moderno. Em suas palavras:

Seu saber, a exploração capitalista efetivamente o frustra, tornando-o inútil. Mas o que lhe é devolvido, em uma espécie de subversão, é outra coisa – um saber de senhor. E é por isto que ele não fez mais do que trocar de senhor. O que sobra é exatamente, com

<sup>11</sup> A obra lacaniana define S<sup>1</sup> como o significante mestre; S<sup>2</sup> como o significante outro ou o saber; \$ como o sujeito dividido; e “a”, como o objeto causa de desejo.

<sup>12</sup> Nessa imagem foi utilizada a primeira letra de cada discurso para indica-los, assim: M (mestre); U (universitário); H (histórico); e, A (analista).

efeito, a essência do senhor – a saber, o fato de que ele não sabe o que quer (Lacan, 1969-70/1992, p.32).

O que Lacan aponta é que há uma inversão na relação entre o sujeito (\$) e o significante mestre (S<sup>1</sup>), ou seja, se no discurso do mestre o lugar de agente era ocupado pelo significante mestre e o sujeito dividido ocupava o lugar da verdade, no discurso capitalista eles trocam de lugar: o sujeito dividido passa a ocupar o lugar de agente e o significante mestre, o da verdade. Assim,

o sinal da verdade agora está em outro lugar. Ele deve ser produzido pelos que substituem o antigo escravo, isto é, pelos que são eles próprios produtos, como se diz, consumíveis tanto quanto os outros. *Sociedade de consumo*, dizem por aí. *Material humano*, como se enunciou um tempo (Lacan, 1969-70/1992, p. 33).

É possível, a partir daí, considerarmos a emergência – hoje já bem instalada – de um processo de instrumentalização da razão que funciona para, diante da experiência subjetiva, afirmar um modelo de normalidade e capitalizar em cima dele, submetendo a isso a particularidade e a singularidade das produções de um sujeito. Nesse sentido, a tecnociência psiquiátrica tende a resultar em uma prática consumista que substitui as verdadeiras experiências de um sujeito por simples vivências padrão (Dunker, 2021).

Clavreul (1983), em *A ordem médica*, tece uma crítica extensa ao discurso médico. Ele inicia o livro de maneira bem interessante, apontando uma distinção entre os discursos críticos sobre a medicina – para o autor ineficazes, mesmo que correspondam a uma crítica ao campo – e a crítica ao discurso médico. Clavreul considera que é o discurso médico que, por impor sua coerção tanto ao doente como ao médico, deve ser rigorosamente criticado. Partindo daí, escreveu 18 capítulos. Aproveito, nesse ponto da discussão, um trecho de seu primeiro capítulo, intitulado *A ordem médica*. Diz,

A biblioteca do médico não tem, portanto, necessidade de ser abundante. A Bíblia é suficiente. É suficiente que se encontrem os tratados, os compêndios, mais frequentemente os resumos e os manuais, e mesmo os folhetos dos laboratórios farmacêuticos. Seria vão e injurioso deplorar isso. Um estilo conciso, sem vãs considerações, que se inscreve diretamente numa prática é o único que convém aos médicos. Nada os comove mais que um enunciado preciso sobre uma doença, uma indicação terapêutica, um remédio novo. Pois eles não têm tempo a perder e sempre sofrem apenas por lhes faltar um saber utilizável (p. 41).

A discussão que vem sendo feita até o momento, a luz do trecho acima, me faz refletir sobre a importância da literatura em qualquer biblioteca, ousar afirmar. Recordei de uma passagem de Clarice Lispector em *Correspondências*. Ela diz: “até cortar os próprios defeitos

pode ser perigoso. Nunca se sabe qual é o defeito que sustenta nosso edifício inteiro” (p.165). A sensibilidade perspicaz da escritora incide, justamente, sobre a produção de um julgamento acerca do que deve ser corrigido ou eliminado num sujeito. Daí, é possível fazer ao menos três questões: a primeira, o que é um defeito? A segunda, quem é que está dizendo que algo é um defeito? E, a terceira, o que quer dizer apontar algo como um defeito?

Seguindo o fio das lembranças, Barthes aparece. Em *Câmara clara*, ele inaugura o texto contando de seu espanto frente a uma fotografia. Ver, diante de si, o que outro olho – não mais presente em sua materialidade corpórea – viu. “Vejo os olhos que viram o imperador” (Barthes, 1980/2015, p. 13), exclamou com espanto. Essa história nos permite resgatar, de saída, as fissuras por onde o invisível emerge junto ao visível, e seus efeitos na experiência de cada um junto a linguagem – caminho distinto tanto em relação ao paradigma das ciências naturais, como em relação aos atropalhos da psiquiatria.

Por essa via, o espanto pode conduzir à possibilidade de transformação do laço uma vez que disso há a possibilidade de uma mudança discursiva. Schreber, caso célebre para a construção da teoria psicanalítica acerca da psicose, conta que sua primeira motivação para a escrita das *Memórias de um doente dos nervos*, em 1903, fora tentar comunicar a sua esposa o que se passava com ele. Diz:

À medida em que avançava no desenvolvimento do presente trabalho, ocorreu-me a ideia de que ele talvez pudesse interessar a círculos mais amplos. Apesar disso, abandonei-a desde o início porque o seu primeiro motivo foi orientar minha esposa sobre minhas experiências pessoais e concepções religiosas. Esta pode ser também a razão pela qual considerei conveniente sob muitos aspectos dar explicações circunstanciadas de fatos cientificamente já conhecidos, germanizar palavras estrangeiras, etc. (Schreber, 1903/1985, p.31)

Percebendo a si mesmo de modo “infinidamente mais perto da verdade do que os outros homens, que não receberam as revelações divinas” (Schreber, 1985, p. 32), Schreber estabelece o texto das *Memórias* considerando um interlocutor – mesmo que seja mais para o lado de um informe do que para estabelecer um diálogo propriamente. Mas é importante destacar a presença de um endereçamento da sua produção, porque essa é uma questão central para o tratamento em psicanálise já que diz respeito à possibilidade de haver transferência.

No que veio a ser o final de sua vida, Freud publicou um texto intitulado *Compêndio de psicanálise* (1938); trata-se da reunião das principais teses da psicanálise de forma mais concisa. Na parte dedicada à prática clínica, quando aborda a possibilidade do tratamento psicanalítico para psicóticos, escreveu: “descobrimos que temos de renunciar ao experimento de aplicar nosso plano de cura ao psicótico. Renunciar para sempre ou talvez apenas por enquanto, até

que tenhamos encontrado outro plano que lhe seja mais adequado” (Freud, 1938/2017, p.89).

Se Freud admite um limite – e não uma sentença, como há quem possa crer, inclusive dentro do próprio campo psicanalítico – Lacan é quem retoma a questão e constrói um plano clínico para a psicose em psicanálise. Tal reabertura e as possibilidades que ela engendra reiteram a ocorrência do fenômeno da transferência na psicose. Nesse sentido, a transferência aparece como possibilidade em qualquer encontro, muito embora não seja em todo (ou em qualquer) encontro que haja a possibilidade de construí-la. É interessante a torção que isso promove: de uma leitura mais individual – que indica que a ausência de transferência decorre de uma determinada estrutura psíquica – para uma leitura que abarca a relação.

Escrito isso, retorno à história de Barthes para destacar que, tal como foi o interesse de Schreber, ele também buscou por interlocutores. Continuando a história de *Câmara clara*, o autor escreveu que no instante seguinte ao espanto de ver “os olhos que viram o imperador” tentou contar sobre isso aos demais. Mas, diz que, na medida em que ninguém parecia compreendê-lo ou compartilhar da surpresa, essa história foi caindo no esquecimento. A psicanálise, contudo, adverte que o esquecimento é uma das mais poderosas formas da lembrança, e assim, penso que não por acaso, essa é a história que introduz o que veio a ser um livro que conta sobre seu interesse pela fotografia e a pesquisa decorrente disso.

Parece que os trechos tanto da história de Schreber como da de Barthes nos permitem resgatar que “apesar de tudo, dizer visa ser escutado” (Lacan, 1975-76/2007, p. 125). E, talvez, com o acréscimo de que escrever visa ser lido. Freud deu a ver seu interesse por ambos os registros: o da fala e o da escrita; forjando um dispositivo clínico que introduziu uma perspectiva inteiramente nova. Segundo Dunker (2021), “em vez de caminhar pacientemente a partir da semiologia para daí construir uma ligação diagnóstica com as hipóteses etiológicas, ele parte do ponto fraco do sistema: a terapêutica” (p. 362).

A partir do método de pesquisa semiológica de Charcot, Freud, debruçando-se sobre a histeria, pôde convertê-lo em um método de tratamento que ficou conhecido como método catártico: um dispositivo envolvendo a hipnose e que se construiu como um híbrido entre a escuta e o olhar que não é o do médico que quer ver, mas o olhar como um artifício para que, em outro lugar, a verdade possa aparecer (Dunker, 2021).

Posteriormente, o método catártico dá origem ao método de pressão com as mãos, mas, em seguida, Freud decide tirar as mãos de seus pacientes – num movimento contrário ao que acontecia na clínica moderna em que o médico passa a tocar no paciente para examiná-lo. É retirando a mão da testa do paciente que este poderia se lembrar. Situado num outro tipo de hibridismo: entre a sugestão e a hipnose, o método de pressão com as mãos, sobretudo após o

protesto de Emmy Von N.<sup>13</sup>, foi dando lugar à técnica da associação livre (Dunker, 2021).

“A escuta torna-se, assim, a essência desse novo projeto clínico” (Dunker, 2021, p. 363). Vale destacar que a escuta como um instrumento clínico se relaciona a certas particularidades da clínica psicanalítica. Destacarei duas. A primeira, tem a ver com a esquizofrenia entre o ouvido e a escuta, porque não se trata do gesto de ouvir, mas de uma experiência com a linguagem. Em termos menos cifrados, essa escuta está mais próxima da audição musical, em que, ao experimentarmos aspectos da melodia, harmonia, ritmo e letra, nos despertamos para inúmeras imagens, sensações e afetações.

A segunda diz respeito à diferença da escuta psicanalítica para outras escutas. Como escreveu um psicanalista: “uma escuta qualquer um qualquer um faz, está no campo do um. A diferença da escuta do que se espera de um analista está na leitura do que se escuta, está no campo do conjunto” (Neiva, 2019, p. 1)<sup>14</sup>. Isso, por sua vez, destaca a escuta psicanalítica como um instrumento interpretativo e inseparável da ética da psicanálise.

Partindo disso, a interpretação na clínica psicanalítica não é equivalente ao entendimento complacente e nem a um produto da introspecção do analista, mas se relaciona ao acolhimento do sofrimento e à manutenção de um paradoxo que sustenta a posição do analista: o de que é preciso não saber para poder saber – incluindo todos os limites do que ele vem a saber ao testemunhar a fala de seu analisante. Com isso, o sintoma, em psicanálise, torna-se uma representação de que “isso fala. Fala inclusive com os que não sabem ouvir. E não diz tudo, nem mesmo aos que o sabem” (Lacan, 1971/2009, p. 23).

O sintoma tomado a partir de uma realidade linguística constitui-se de “linguagem cuja fala deve ser libertada” (Lacan, 1953/1998, p. 270). Nesse sentido, o que fica em jogo é a dimensão da verdade, e não a da realidade comprovável. Zizek (2011), no livro *Em defesa das causas perdidas*, de 2008, comenta que a aposta de Lacan “é aquela de Pascal: a aposta da Verdade [...] Não correndo atrás da verdade "objetiva", mas agarrando-se à verdade a respeito da posição da qual se fala” (p.21).

Formação de linguagem ligada a fala, o sintoma, então, deixa de ser tratado como uma forma a ser eliminada ou corrigida, e passa a ser interrogado a partir da posição de enunciação e da consideração de que o vínculo entre ouvir e falar acarreta no nível do significante a significação.

---

<sup>13</sup> Emmy Von N. foi uma paciente de Freud, por volta de 1890, que, segundo consta na historiografia da psicanálise, foi a primeira a se incomodar com as constantes interrupções de sua fala nas consultas pedindo a Freud que se calasse e a deixasse terminar o que tinha para lhe contar.

<sup>14</sup> O trecho citado se encontra no ensaio: *Já deu branco; um ensaio sobre a transmissão do pai*, apresentado na Instituição de psicanálise Fazenda Freudiana de Goiânia, no ano de 2019.

Questionar a posição da qual se fala, por sua vez, interessa não só ao manejo a partir da escuta que o analista faz do analisante, mas também à crítica em relação à própria prática do analista e, com isso, o retorno aos fundamentos do campo com possíveis atualizações. É interessante que assim, o próprio método psicanalítico produz a revisão e ampliação do campo, indicando que a psicanálise é “uma clínica que submete sua estrutura a seus próprios pressupostos” (Dunker, 2021, p. 364).

A crítica no sentido apresentado acima, na medida em que nos permite problematizar a direção do tratamento, funciona, também, como uma via indicativa da relação entre a cultura e as produções subjetivas de uma época. Nesse sentido, os tipos de laço e as formas de sofrimento serão lidos à luz do mal-estar, ou seja, como uma forma de desvelamento da repactuação necessária (Rosa, 2016).

A pesquisa que aqui vai sendo contada, carrega, como já mencionei a seguinte questão: que direito tem tido o psicótico à sua subjetividade nos tratamentos oferecidos ao seu sofrimento? Inicialmente, tratei de indicar as diferenças entre a clínica médica – mais especificamente, o projeto psiquiátrico – e a clínica psicanalítica, com o intuito de dispor para o leitor considerações importantes que se relacionam à questão da pesquisa. Agora, pretendo conduzi-lo por um outro caminho, que mantém sua relação com o que o antecede, mas que dirige o olhar para o lugar social destinado ao louco.

Quinet (2009), no livro *Psicose e laço social*, publicado em 2006, aponta para uma referência interessante no que diz respeito ao que certas expressões comuns indicam do tipo de prática e/ou consenso de uma época. O autor relaciona a expressão “louco-varrido” com a localização, na pólis, que os “sãos” destinam à loucura. Em suas palavras,

a interferência do inconsciente a céu aberto desse sujeito se dá na pólis, ao desarranjar os costumes e desacomodar os hábitos da ordem social. No caso da psicose, a via régia do inconsciente é a rua. As loucuras notívagas do sonho são vividas na rua em plena luz do dia. E aqueles que acham que estão acordados varrem os loucos da rua e os trancam nos asilos (de preferência fora da cidade) (p. 47).

Atestar na cartografia urbana o lugar de exclusão destinado ao louco – seja, como afirma Quinet, nos asilos às margens dos centros urbanos, seja em situação de pobreza e desamparo social, como vemos com parte das pessoas em situação de rua – permite, por sua vez, uma inversão na leitura: a cartografia da cidade não assume essa disposição por conta do louco – como se tenta fazer parecer –, mas é o louco que passa a assumir uma imagem que justifique sua exclusão diante da cartografia produzida pelos interesses hegemônicos.

Foucault (1961/2017), em *A história da Loucura*, parte do método arqueológico, para

desvelar os processos da construção de um ente: no caso, a imagem do louco e seu consequente “destino” social e urbano. Trata-se de um trabalho que, tal como o trabalho psicanalítico, não considera um objeto como natural e, sendo assim, faz operar a desconstrução de uma categoria. Ao invés, então, de pensarmos a loucura como um fenômeno que naturalmente produz as categorias que o cercam, Foucault apresenta o modo como, historicamente, a emergência de certas categorias do pensamento esculpiu o lugar e a figura do louco (Foucault, 1961/2017). Como resultado da análise invertida que Foucault nos propõe nesse texto, pude relacionar a naturalização de um ente como um produto de uma operação de colagem entre um representante e uma imagem mediante a supressão da história; isso intensificou o interesse que já tinha acerca da história da loucura no Brasil.

Começo pela mais emblemática. No dia 12 de outubro de 1903 foi inaugurado na cidade de Barbacena (Minas Gerais) o maior hospício do país: o Hospital Colônia de Barbacena. Construído para abrigar e cuidar de cerca de 200 pacientes, o Colônia serviu à detenção de cerca de 5 mil pessoas jogadas à morte ou ao sofrimento. Ali, os internos perderam o nome e a humanidade. A serviço da teoria eugenista, o hospital conduziu uma política genocida que consistia em “livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar” (Arbex, 2013, p. 20).



*Imagem 4: fotografia do Hospital Colônia de Barbacena.<sup>15</sup>*

---

<sup>15</sup> Fotografia retirada do livro *Holocausto Brasileiro*, da jornalista Daniela Arbex, publicado em 2013.

Aquilo que a vista não alcança, deixa de existir? O que contam os não-visíveis? Essa pergunta admite uma discussão importante que diz respeito aos “arredores” do encobrimento de um projeto de extermínio que fora levado a cabo no Colônia. A jornalista Daniela Arbex foi uma das pessoas que empreenderam um importante trabalho no retorno à história do Colônia. Em seu livro intitulado *Holocausto brasileiro* (2013), Arbex construiu um testemunho a partir da voz das testemunhas e dos documentos da época. Segundo a autora,

sessenta mil pessoas perderam a vida no Colônia. As cinco décadas mais dramáticas do país fazem parte do período em que a loucura dos chamados normais dizimou, pelo menos, duas gerações de inocentes em 18.250 dias de horror. Restam hoje menos de 200 sobreviventes dessa tragédia silenciosa (p. 21).

A nomeação de louco surge na história brasileira como um gesto totalmente desconectado da assistência clínica. No Brasil, a loucura se “instala” nas políticas públicas servindo aos interesses de coronéis e latifundiários que enviavam aos presídios ou às Santas Casas de Misericórdia os chamados refugos da sociedade. Em 1841, o primeiro hospício – Pedro II – é instituído por decreto, ainda assim sem qualquer relação com um cuidado médico, psicológico ou assistencial. O Colônia, por exemplo, mesmo sendo intitulado um hospital, até os anos 50 quase não contava com psiquiatras e clínicos por lá (Arbex, 2013).

Franco Basaglia, psiquiatra italiano, foi um dos grandes nomes da luta antimanicomial, que inspirou, em 1973, a criação de uma lei na Itália – vigente até os dias atuais – que estabelecia o fim dos hospitais psiquiátricos. Em julho de 1979, veio ao Brasil para visitar os hospícios do país e, a convite do psiquiatra mineiro Antônio Soares Simone, conheceu o Colônia (Arbex, 2013).

Arbex (2013) relata,

Foi o próprio Simone quem levou Basaglia, de carro, a Barbacena. De temperamento expansivo, o italiano passou a viagem de volta a Belo Horizonte em silêncio. Quando chegaram, seguiram direto para a Associação Médica Mineira, onde o estrangeiro ministraria um curso de psiquiatria social. Ao final da conferência, ele fez um pedido ao brasileiro.

— Simone, eu quero que você acione a imprensa.

O prestígio de Basaglia atraiu toda a mídia para o endereço da conferência na avenida João Pinheiro, a cem metros do Palácio da Praça da Liberdade.

— Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta (p.187).

A repercussão, nos conta a autora, foi grande. Mas é importante destacar que não foi a primeira denúncia que foi feita. Dos nomes que conseguiram uma maior amplitude no espectro das denúncias ao Colônia temos: Ronaldo Simões Coelho (psiquiatra), Francisco Paes Barreto (psiquiatra), Luiz Alfredo (fotógrafo), José Franco (repórter), Hiram Firmino (repórter) e Helvécio Raton (cineasta), cujo filme *Em nome da Razão* (1979) acabou funcionando como golpe de misericórdia nas estruturas do modelo psiquiátrico vigente até então.

Por 23 minutos e 48 segundos, Raton nos conduz pelos interiores do Colônia. Já nos primeiros segundos da filmagem um contraste de vozes e paredes faz repetir para o espectador a presença da clausura. A voz propaga. Escuta-se uma fala e um gemido que assim que termina torna a começar. A parede faz barragem, marca a presença de tudo o que fecha um espaço. Mas ali se fez tela também. Ao longo do passeio da câmera a parede mostra um viés ambíguo: fundou um cárcere, mas foi usada para alguma saída.



*Imagem 5: para que servem as paredes?*<sup>16</sup>

O que é um desenho? Pergunto. Recordo de algumas experiências em análise em que o desenho ajudou a falar melhor: “falar no fio da fala”, como escreveu Lacan (1957-58/1999, p.33). Retorno ao filme e olho para os traços nas paredes. Alguns “terminam” em formas

<sup>16</sup> Imagem retirada do filme *Em nome da razão*, Raton (1979).

reconhecidas: um sol, uma estrela, um rosto sorrindo; outros, é mais difícil inferir a que se referem, são conjuntos e caminhos de linhas. Ocorre que, reconhecidas ou não as formas representadas em um desenho, o que ele permite é a percepção da fissura entre mostrar e revelar.

*Em nome da razão* é um filme que, ao mostrar a realidade para a loucura, nos revela outro olhar. A câmera enfatiza os excessos da razão. Quando deixa o espaço interno do Colônia e intercala as cenas dos arredores da cidade (Barbacena, MG), a voz de um narrador aparece e diz: *o hospital psiquiátrico funciona como um depósito, para cá vêm os improdutivos de uma maneira geral, os inadaptados, os indesejáveis e os desafetos. Todos aqueles que por um ou outro caminho se desviam daquilo que chamamos normalidade* (Ratton, 1979).

Ao deslocarmos do olhar que a razão lança sobre a iconografia da loucura para o olhar para a própria razão, há uma mudança de enquadramento – na verdade, mais do que isso, encontramos aí a possibilidade de *enquadrar o enquadramento* (Marquez, 2021)<sup>17</sup>. Assim, algo se arruína diante do que se torna evidente: a cena não contém de fato aquilo que retrata; daí a realidade do paciente do hospital psiquiátrico – o psicótico, ou a fenomenologia da/na loucura – passa a revelar o quão delirante é o projeto racional acerca da normalidade em nossa cultura e o quanto, em nome dele, nos aproximamos da barbárie.

Rosa (2016), em *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*, se apoia na tese de Giorgio Agamben – retirada da tese benjaminiana – de que a política moderna tem como paradigma o campo e o estado de exceção que o institui. Em suas palavras,

a estrutura discursiva que organiza o poder e a ficção jurídica, sustentáculos do Estado moderno, é aquela que deu as condições para que os campos de concentração existissem. Por essa razão, há diferentes experiências políticas modernas e contemporâneas que, sem desmerecer o valor de suas especificidades, são expressões da mesma estrutura biopolítica (para usar a palavra cara a Foucault, também retomada por Agamben) (Rosa, 2016, p.91).

A história do Colônia serve como símbolo disso. *“Incapazes de suportar as diferenças, demonstramos no hospício todo o nosso poder de opressão”*, diz, em outro momento, o narrador do filme de Ratton (1979). Isso não é sem uma estrutura discursiva que permita a barbárie na e pela cultura. Freud, em textos como *Totem e tabu* (1913), *O mal-estar na*

---

<sup>17</sup> Renata Marquez é professora associada da Escola de Arquitetura e Design e professora parceira da Formação Transversal em Saberes Tradicionais na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Recentemente (2021) publicou o ensaio *Quase-etnógrafa-etc*, em que discute as práticas de aliança, que são aquelas que se desdobram do encontro com mestres e mestras integrantes da Formação Transversal em Saberes Tradicionais (UFMG), a luz da reflexão crítica a partir da antropologia “acerca das assimetrias estruturais dos encontros com aqueles e aquelas que fomos treinados a chamar de “outros” (p.2). Nesse texto a autora se vale do termo *enquadrar o enquadramento*.

*civilização* (1930), *Por que a guerra?* (1933), *Moisés e o monoteísmo* (1939), entre outros, nos conta sobre a violência nos processos da cultura: longe de significar a evolução da história, a cultura é o lugar do conflito, onde inclusive os gestos bárbaros e o próprio estado de guerra (aquele em que a palavra perde a sua função de mediação) podem se legitimar dentro de uma narrativa e do que ela ambiciona em produzir como história. Não por acaso, me lembro da historiadora Lucille Ritvo que, em 1975, em uma conversa com Lacan durante a conferência apresentada por ele na Universidade de Yale (EUA), afirmou: “a história diz respeito a tudo o que as pessoas estão dispostas a pagar para encontrar escrito como história” (Lacan, 1975/2016, p.32).

A história do Colônia indica que em nome da razão nossa sociedade se dispôs a pagar por um holocausto – fazendo referência ao filme de Ratton (1979), *Em nome da razão*; e ao título do livro de Arbex (2013), *Holocausto brasileiro*, respectivamente. Uma história que, a meu ver, mostra um projeto do “racional” a serviço e se valendo das estruturas discursivas do Estado moderno, tal como Rosa (2016) descreve.

Desde sua gênese, a psicanálise envolve – entre outras coisas – uma prática de lembrança a partir da fala como um exercício. Em *Construções em análise*, Freud (1937/2017) apresenta a recordação como uma via para a suspensão [*aufhebe*] do recalque e, assim, para a possibilidade de tratar os substitutos<sup>18</sup> produzidos pelo que há em esquecimento na história do analisante. Nesse sentido, poder tomar o campo social como cena, como propôs Rosa (2016) no referido livro, nos permite refletir a respeito da produção de violência e de exclusão nos laços sociais de modo análogo, ou seja, como produtos do que há em esquecimento na história do processo civilizatório.

Tal como o arqueólogo, trabalha o psicanalista – segundo a metáfora freudiana –, e, a meu ver, tantos outros que, nos diversos campos de saber, promovem, produzem e interrogam trabalhos de (re)construção das memórias. Aqueles que de algum modo fizeram um registro do que testemunharam no Colônia – seja a partir dos desenhos nas paredes, da escrita de cartas ou livro, da fala nas conversas, para a imprensa ou para os órgãos públicos, da fotografia ou do cinema – fundaram um arquivo-vivo. O “vivo” se liga à palavra acervo por um hífen porque não quero usá-lo como um adjetivo; preferindo forjar um substantivo composto incorro num ato de nomeação, que considero uma saída melhor para o que foi a minha experiência de leitura desse arquivo; da conversação possível entre minha pesquisa e ele; e do que me pareceu um conjunto de atos que fazem referência ao que a fala de um dos pacientes do Colônia ao cineasta

---

<sup>18</sup> Em *Construções em análise*, Freud (1937/2017) indica como substitutos do esquecido os sintomas e as inibições atuais do analisante.

Helvécio Rattón captou muito bem: *Sei o que vocês estão fazendo. Tirando foto de todo mundo. Assim, quando a gente morrer, as pessoas vão saber que estivemos aqui* (Arbex, 2013, p. 196).

## Distensões

*Meu próprio tempo em lascas: um pedaço de memória,  
essa coisa não escrita que tento ler;  
um pedaço de presente, aqui, sob meus olhos, sobre a branca página.*

*Georges Didi-Huberman (do livro Cascas)*

Retornando às memórias do estágio, me lembro do clima quente e seco típico do mês de Agosto em Goiânia. A sala 402 tinha dois ventiladores, um tanto barulhentos, e algumas janelas sem vista. Um vento meio morno percorria cadeiras e corpos. Ali assisti às aulas de psicopatologia clínica. Eram dois encontros semanais que beiravam quase duas horas cada. No início, ambos aconteciam lá, na sala 402, depois, alternavam com a clínica psiquiátrica. Teoria e prática – mas com a prática a serviço da teoria. Isso traz diferenças.

Divididos em seis grupos de quatro alunos, deveríamos escolher uma entre as várias fichas de pacientes da instituição para convidar o escolhido a uma entrevista semiestruturada que visava um sobrevoo pela sua história de vida. Nossa escuta seguia um roteiro que não era o traçado pela fala do paciente. Amnésia; alucinação; fabulação; agnosias; catatimia... palavras que nomeiam alterações psíquicas geralmente fazendo desaparecer a narrativa criada. Ali, a entrevista ou anamnese dava mostras do exercício de vincular um sujeito a uma identidade, para dar sustentação a um modelo de tratamento “físico-moral” (Machado, 1978, em Portocarrero, 2002, p. 8) reproduzidor de um prognóstico viciado: uma vida de internações e de doses de medicamento cada vez maiores.

Se já ouviram falar de um aforismo do filósofo Georg Lichtenberg – citado por Lacan em *Função e campo da fala e da linguagem* – certamente não o aprovam. O aforismo diz que “um louco que se imagina príncipe só difere do príncipe que efetivamente o é pelo fato de aquele ser um príncipe negativo, enquanto este é um louco negativo. Considerados sem seu sinal, eles são semelhantes” (p. 281). Ou seja, ambos são determinados pela relação entre e com o significante. Nesse “entre significantes”, o sujeito, e no “com o significante”, o laço.

“Coisas e palavras sangram pelas mesmas feridas” (Paz, 1956/2012, p. 37). A linguagem dá forma à arquitetura psíquica, faz recortes, buracos, saliências e bordas no corpo. Na fenda [*Spaltung*], uma brecha para que o sujeito possa entrar em cena: brincando com os significantes a partir dos sons e da letra. Daí, no que diz respeito aos processos humanos, a psicanálise lacaniana aponta que não há nenhuma significação natural. O que há para o homem, propriamente, é o rasto, “no que ele comporta de negativo” (Lacan, 1955-56/1988, p.196), ou seja, tanto como sinal da ausência do objeto, como remetendo a um outro sinal, o que permite

várias significações.

Na psicose o que fica justamente comprometido é o deslizar das significações. Na significação o sujeito psicótico supõe que o sentido nasce junto com a frase e “tem existência independente de sua vontade. O sistema é hermético, a língua é em si” (Roman, 2012, p. 11). Na química, um sistema hermético é aquele que se encontra totalmente fechado, que não permite a comunicação com nenhum outro sistema. Mas há um outro sentido para o hermético: aquilo que se mostra de difícil leitura; enigmático; e esse último aponta para as relações com um texto, então uma escrita, uma fala e, sobretudo, um autor.

Sentidos distintos que conduzem a escutas opostas. Se se escuta uma fala sob a primeira perspectiva, de saída, não há possibilidade de laço porque já se considera a inexistência de uma comunicação possível e, certamente, essa posição conduz a uma prática clínica também hermética nesse sentido. Uma escuta do Um. Já no segundo sentido da palavra, pressupõe-se o enigma (e não um fechamento), o que, por sua vez, torna possível alguma transmissão e transcrição. Sendo assim, mesmo que se esteja diante de uma fala que pouco ou nada deslize nos significados, a escuta pode promover outras formas de deslizar.

Verano (2006) em seu livro falado: *Psicanálise, o nascimento da clínica*, diz:

É muito curioso que alguns psicóticos cheguem a ir para a análise. E o próprio fato de o psicótico procurar análise mostra que já existe um furo aí e que, certamente, já existe um sofrimento na base disso. Mas, de todo modo, quando chega a procurar análise, ele chega para comunicar um saber. Nisso ele é diferente do neurótico, que vai para a análise porque quer saber. O psicótico não [...] agora fica essa questão: por que veio então? Se isso for bem questionado, esse sujeito pode entrar em análise, ainda que, na verdade ele venha para comunicar um saber (p. 26).

Na experiência do estágio seguimos pela contramão: não fomos buscados por aqueles que lá estavam, fomos nós que selecionamos algumas das fichas presentes no arquivo da clínica para convidar à entrevista. Felizmente a transferência implica a direção da voz – mesmo quando a voz do Outro impera. Então nosso convite, ainda assim, poderia ser declinado pelo paciente. Diferente de sua ficha, ele poderia não (nos) topar. E vice-versa, já que o encontro com uma ficha é nada frente ao encontro com aquele que empresta seu nome a ela – sobretudo nesse tipo de ficha, preenchida por outros que não ele.

Na primeira visita fomos conhecer o lugar. Pegamos a BR em um dos sentidos que permitem sair da cidade. O estágio era uma viagem? Os ouvidos estavam cheios... as frases que antecederam esse dia atravessavam o olhar do caminho. Sem nos darmos conta, nós já havíamos feito uma ida antes mesmo de chegarmos lá. Daí, somente aquilo que foi capaz de tocar a curiosidade de cada um poderia promover o interesse para além do que nos foi dito.

“Cuidado, eles podem te bater”, disse um colega em tom expressivo. “Não usem nenhum tipo de acessório”; “não entreguem canetas ou demais materiais caso peçam”; “não fiquem conversando no pátio”; “vão e façam a entrevista, se vocês seguirem isso não vai ter problema”; “vocês não precisam ter medo”; “pode acontecer deles ficarem agressivos, mas se vocês seguirem o que estamos falando aqui não vai acontecer nada” [...]. Quando me lembro dessas frases e as encaro escritas sob o papel, me pergunto que tipo de conhecimento sensível elas transmitem. A qual enquadramento pertencem? Que tipo de memória conservam? Será que seu uso reconhece estar submetido às leis da linguagem?

As palavras fundam a pertença, indicam lugares, veiculam imagens e encenam a vida daquilo que não se sabe que sabe (como disse Freud, em algum lugar). “É o mundo das palavras que cria o mundo das coisas” (Lacan, 1953/1998, p. 277), afinal. Certo dia, em uma das aulas de psicopatologia, interroguei sobre o posicionamento da psicologia em relação à crítica ao método de construção da semiologia e da etiologia psiquiátrica. O que me intrigava era a impressão de uma complacência da psicologia com o estatuto de verdade do discurso psiquiátrico. Parece que aos poucos ia me dando conta da dificuldade de haver ali algum lugar para a questão do sujeito. A partir do enquadramento que se dava à psicose nas aulas, revi o olhar que Bleuler lançou sobre os esquizofrênicos quando afirmou: *Reden aber sagen nichts* – falam, mas nada dizem<sup>19</sup>. Novamente, senti um estranhamento com o que parecia ser um jeito pouco reflexivo de trabalhar com os conceitos de normal e patológico.

Canguilhem (1966/2020), em *O normal e o patológico*, dedicou-se à especulação filosófica sobre alguns dos métodos e das conquistas da medicina. Diante do problema geral do normal e do patológico, o autor limita sua discussão ao que diz respeito a nosologia somática, ou fisiologia patológica. Muito embora, se valeu de dados da psicopatologia para elucidar as questões que se apresentam e tenha trabalhado com a perspectiva histórica da medicina – não na pretensão de ocupar o lugar de um historiador da medicina, mas por concordância com Henry Sigerist – historiador da medicina do século XX – ao dizer que “a medicina [...] é uma das ciências mais intimamente ligadas ao conjunto da cultura, já que qualquer transformação nas concepções médicas está condicionada pelas transformações ocorridas nas ideias da época” (Canguilhem, 1966/2020, p. 62).

Correlata ao momento histórico-cultural, as teorias em medicina foram (e continuam) passando por revisões e mudanças. A medicina do século XIX se distingue da dos séculos anteriores por seu caráter monista, ou seja, por partir do pressuposto de que não há realidade no

---

<sup>19</sup> Tradução feita por Martins (2005), p. 246.

mal e, assim, integrar o que, anteriormente, se apresentava separadamente. Isso significou que a partir do corte – importante em certo sentido – que os valores iluministas e positivistas fizeram com o animismo e com o vitalismo que orientavam uma medicina dualista, houve o rompimento com um certo maniqueísmo médico em que “A Saúde e a Doença disputavam o Homem, assim como o Bem e o Mal disputavam o Mundo” (Canguilhem, 1966/2020, p.62). Ocorre que, com isso uma outra consequência – menos interessante – se produziu: uma espécie de convicção otimista racionalista que descarta qualquer existência do mal (Canguilhem, 1966/2020).

Destaco, partilhando da ponderação de Canguilhem, que a relação entre doença e mal nada tem a ver com as leituras moralistas que associam a doença a algum tipo de pecado ou coisa do demônio – no sentido pejorativo dessas palavras. O que o autor critica a partir da recusa da realidade do mal nas teorias médicas do século XIX é que, assim, elas deixam de qualificar as patologias, de encontrar outras formas de funcionamento para o organismo. Em suas palavras,

Só porque o mal não é um ser não se deve concluir que seja um conceito desprovido de sentido, ou que não existam valores negativos, mesmo entre os valores vitais; não se pode concluir que, no fundo, o estado patológico não seja nada mais que o estado normal (Canguilhem, 1966/2020, p. 63).

A conformação da doença à normalidade, ligada à ideia de saúde, é encontrada na ciência da fisiologia, postulada por Claude Bernard<sup>20</sup>. Ali, o pressuposto da homogeneidade, e da continuidade entre o normal e o patológico, é o que possibilita a base de uma terapêutica. O problema, então, se expressa nos efeitos “puristas” em relação à ampliação e renovação da teoria. A existência de achados fora do exercício teórico, técnico e pragmático se torna pouco relevante, sem falar que daí costuma falhar a lembrança de que a ciência é ultrapassada pelo poder (Canguilhem, 1966/2020).

Foi o campo psiquiátrico que, dada a proximidade com a filosofia a partir da relação mais estreita com a psicologia, conseguiu estabelecer algum tipo de revisão do tema – normalidade e patologia – em sua própria disciplina; muito embora, já tenhamos discutido aqui que, no que diz respeito à fundação de uma prática clínica, a psiquiatria não conseguiu se estabelecer.

Ainda assim, vale trazer as contribuições feitas pelo campo psiquiátrico à luz do levantamento e das críticas de Canguilhem (1966/2020), uma vez que auxiliam na discussão

---

<sup>20</sup> Claude Bernard (1813-1878) foi um médico e fisiologista francês cujas contribuições serviram para assentar a fisiologia moderna. Seu interesse dirigiu-se “do normal para o patológico, com a finalidade de uma ação racional sobre o patológico, pois é como fundamento de uma terapêutica em franca ruptura com o empirismo que o conhecimento da doença é procurado por meio da fisiologia a partir dela” (Canguilhem, 1966/2020, p. 13).

sobre o normal e o patológico, contribuindo, também, com a construção de um olhar crítico para a “imagética do papel e do poder do médico” (Clavreul, 1983, p.30). Esse último ponto é importante na medida em que o discurso médico, na nossa cultura, sustenta o monopólio das práticas de cuidado e carece de discussões acerca da ética e da função social da medicina. Segundo Clavreul (1983), “pode-se discutir, sim, os resultados da medicina, mas discute-se “cientificamente”, “tecnicamente”, apoiado por cifras” (p. 30). E, nesse cenário, reconhecemos que, atualmente, o discurso psiquiátrico é hegemônico na prescrição de tratamentos para o sofrimento psíquico.

A psicose faz furos no saber da fisiologia. É uma tradução possível do pensamento do psiquiatra e psicanalista francês Daniel Lagache (1903-1972) acerca do enquadramento que a fisiologia tenta fazer sobre a psicose. Segundo Canguilhem (1966/2020), para Lagache a imprecisão em relação à precipitação de uma psicose e o caráter obscuro de sua fisiopatologia e anatomopatologia demandam outra compreensão acerca dos fenômenos mórbidos. Contrariando, inclusive, algumas teses da psicologia geral, Lagache afirma que, além de a patologia não representar o oposto simétrico da normalidade, ela partilha de organizações estruturais que produzem no vocabulário psicopatológico expressões que não encontram correspondência na psicologia normal.

Destacar a existência de um vocabulário da psicopatologia sem correspondência com o da psicologia normal coloca em crise a relação de paridade entre a alienação e a doença. Contudo, foi uma crise que, dentro do campo psiquiátrico, indica um desvio em relação ao olhar dispensado para o objeto, mas não implicou a transformação desse olhar haja vista o que venho destacando aqui acerca do lugar social destinado ao louco e da forma que os tratamentos para a loucura assumem.

Continuando pelo caminho que Canguilhem (1966/2020) estabelece em seu texto, há as contribuições do psiquiatra francês Eugène Minkowski (1885-1972). Minkowski era um crítico da redução da alienação à doença. Olhava para o alienado sob o ângulo da diferença, “‘ser de modo diferente’, no sentido qualitativo da palavra” (Canguilhem, 1966/2020, p. 73). Em suas palavras,

é pela anomalia que o ser humano se destaca do todo formado pelos homens e pela vida. É ela que nos revela o sentido de uma maneira de ser inteiramente ‘singular’, e o faz primitivamente, de um modo muito radical e impressionante. Essa circunstância explica por que o ‘ser doente’ não esgota absolutamente o fenômeno da alienação (Minkowski, 1938, p. 77, em Canguilhem, 1966/2020, p. 73).

O conceito de normal, entretanto, seguiu sem grandes alterações nas proposições de

Minkowski – era, inclusive, bastante próximo, se não o mesmo, do utilizado pela medicina das doenças orgânicas. A isso, a crítica de Canguilhem (1966/2020) é pontual: “em matéria de patologia a norma é, antes de tudo, uma norma individual” (p. 74), ou seja, a orientação não é no sentido que vai de uma norma geral para a definição da patologia individual; mas o contrário alterado: da patologia para a definição da norma individual.

Segundo a etimologia, norma vem do latim e significa esquadro. Indica, então, uma mensuração capaz de representar uma forma. Talvez, por isso, admita, também, regra como outro significado. Canguilhem (1966/2020), num exame crítico do termo, retoma o entendimento filosófico de normativo, a saber: um exercício constante do julgamento que qualifica ou aprecia uma ocorrência em relação a uma norma subordinada a quem a institui. Por essa via, o autor nos apresenta um paradoxo: aquele que é capaz de vir a reconhecer uma norma é o mesmo que a instituiu.

De norma deriva a palavra normal. Segundo o *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, de Lalande (1902), o normal diz respeito àquilo que é isento de inclinação, a justa medida capaz de conservar o meio termo; para Canguilhem (1966/2020) daí derivam dois sentidos que fundam uma equivocidade problemática: o normal como fato e como valor. O normal como fato se liga ao sentido mais usual da palavra: “o que se encontra na maior parte dos casos de uma espécie determinada ou o que constitui a média ou o módulo de uma característica mensurável” (Canguilhem, 1966/2020, p.79). Já o normal como valor, traduz-se como “aquilo que é como deve ser” (Canguilhem, 1966/2020, p.79). Logo se percebe que esses dois sentidos, além de não coincidentes necessariamente, podem conduzir a caminhos opostos.

Em relação ao primeiro – e mais comum, segundo o referido autor –, o caráter quantitativo se destaca; um tipo de descrição se estabelece e dela é possível produzir uma estatística que será agenciada pelas narrativas majoritárias. Ao tomarmos uma fala por essa via, certamente, o que se faz é enquadrá-la em determinada moldura, operando de modo a incluir ou excluir o sujeito que a produziu. Aqui, podemos fazer uma referência à política como ideologia, como tentativa do Um, ou seja, ter o poder é partir da premissa do Um. Sua figura é o círculo, uma vez que, sob um único centro que vem a representar a verdade, aqueles em concordância estão dentro, já os dissidentes e dissonantes ficam de fora. “Dentro” não há lugar para a diferença.

Em relação ao segundo sentido de normal, indica-se a emergência de algum reconhecimento que torna esperada certa tendência da resposta produzida diante das alterações promovidas por um acontecimento. Aí não fica evidente uma primazia quantitativa ou qualitativa. O exercício descritivo compõe parte desse reconhecimento, mas estando

subordinado a uma construção narrativa, que pode ou não romper com o estabelecido biologicamente, socialmente ou culturalmente, num determinado momento histórico. Assim, tomar uma fala por esse caminho permite uma inversão: questionar as convenções instituídas em suas relações com a subjetividade de sua época, ao invés de, chapando o sujeito numa estatística ou num conceito, enquadrá-lo como um problema sem enredo. Aqui, a referência é à política propriamente dita, aquela em que há a inclusão da diferença. Sua figura é a elipse, que se forma a partir de dois centros e, assim inclui a diferença que, na figura do círculo, estaria situada de “fora”.

Segundo Rosa (2016), é evidente em nossa cultura que quando o sentido da vida e a historicização do sujeito apontam para “a diferença e pertença a um lugar social às margens dos ideais dominantes, são manipuladas como fruto de insuficiência individual, patologizada ou criminalizada” (p.97). Por isso, qualquer terapêutica (psiquiátrica, psicanalítica ou psicológica) coordenada em meio à ausência de uma reflexão crítica do par normal e patológico incorre numa atividade normativa que, politicamente, reitera os ideais e interesses dominantes.

No momento do estágio não me dava conta da extensão e da importância dessa discussão. Só hoje percebo que as dúvidas e os estranhamentos que tinha na época me serviram como uma possibilidade de colocar em questão o olhar dispensado para o louco, para o que se chama de normal; reservar uma desconfiança salutar para a escuta, na medida em que foi possível me indispor com uma ontologia naturalista; e recusar que a experiência se submetesse à reprodução da teoria. Em relação a esse último ponto, vale destacar que, sendo a teoria o produto mais refinado da prática, exige compreendê-la, também, como projeto político. Não por uma atribuição naturalista em seu fazer, mas porque orienta uma prática em relação com a cultura em determinado momento histórico; se sustenta a partir de alguma das modalidades de discurso – universitário, do mestre, da histórica, do analista ou do capitalista – e, segundo Lacan, opera nas linhas de forças do campo social promovendo intervenções no laço capazes de subverter, reiterar, regular ou dissolver os pactos forjados.

A discussão que Canguilhem estabelece em *O normal e o patológico*, como já mencionado aqui, compreende a discussão no que diz respeito à nosologia somática, ou fisiologia patológica. Nesse sentido, a psicopatologia foi considerada a fim de contribuir na elucidação das questões que surgiam; talvez por isso haja, na obra, algumas referências diretas à psicanálise, mas sem uma discussão detalhada das proposições que são citadas.

A presente pesquisa, por sua vez, parte do campo psicanalítico para abordar as discussões possíveis acerca do normal e do patológico. Sendo assim, considero interessante abordar alguns pontos do percurso de Lacan na medida em que aquilo que produziu – desde os

tempos como psiquiatra, até os como psicanalista – em decorrência dos atendimentos e dos estudos teóricos contribuem para essa discussão e, quiçá, para alguma transformação do olhar do meu leitor.

Em 1932, ainda um tanto distante da psicanálise freudiana, Lacan defendeu, na psiquiatria, sua tese de doutorado: *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade*<sup>21</sup>. Ali, discutiu as principais questões da psiquiatria de sua época, sobretudo o que diz respeito ao impasse produzido pelo conceito “doença mental”, que dividia o campo entre os partidários da corrente da organogênese e os da psicogênese. Segundo Aires (2016):

podemos ler a *Tese* lacaniana como uma retomada da situação geral da psiquiatria em relação aos conceitos de paranoia e de personalidade, uma discussão – ou melhor dito, uma tomada de posição – frente à dualidade doutrinária da psiquiatria e a proposição de um novo método que implicará o reconhecimento da paranoia de autopunição como uma nova categoria psiquiátrica (p. 39).

A nova categoria promoveu a indistinção entre a normalidade e a patologia. A partir da inclusão da paranoia pelo conceito de personalidade, Lacan apresenta a psicose (inicialmente as que não tinham fundo orgânico) sob uma via que coloca suas manifestações sintomáticas (delírio) como um produto homólogo à personalidade, e não como “um processo mórbido que introduz algo de heterogêneo ou de novo” (Aires, 2016, p. 24).

Seguindo o método de Jaspers (1883-1969) – que consistia em eleger um caso para que, com um estudo rigoroso da vida do paciente, ele servisse como protótipo para a classificação de casos análogos – Lacan escolhe *Aimée*, mulher aspirante do mundo das letras. Na abertura do capítulo reservado ao caso, escreve:

escolhemos, pois, o caso que vamos relatar agora por duas razões. Primeiro, em virtude de nossa informação: observamos, quase cotidianamente, essa doente durante cerca de um ano e meio, e completamos esse exame por todos os meios oferecidos pelo laboratório e pela pesquisa social. O segundo motivo de nossa escolha é o de caráter particularmente demonstrativo do caso: ele corresponde, com efeito, a uma psicose paranoica, cujo tipo clínico e cujo mecanismo, a nosso ver, merecem ser individualizados. Tanto um quanto outro nos parecem dar a chave de certos problemas nosológicos e patogênicos da paranoia e, em particular, de suas relações com a personalidade (Lacan, 1932/2011, p. 145).

O projeto lacaniano visava o processo de individuação a partir das dinâmicas de socialização, propondo uma *gênese social da personalidade* (Safatle, 2018, p.20). Com isso, o sentido do termo normal como fato – tal como trouxe a partir de Canguilhem (1966/2020) –

---

<sup>21</sup> Nos demais momentos em que estivermos nos referindo a esse texto grafaremos apenas *Tese*.

não funcionava para Lacan como um orientador clínico; dando ênfase para a “história vivida do sujeito”, ou “história psíquica”, ele engendra outra teoria para a causalidade psíquica que conduz a uma forma de considerar o eu e a realidade em estreita relação e, portanto, os descompassos entre eles deixam de ser exclusivos dos casos patológicos. Daí produz uma importante inversão: compreende que “é o conhecimento humano, em geral, que se comporta de uma maneira mais ou menos patológica” (Simanke, 2002, p. 152, em Aires, 2016, p. 88), e não o psiquismo em si.

Defendida a *Tese*, a aproximação com a psicanálise começa a ganhar mais força. Inicialmente, seguiu mais próximo do que se conhece como a psicanálise do Eu. Insaciável – e talvez, um tanto incomodado – Lacan se lançou nos encontros com Kojève que, entre 1933 e 1939, ministrava um curso sobre a *Fenomenologia do Espírito* (Helgel, 1807). Com isso, pôde formular uma teoria do desejo “capaz de fornecer o fundamento para sua ideia de uma ciência da personalidade enquanto solo de orientação da análise das patologias mentais e de uma clínica de moldes psicanalíticos” (Safatle, 2018, p. 31).

Foi por volta dos anos 50, a partir do contato com o inconsciente estrutural de Lévi-Strauss, que Lacan empreende um retorno ao inconsciente freudiano. Daí em diante a noção de inconsciente ganha a centralidade de sua teoria, mas seu estatuto advém do estruturalismo (Safatle, 2018). Isso implicou a reabertura das perspectivas clínicas, em psicanálise, para a psicose.

Do trajeto empreendido até aí, Lacan segue numa dissonância cada vez maior com o campo psiquiátrico, até os seminários apresentados de 1955 a 1956, que representam o racha definitivo. Nesses seminários, dedicou-se especificamente ao tema da psicose, investigando-a com base no estatuto de linguagem, ou seja, foi a partir da relação do sujeito com o significante que Lacan buscou conceituar aquilo que pudesse distinguir os fenômenos próprios da psicose.

Outro ponto importante nesses seminários diz respeito a indicação de que o exercício clínico centrado no entendimento parte do equívoco de tomar o significado como o objeto ou a coisa. Sobre isso, foi enfático:

esta observação que eu lhes fiz da última vez, segundo a qual o compreensível é um termo sempre fugidio, inapreensível, é surpreendente que ela nunca seja pesada como uma lição primordial, uma formulação indispensável para aceder à clínica. Comecem por não crer que vocês compreendem. Partam da ideia do mal-entendido fundamental. Aí está uma disposição primeira, na falta da qual não há verdadeiramente nenhuma razão para que vocês não compreendam tudo e não importa o quê. Tal autor lhes dá tal comportamento como um signo de inafetividade num certo contexto, alhures será o contrário. Que se recomece sua obra após ter-lhe acusado a perda, pode ser compreendido em sentidos completamente opostos. Faz-se o apelo de modo perpétuo a

noções consideradas como estabelecidas, quando de modo algum elas o são (Lacan, 1955-56/1988, p. 31).

O mal-entendido, nesses termos, coloca em relevo a diferença entre signo e significante. O primeiro diz respeito a uma convenção, “se presta a uma significação social, produzindo certas colagens com a significação” (Starnino, 2016, p.235); já o segundo, nas palavras de Soler (2004), é

todo elemento discreto, isolado e combinado a outros elementos igualmente discretos e isolados, suscetíveis de serem tomados por um sentido ou significado. [...] isto pode ser muito bem uma imagem, até mesmo um gesto. Uma bofetada, por exemplo, evocada certa vez por Lacan, pode ser um significante, desde que entre em uma estrutura combinatória de representações. Um elemento dito somático, uma dor corporal, uma conversão histérica como muito bem analisou Freud, também são elementos significantes (p. 53, em Starnino, 2016, p. 233).

A diferença entre eles, em psicanálise, alude à posição ético-política de Freud, quando diz da “dimensão impossível das modalidades de laço social – analisar, educar e governar” (Rosa, 2016, p.91). Em outras palavras, é uma diferença capaz de indicar que a resistência que os resíduos do inconsciente oferecem a tais práticas impossibilita que o significante seja integralmente alçado como signo; sendo assim, apresenta uma dimensão de incompletude que, de acordo com Rosa (2016), “limita a possibilidade de dominar, de escravizar ou de normatizar e adaptar plenamente a ideais ou a modelos sociais. Essa é a radicalidade com que a dimensão inconsciente subverte o laço social e sua política ao incluir a dimensão ética” (p.91).

Escritos os parágrafos anteriores, me pego, novamente, refletindo sobre o olhar e o enquadramento. Partir de uma posição ético-política que considera o sujeito e os efeitos de sua inserção no laço social implica em resguardar o direito à subjetividade. Isso possibilita ao clínico – no caso, o psicanalista – interrogar a sua relação com a ideia de conceito e com os conceitos do campo; interrogar o modo como lê a conjuntura social, e as possíveis relações entre a função que desempenha e o lugar social que ocupa em determinada cultura.

Freud, no *Caso Dora*, escreveu que “a natureza das coisas que formam o material da psicanálise faz com que, em nossas histórias clínicas, tenhamos de dar a mesma atenção às condições puramente humanas e sociais dos pacientes que aos dados somáticos e sintomas patológicos” (Freud, 1905/2016, p. 187-188). Com isso, reintroduzimos, aqui, aquilo que Althusser (1964/1991) se propôs a discutir no artigo *Freud e Lacan*, e que nas palavras de Rosa (2016) comparece na seguinte pergunta: “em que medida as origens históricas e condições socioeconômicas do exercício da psicanálise não repercutem na teoria e na técnica?” (p.90).

Com essa questão, sigo com a discussão e com a indicação de que a implicação do clínico com os atravessamentos entre sua prática e o campo social permitem não só a atualização do método, como a oportunidade de aprofundar os fundamentos e ampliar a teoria.

## Caminhos

*“toda crítica filosófica tem como início uma análise da linguagem”*

(Octávio Paz em *O arco e a lira*)

Chegamos à clínica. Ali foi um outro encontro com a psicose – bem mais interessante do que o que a precedeu nas aulas. O terreno da clínica era dividido em duas áreas. Na primeira, funcionava a casa SUS, que como o próprio nome indica recebia pacientes através do Sistema Único de Saúde (SUS); na segunda, a clínica privada, para aqueles que podem pagar (pela internação ou por um dos planos de saúde conveniados). Um tipo de divisão (público/privado) que integra o capitalismo e que, na medida em que é largamente estimulado por ele, naturaliza diferenças que deveriam ser dissolvidas e promove situações construídas que contam com a complacência do olhar – seja por alienação, seja pelo sentimento de impotência.

Mark Fisher (2020), em seu livro *Realismo capitalista*, publicado em 2009, diz que

o neoliberalismo tem procurado acabar com a própria categoria de valor em um sentido ético. Ao longo dos últimos trinta anos, o realismo capitalista<sup>22</sup> implantou com sucesso uma “ontologia empresarial”, na qual é *simplesmente óbvio* que tudo na sociedade, incluindo saúde e educação, deve ser administrado como uma empresa (p.34).

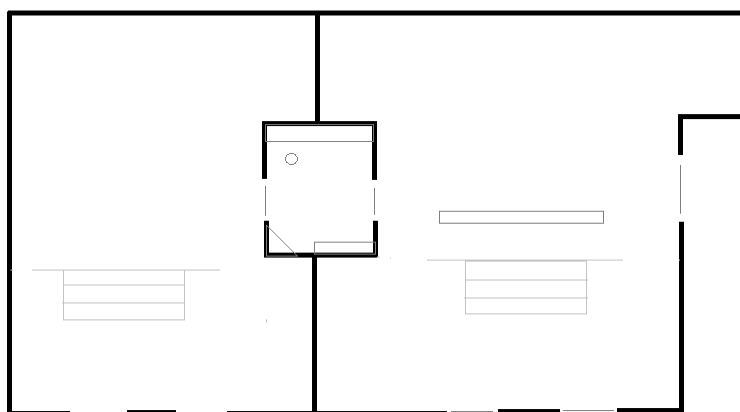
Segundo o autor, é sempre em direção à destruição da aparência de uma ordem natural que diversos teóricos – de Brecht a Foucault e Badiou – orientaram uma política emancipatória, ou seja, é a partir de um gestual, de um dispositivo, de um saber etc, capaz de revelar o acaso naquilo que fora apresentado como necessário e inevitável, que se encontra a possibilidade de uma outra cartografia, de uma transformação do olhar a partir da nossa linguagem e que, entre outras coisas, faz com que “o que antes parecia ser impossível seja agora visto como alcançável” (Fisher, 2020, p.34).

A casa SUS foi onde ficamos, inicialmente. Ali, havia um terreno amplo, todo cimentado; uma sala para as consultas médicas; dois dormitórios amplos; e uma parede que se fazia de muro. Erguida sob um tipo de diferença bastante intuitiva: a anatômica, essa parede dividia de um lado aqueles que têm corpo de macho, e do outro, os que têm corpo de fêmea. “A intuição”, escreveu Lacan (1953/1998), “é ágil, mas uma evidência deve ser-nos tão mais

---

<sup>22</sup> Segundo o filósofo Mark Fisher (1968-2017), a expressão *realismo capitalista* “não é original. Já foi usada, na década de 1960, por um grupo de pop art alemã e por Michael Schudson em seu livro de 1984 *Advertising: the uneasy persuasion*” (p.33), assim o que é novidade no uso que Fisher faz se relaciona à expansão do significado. Para o autor a expressão “não pode ser confinada à arte ou à maneira quase propagandística pela qual a publicidade funciona. Trata-se mais de uma atmosfera penetrante, que condiciona não apenas a produção da cultura, mas também a regulação do trabalho e da educação – agindo como uma espécie de barreira invisível, limitando o pensamento e a ação” (p.33).

suspeita quanto mais se torna uma ideia aceita” (p.250). O que se separava ali? Um pouco além, ou aquém, do centro do muro havia uma interrupção, uma cabine: lugar em que funcionava a enfermaria.



*Imagem 6: planta da casa SUS.*

A palavra enfermaria (substantivo feminino) tem sua origem na junção do verbo “enfermar”, ficar doente, mais o sufixo “aria”, que designa oficina, estabelecimento (Cunha, 1982/2010). Nomeia um espaço que se relaciona aos que estão sofrendo alguma enfermidade. *“Eu tô aqui que é pra ficar melhor sabe? Meu médico pediu lá dos Estados Unidos. Ele falou. Falou pela TV. Eu tô aqui no tratamento”* me disse uma das pacientes ao cruzar comigo. Sua fala me soou precisa: estar em busca de um cuidado num lugar que diz fornecer cuidado.

Ocorre que, para aqueles que ofertam o cuidado, o que vem a ser tomado como precisão, ao invés de se ligar ao aprofundamento de conceitos, fundamentos e pressupostos filosóficos de um campo, costuma facilmente se confundir com a certeza das representações e com a rigidez do signo, engendrando práticas clínicas imprecisas – quando não ineficazes ou prejudiciais – em relação ao cuidado necessário em cada caso. A meu ver, isso faz relação com uma suposição imprecisa acerca do que se chama de realidade.

Fisher (2020) relembra uma distinção teórica elementar da psicanálise lacaniana: entre real e *princípio* de realidade (grifo do autor). Em suas palavras, o princípio de realidade

nos convida a desconfiar de qualquer realidade que se apresente como natural. “o princípio de realidade”, escreve Zupancic, “não é um tipo de estado natural associado ao modo de ser das coisas... O princípio de realidade é ele mesmo ideologicamente mediado; pode-se até mesmo afirmar que constitui o grau mais elevado de ideologia, a

ideologia que se apresenta como fato empírico (ou biológico, econômico), necessidade (e que tendemos a perceber como não ideológica)”. [...] Para Lacan, o real é o que qualquer “realidade” deve suprimir; aliás, a própria realidade só se constitui por meio dessa repressão (p.35).

A partir da supressão de um x irrepresentável (real), a cabine da enfermaria mantinha uma realidade contrária à diversidade em trânsito na clínica; ali, permitia-se a circulação de poucas palavras e muitos medicamentos; forjando o impossível como possibilidade – estratégia capitalista – a situação construída ali condena ao esquecimento sua condição de lugar de linguagem.

Na medida em que percorria o espaço da clínica percebia diferentes ângulos. Olhando para os olhares encontrei polissemia naquele lugar. Alguns se desmanchavam num horizonte apático: cinza como o chão dali. Outros se cruzavam em conversas, sorrisos, caretas e cantos. Um, especialmente, se arregalava rumo ao céu. Vidrado. No meio disso, uma lembrança me interrompe: os olhos da madeira.

Em frente à enfermaria havia um longo banco todo feito em madeira. Na tábua que formava o assento via-se alguns nós, que nesse caso são pontos na madeira de onde partiram, anteriormente, os ramos. Naquele registro de memória dos ramos, me percebi não mais olhando para os olhares ali, mas para as marcas de minha memória. Que consequência teria para o meu olhar essa irrupção? Que tipo de conhecimento uma lembrança pode dar lugar?



*Imagem 7: o olhar pela memória.*<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Fotografia de Mithgariel, retirada do site <https://br.pinterest.com/pin/523262050459579788/>

Fisher (2020), indica o conceito lacaniano de Real como uma estratégia contra o realismo capitalista na medida em que dá a ver as fraturas e inconsistências no campo da realidade aparente. Aqui, não irei aprofundar no tema do realismo capitalista, mas abordo-o porque ele produz efeitos no sofrimento psíquico e atravessa os espaços de cuidado; e, assim, acho interessante a indicação feita acima para o que, aqui, se apresentará como uma trinca: “refazer – (re)colocar – dar-a-ver”. Não necessariamente nessa ordem, mas como uma composição do texto que segue. Refazer o caminho de alguns termos; (re)colocar discussões e dar a ver os problemas que a obturação das fraturas na clínica psiquiátrica em que fiz o estágio implica.

Já não me recordo em qual das visitas à clínica conheci Amélia (nome fictício). Uma senhora de olhos baixos que vez ou outra se iluminavam com as palavras. Em um dos encontros, ela conta de um luto: *“minha mãe morreu. Eu pensava: meu Deus não deixa minha mãe morrer... fiquei desesperada, queria morrer na grama. Pra salvar eu de tudo tive um câncer. Tirei a mama e meu peito rejeitava o silicone, fiz 14 cirurgias. Minha filha falava pra fazer bem feito com o Dr. P., o peito dela ficou uma coisa, ele mostrou até na televisão”*.

Amélia conta de sua possibilidade de vida perante a morte. Em suas palavras, é um câncer que a salva de tudo. A nós, essa fala abre um espaço para interrogarmos o conceito de patologia. A palavra patologia, segundo a etimologia, deriva de *pathos*, que pode ser compreendido como uma “disposição [*Stimmung*] originária do sujeito que está na base do humano” (Martins, 2005, p. 36). Segundo Martins (2005), o pensamento moderno transformou o termo *pathos* num radical que quase que diretamente nos remete a uma concepção de doença, no sentido médico da palavra. Essa dimensão que promove um único sentido para o termo é a mais valorizada nos compêndios, dicionários, livros especializados e, de modo oculto, induz à compreensão usual no espaço comum. Nesse sentido, vale destacar que “a ideia de sentimento, afecção, sofrimento, mal, nada ou pouco se liga ao conceito originário de *pathos*” (Martins, 2005, p.37). O *pathos* originário, conforme grafa Martins (2005), nos permite olhar para o humano antes de qualquer cisão entre o normal e o anormal.

Heidegger, em *Que é isto – a filosofia?*, texto de 1956, estabeleceu esclarecimentos interessantes em relação ao termo, indicando um sentido que o retoma como parte da dimensão filosófica. Tanto na leitura de Platão, como na de Aristóteles, encontrou o *pathos* como ato ou efeito de espantar-se, e daí sua vinculação aos fundamentos da atividade filosófica. Isso destaca o caráter significativo do termo que, antes mesmo do surgimento da ideia de anormal e de mórbido, se liga a uma forma de expressividade humana (Martins, 2005).

Na poética de Aristóteles, Heidegger destaca a compreensão de *pathos* como paixão, dor e sofrimento, por remontar a *páskhein*: sofrer, aguentar, suportar, tolerar, deixar-se levar ou convocar por. Na retórica, por exemplo, *pathos* é considerado como eloquência no sentido da paixão. Daí sua oposição a *ethos* (moral, costume) na medida em que pode tender ao exagero (Martins, 2005). Será como o drama existencial de se viver e contar sobre um câncer capaz de salvar de tudo?

De acordo com Martins (2005), “vemos se misturar à ideia de *pathos* como dor a dimensão ôntica, prevalecendo modernamente tão somente a ideia de que *pathos* é dor, sofrimento e padecimento, que leva ao desvario, à *hýbris*” (p.37). Entretanto, são diversos tipos de *pathos* que podem conduzir ao desvario, uma vez que, conforme aponta a pesquisa heideggeriana, *pathos* representa um modo de ser no tempo, em outras palavras: a manifestação de uma realidade existencial subjetiva, partilhável – ou seja, capaz de ser contada ao outro – e vinculada ao tempo podendo, então, ser duradoura, permanente ou momentânea (Martins, 2005).

Por isso, um dos riscos de se privilegiar um único sentido do termo é o de incorrer em sua psicologização, ou seja, de promover um olhar que o conceba como uma representação psicológica. É justamente essa a tendência da subjetividade moderna. Segundo Martins (2005),

Pode-se supor, dada a importância do *pathos* para a filosofia, que uma mudança radical na forma de pensar em determinada época implicaria uma modalidade *pathica* diferente. No caso fundamental da revolução cartesiana, o filósofo alemão<sup>24</sup> indica não mais o espanto, mas a certeza, tornada a fixação *pathica* ou disposição originária que domina o mundo moderno. O afastamento da dúvida, como vocação e medida da necessidade de certeza, está nas próprias entrelinhas do *cogito (ergo) sum*, tão importante na instalação de um ego (psicologizado) e da conseqüente criação da subjetividade moderna (p.38).

Nesse modelo de subjetividade, o eu que se forma a partir da certeza como medida determinante da verdade tende a apreciar as coisas do mundo exclusivamente pela via da razão. Com esse olhar, *pathos* passa a equivaler a *hýbris*, sendo enquadrado exclusivamente como desvario, aberração e anormalidade.

Canguilhem (1966/2020) resgata uma observação importante do *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, de Lalande (1902): a partir de uma confusão de etimologia houve uma aproximação entre os termos anormal e anomalia. “Anomalia vem do grego *anomalia*, que significa desigualdade, aspereza; *omalos* designa, em grego, o que é uniforme, regular, liso” (p.85), no sentido dado ao falarmos de um terreno. Anomalia, então, vem da composição *a-*

<sup>24</sup> Martins (2005) está se referindo a Heidegger (1956/1989).

*omalos*. Ocorre que, por enganos frequentes, anomalia foi apresentada como derivada não de *omalos*, mas de *nomos*, que significa lei.

Segundo Canguilhem (1966/2020),

esse erro de etimologia encontra-se, precisamente, no *Dictionnaire de médecine* de Littré e Robin. Ora, o *nomos* grego e o *norma* latino têm sentidos vizinhos, lei e regra tendem a se confundir. Assim, com todo o rigor semântico, anomalia designa um fato, é um termo descritivo, ao passo que anormal implica referência a um valor, é um termo apreciativo, normativo, mas a troca de processos gramaticais corretos acarretou uma colusão dos sentidos respectivos de anomalia e de anormal. Anormal tornou-se um conceito descritivo, e anomalia tornou-se um conceito normativo (p.85).

O equívoco entre essas palavras, certamente, não é sem consequências na prática. É bom lembrar que “coisas e palavras sangram pela mesma ferida” (Paz, 2014, p. 30). O termo anormal em seu sentido correto é um conceito normativo e, por isso, envolve uma qualidade apreciativa, ou seja, é um termo que faz inferência a uma atividade que envolve a consideração valorativa alcançada por um sujeito, em contraste com qualquer descrição ou explicação de sua realidade objetiva. Quando, devido à confusão apresentada por Canguilhem (1966), ele se torna um conceito descritivo, ele perde sua vinculação a uma experiência subjetiva e se liga a uma atividade objetiva que tem como fim empreender uma exposição ou enumeração detalhada de algo. Da perda de sua qualidade apreciativa, é possível, então, utilizá-lo na produção de teorias acerca do sofrimento psíquico segundo os critérios das ciências naturais – como é o caso do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM).

Na introdução do DSM-V, temos:

Embora o DSM tenha sido um marco do progresso substancial no que diz respeito à confiabilidade, tanto a American Psychiatric Association (APA) quanto a vasta comunidade científica que trabalha com transtornos mentais reconhecem que, anteriormente, a ciência não estava madura o suficiente para produzir diagnósticos plenamente válidos – ou seja, proporcionar validadores científicos consistentes, sólidos e objetivos para cada transtorno do DSM. A ciência dos transtornos mentais continua a evoluir. Contudo, as últimas décadas desde o lançamento do DSM-IV testemunharam um progresso real e duradouro em áreas da neurociência cognitiva, neuroimagem, epidemiologia e genética (p.5).

O trecho é um emblema do que orienta as 948 páginas que compõem o *Manual*. Indica, a nós, que no intervalo de 170 anos – tempo decorrido entre a primeira publicação da APA que antecedeu o que veio a se chamar DSM, no ano de 1844, e a mais recente publicação do *Manual*, em 2014 – não se vê ali reflexo algum de uma discussão aprofundada e crítica sobre os termos normal (e o anormal), patológico (e *pathos*); sobre as transformações nos sistemas filosóficos, e sobre o que se chama, e se cultua, como “a razão”. O que se apresenta, precisamente, é um

texto que documenta a instrumentalização da razão para, a partir do método das ciências naturais, atribuir o signo de doença a qualquer subjetividade e forma de sofrimento que não se apresente segundo as normas impostas.

Amélia contava sobre seu sofrimento e sua história com gestos tímidos. Não sei se por algum gosto particular ou se dava mostras do efeito da reclusão. E, aqui, não me refiro à reclusão em seu sentido mais direto que se refere à internação em si, mas àquele que se produz diante da falta de escuta e de um dia a dia extremamente tedioso (como era ali na clínica). O que Amélia trazia como experiência subjetiva encontrou no olhar psiquiátrico a norma da subjetividade moderna, que toma o *pathos* como *hýbris*, e associa a tragédia representada e vivida pelo sujeito à normalidade ou a anormalidade: saúde ou doença. Com a prescrição de duas semanas de internação e mais um punhado de remédios, a fala de Amélia caiu no fosso classificatório: transtorno bipolar.

Isso remete ao que Rosa (2016) apresenta como a violência do discurso no capitalismo avançado, que indica um modo de laço em que o sujeito se vê coagido ao gozo, seja na dinâmica de consumo e lucro, seja na forma de sofrimento. Assim, “os discursos jurídicos, médicos, políticos e policiais compõem uma montagem e produzem uma série de figuras que se atualizam na cena social – o delinquente, o louco, o pobre –” (p.26) para impor uma verdade sobre eles.

Amélia resiste. Resiste frente a um discurso que tenta governá-la por inteiro, que esvazia a sua subjetividade em nome de uma norma para o normal que torna a sua história uma patologia (no sentido de doença). Numa das visitas, ela diz: “*Eu não estou aqui tratando do transtorno bipolar, estou tratando de outras coisas... a minha mão, olha!... Preciso segurar o copo assim com as duas mãos se não ele cai. O suco faz eu lembrar*”. Segurava o copo como quem segura um esteio. Um gesto de apreço às memórias e de relação com o ordinário. Alguns instantes se passam e uma enfermeira entra no quarto para lhe entregar alguns remédios. Entre os medicamentos tomados, estava o carbonato de lítio. Depois de pedir ajuda para servir mais um copo de suco ela se queixa de um cansaço. Decidimos encerrar as entrevistas naquele dia e nos despedimos dela. Na saída ela disse: “*Não posso sair do quarto, porque fico cambaleando lá fora*”.

**Este medicamento não deve ser partido, aberto ou mastigado.**

#### **9. REAÇÕES ADVERSAS**

A ocorrência e a gravidade de reações adversas estão diretamente relacionadas às concentrações séricas de lítio e com a resposta individual do paciente. Geralmente ocorrem com mais frequência e com maior gravidade em concentrações mais elevadas. Níveis séricos acima de 1,5 mEq/L representam maiores riscos de toxicidade, embora pacientes sensíveis possam apresentar estes quadros com litemia inferior a 1,5 mEq/L

Quadros de intoxicação leve ocorre na faixa de 1,5 a 2,5mEq/L com sinais de náuseas, tremores finos e diarreia; intoxicação de leve a moderada ocorre na faixa de 2,5 a 3,5mEq/L, com anorexia, vômito, diarreia, reação distônica, sedação excessiva ataxia, polidipsia e poliúria; finalmente, intoxicação severa a moderada ocorre na faixa de 3 a 4 mEq/L e pode levar a coma e morte.

Tremor fino das mãos, poliúria e sede podem ocorrer durante a terapia inicial da fase maníaca aguda e podem persistir durante todo o tratamento. Náuseas e desconforto geral também podem aparecer durante os primeiros dias de administração de lítio. Os efeitos secundários geralmente desaparecem com a continuação do tratamento ou com a redução temporária ou suspensão da dose. Se forem persistentes, a suspensão da terapia com lítio pode ser necessária. Diarreia, vômitos, sonolência, fraqueza muscular e falta de coordenação podem ser os primeiros sinais de intoxicação de lítio, e podem ocorrer em concentrações de lítio abaixo de 2,0 mEq/L. Em concentrações mais elevadas podem ocorrer vertigem, ataxia, visão turva, zumbido aumento do débito urinário. Concentrações séricas de lítio acima de 3,0 mEq/L podem produzir um quadro clínico complexo, envolvendo múltiplos órgãos e sistemas. Durante a fase aguda de tratamento as concentrações séricas de lítio não devem ultrapassar 2,0 mEq/L.

As principais reações adversas ao tratamento com carbonato de lítio, agrupadas de acordo com a frequência de ocorrência e sistema acometido, são:

*Imagem 8: parte da bula do medicamento Carbolitium.*

“Apesar de tudo, dizer visa ser escutado” (p.125), disse Lacan (1975-76/2007). Amélia, em todos os encontros, se queixou dos tremores nas mãos – inclusive apontando isso como problema principal naquele momento – e de falta de equilíbrio. Em psicanálise, escutaremos o tremor, as mãos, o desequilíbrio (...) como significantes que formam uma cadeia. Junto a isso, há de haver o olhar para os efeitos de outros aspectos que participam da vida do sujeito. A queixa de Amélia permite uma investigação no nível do significante e, também, indica um problema causado pelas reações adversas causadas pelo medicamento com que querem tratá-la – e com que tentam calá-la, como nos indicam os excessos na medicação.

Portocarrero (2002), em sua tese *Arquivos da loucura, Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*, apoiando-se no olhar foucaultiano, defende a concepção apresentada por Machado (1978) em *Danação da norma* de que a psiquiatria no Brasil se constitui no cerne da medicina social, e que isso, por sua vez, implica que o louco surge a partir da medicalização da sociedade; do processo de conceber a sociedade como um novo objeto no campo médico e daí buscar modos e formas de controle social. Em outras palavras, no que diz respeito à experiência subjetiva e ao sofrimento, a medicalização funda o que se chama de loucura a partir da atribuição do signo de doença a determinados comportamentos.

Portocarrero (2002), citando Robert Castel (1976), diz,

o essencial na medicalização da loucura não é a relação médico-doente, mas a relação medicina-hospitalização, o desenvolvimento de uma tecnologia hospitalar, o desdobramento de um novo tipo de poder na instituição e a aquisição de um novo mandato social a partir de práticas centradas sobretudo nos asilos (p.22).

Isso dá a ver o que Foucault (2006) na *Aula de 30 de janeiro de 1974*, aborda como um dos problemas do diagnóstico em psiquiatria. Segundo o filósofo, no início do século XIX, com o aparecimento da anatomia patológica o campo médico passou a contar com possibilidade de identificar uma lesão no interior do organismo, isso permitiu poder considerar o diagnóstico diferencial, ou seja, a partir do encontro com um feixe de signos, a medicina pôde se debruçar sobre as diferentes formas da manifestação anatômica de uma doença.

A psiquiatria, contudo, mesmo empenhando a construção de manuais de classificação, se articula diante de uma outra questão: a ela o problema central não é o diagnóstico diferencial, ou seja, não é compreender as formas distintas da experiência de sofrimento psíquico, mas determinar se está diante de um caso de loucura ou não. Nas palavras do filósofo:

No domínio da doença mental, a única questão verdadeira que se coloca é a questão em forma de sim/não; isto é, o campo diferencial no interior do qual se exerce o diagnóstico da loucura não é constituído pelo leque das espécies nosográficas, é simplesmente constituído pela escansão entre o que é loucura e o que não é loucura: é nesse domínio binário, é no campo propriamente dual que se exerce o diagnóstico da loucura (Foucault, 1974/2006, p.346).

Nesse sentido, há a produção de um diagnóstico absoluto e uma sentença para a vida. Me recordo, aqui, de Pedro, um rapaz jovem, diagnosticado com esquizofrenia. Entre várias internações – que já envolveram eletroconvulsoterapia, segundo um uso muito mais próximo à tortura/punição, do que a um tipo intervenção terapêutica – e combinações cada vez maiores de medicamentos, dizia: *“Eu já falei que os remédios não estão me fazendo bem, mas o médico disse que é por causa da minha doença que eu acho isso. Ele me falou que eu tenho um problema na cabeça, no neurônio sabe? Eu não penso direito, e aí quero parar o remédio. Falou que eu tenho que tomar pra vida inteira pra ficar bom”*.

Dias (2005), no livro *Por causa do pior*, argumenta que a articulação das ciências naturais pelo discurso capitalista promove a separação entre a fala e a verdade de um sujeito, conduzindo-o, por exemplo, a produzir suas questões muito mais a partir dos medicamentos e seus efeitos do que de seu sofrimento. Tenho pensado que, nessas circunstâncias, o tipo de laço que se estabelece envolve um mecanismo parecido ao da forclusão; dizendo de outro modo, o sujeito pode ser incluído no laço na medida em que deve excluir a sua verdade. Assim, aquilo que seu sofrimento porta de verdade particular e de denúncia a um laço perverso e perversor se

torna um problema individual a ser medicado.

A fala de Pedro permite percebermos, mais uma vez, o desamparo produzido pelo discurso psiquiátrico; a violência praticada pela ordem médica e pelo capitalismo avançado, e o fracasso atual da instituição hospitalar como lugar de acolhimento e comprometimento com a subjetividade no tratamento do sofrimento psíquico. A fala de Amélia permite discutirmos o patológico à luz do retorno feito ao sentido original de *pathos*, e com isso reconstruir parte importante da história dessa e de outras palavras, que costuma ficar suprimida da “ordem natural” que orienta os manuais classificatórios, e das discussões em relação às práticas de cuidado. Amélia me faz lembrar, como escreveu Paz (2014), em *O arco e a lira*, que “a história do homem poderia reduzir-se à história das relações entre as palavras e o pensamento” (p.30).

Amélia e Pedro são os nomes que dei à memória de alguns encontros que, tal como os desenhos nas paredes do Colônia, insistem em dizer da presença de um sujeito e, conseqüentemente, dão a ver as fraturas e inconsistências do enquadramento hegemônico da loucura e do modo de condução dos tratamentos para o seu sofrimento psíquico.

Foucault (2006), ainda na referida *Aula* de 1974, revela que com o diagnóstico absoluto o médico (no caso, o psiquiatra) deixa de operar como um mediador entre o sujeito e o seu sofrimento e é entronizado como instância médica. Essa mudança, por sua vez, promove a obliteração da construção de um saber a partir do próprio sofrimento. Em outras palavras, a tecnociência psiquiátrica encontra no diagnóstico absoluto a condição (talvez inconsciente, mas ilegítima) para que o psiquiatra possa ser um médico diante do sujeito que o procura e, a partir disso, promove outra coisa quando julga estar tratando do sofrimento psíquico.

Jorge (1983), na apresentação do livro (já mencionado) de Clavreul (1983), indica a dessubjetivação como efeito da esterilidade do encontro entre o médico e o paciente. Uma das razões disso está na supervalorização dos dados escritos nos prontuários em detrimento do diálogo com o paciente – o que é perceptível, por exemplo, nas visitas ao leito: ali o médico já chega munido das informações presentes na ficha, muitas vezes, antes mesmo de ter conhecido o paciente, e conduz a “conversa” de acordo com o que leu. Segundo o autor,

Tais informações, tal saber, constituem o elemento que mediatiza, a partir daí, o que se passará no encontro. Encontro que, portanto, não existe, sendo apenas o ardil para o encontro do médico com seu próprio discurso. Sob a máscara de um *diálogo*, é um *monólogo* que se instaura. Onde se evidencia a *função silenciadora* do discurso médico, que ao se valer apenas dos elementos de seu próprio discurso abole tudo o que nele não possa se inscrever (Jorge, em Clavreul, 1983, p.12).

Numa posição de expectador, o paciente testemunha – mesmo sem se dar conta disso – o estabelecimento de um “tratamento” cuja orientação não se questiona, e muito menos se

altera. Rumo ao que se considera como normalidade, o médico se dirige sem muitas perguntas, apenas trabalhando para recuperá-la ou instaurá-la. O ideal é o do “homem normal, ou seja, que raciocina com justeza, o que significa que ele deve se submeter à razão médica” (Jorge, em Clavreul, 1983, p.12) e, caso contrário, caso manifeste qualquer insurgência contra a razão médica, assistirá seu gesto ser tomado como sinal de loucura.

Vale destacar que “a ordem médica é da alçada da ciência, mas ela é sobretudo uma ordem jurídica” (Jorge, em Clavreul, 1983, p.13), na medida em que aquilo que ela imputa ao paciente (diagnóstica e terapêutica) funciona de modo equivalente à sanção legal no campo jurídico. Em outras palavras, aquele que se afasta, ou recusa, a norma instituída pela ordem médica, enfrentará uma sanção que se destina a fazer com que ele retorne para o interior da norma, caso isso não funcione, incrementam-se os efeitos de desamparo, violência, marginalização e exclusão social.

As visitas à Amélia eram semanais e sempre na parte da manhã. Era quando se sentia mais disposta, dizia. No último encontro, ela não quis falar conosco. Parecia abatida... estava triste, disse. Nos despedimos e agradecemos pelos dias juntos. Entre o seu quarto e o salão da clínica havia um longo corredor. Seguimos por ele para irmos embora. Próximos à saída, escutei há uma certa distância de minhas costas: “*Me ajuda! Me ajuda!!... eles estão vindo*”.

A voz trêmula vinha de um sujeito (cujo nome eu não sei até hoje). O pavor lhe escaldava os olhos verdes. O corpo magro se movia lentamente, mas era perceptível que assim estava indo o mais rápido possível. Eu corri em sua direção, segundo a velocidade que se fez necessária em mim. Rumo ao seu encontro, escuto a voz distante de um dos colegas que estava ao meu lado. Ele parecia me chamar, mas foi em vão: a poucos metros, eu já estava bem distante naquela hora. Em algum lugar que, certamente, não era o centro do salão, estiquei minha mão ao sujeito que pedia ajuda. “*Sim, vamos chamar alguém para te ajudar*”, eu disse. Naquele momento, eu não sabia que aquilo que se passava entre nós já poderia funcionar como “ajuda”.

Seguimos de braços dados em direção às cadeiras que ficavam ao redor do salão. Ali, se sentou e ficou me olhando. “Os homens falam com as mãos e com o rosto” (Paz, 2014, p.41). Seu rosto parecia mais suave, mas estaria sob efeito da tranquilidade? Era isso o que seus olhos falavam? Disse que iria chamar alguém que pudesse auxiliar nos cuidados necessários ou, para usar suas palavras, alguém que pudesse ajudar. Ainda me olhando, acenou positivamente com a cabeça. A nossa frente havia a recepção da enfermaria, e ao me dar conta disso veio o primeiro estranhamento, três enfermeiras estavam lá: assistiam à cena e, ainda assim, se mantinham inertes... nenhuma topou compartilhar do olhar para alguma ameaça que aquele sujeito enunciava? Por quê?

Movimentar essas perguntas pouco se interessa em trazer um juízo de valor acerca da conduta dos profissionais em particular, mas participa da discussão sobre o modo como funciona o espaço voltado para a saúde mental a partir de seus componentes (a saber: campo médico, mais especificamente, psiquiátrico; campo da enfermagem; campo da psicologia etc), Como escreveu Clevraul (1983) “o médico não é o tirano, mas o teórico e o intérprete da tirania da ordem da natureza” (p. 255), parafraseando: o profissional da saúde não é tirano, mas participa da tirania do reinado da Ciência e da Razão – a saber, como tem participado.

Segui rumo ao balcão. Diante da enfermeira que estava a minha frente contei o que havia escutado e pedi a ela que se aproximasse daquele sujeito para ver o que era necessário. Ela respondeu: “*Depois*” e continuou sentada como estava.



*Imagem 9: verbete de “depois”.*

Insisti, mais uma vez: “*O pedido por ajuda foi agora, não foi pra depois*”. As duas outras enfermeiras pararam a conversa por um instante.

“O *eu* da enunciação, não é o *eu* do enunciado” (p.140), disse Lacan (1964/2008). Parto daí para seguir com a discussão e tentar destacar o que pode vir a permitir – no contexto do tratamento do sofrimento psíquico de psicóticos – que se pense que a escuta na relação de cuidado/tratamento possa ser postergada. A dissimetria, da qual Lacan nos fala nessa frase, remete à desigualdade que a teoria freudiana apontou com: o eu não é senhor de sua própria casa; e vai além, indicando a referência do sujeito ao significante e não à realidade – rearranjo já destacado desde os seminários de 1955 a 1956.

Segundo Lacan (1964/2008), referir o sujeito à realidade é cair na degradação da constituição psicológica do sujeito na medida em que se toma o *cogito* cartesiano pelo

homúnculo e, assim, se estabelece uma representação cuja imagem reflete um homem unificado, senhor de si. Em suas palavras,

Todo ponto de partida tomado da relação do sujeito a um contexto real pode ter sua razão de ser em tal experiência de psicólogo. Pode dar resultados, ter efeitos, permitir compor tabelas. Mas, é claro, será sempre em contextos em que somos nós que a fazemos, a realidade – por exemplo, quando propomos testes ao sujeito, testes que são organizados por nós. É o domínio de validade do que se chama psicologia...e que, se assim posso dizer, reforça incrivelmente a miséria do sujeito (Lacan, 1964/2008, p.141).

Nessa relação, a loucura se precipita num feixe turvo que tende a (re)tratar o louco na perspectiva do desvario mórbido, do sem sentido, da desrazão, da insensatez e da inverdade. Mais um reflexo do pensamento moderno que fixou a certeza, e não mais o espanto, como *pathos* e, assim, admitiu somente as coordenadas de um eu psicologizado.

“Longe de tomar o eu do homem moderno como norma capaz de delimitar a loucura, perspectiva que tende a conceber a loucura como desrazão, inverdade e termos correlatos” (Ianinni, 2013, p.91), Lacan (1932), desde a *Tese*, apresenta, a partir da loucura, uma nova cartografia das relações da subjetividade com a razão e a linguagem, o saber e a verdade, e o sentido e o não sentido.

De acordo com Lacan (1946/1998), a inseparabilidade do fenômeno da loucura com o problema da significação – isto é, da linguagem para o homem – conduz à impossibilidade de que algum linguista ou filósofo venha a sustentar, com efeito, “uma teoria da linguagem como um sistema de signos que reproduzisse o das realidades, definidas pelo comum acordo das mentes sãs em corpos sãos” (p.167).

Referido ao significante, o sujeito impossibilita a existência de identidade entre a enunciação e o enunciado, implicando a distinção entre saber e verdade. Isso “é o que permite alargar a racionalidade até um ponto em que a loucura não seja excluída, pois a noção de subjetividade não se funda mais na transparência, nem na intencionalidade” (Ianinni, 2013, p. 92), mas passa a permitir que se interrogue a própria ideia de razão.

A contribuição do trabalho heideggeriano, novamente, se destaca. Em 1956, Lacan traduz um artigo de Heidegger – publicado na primeira edição da revista *La psychanalyse* (1956) – em que o filósofo empreende o trabalho de traduzir o termo heraclítico *lógos* não mais segundo a tradição: *verbum*, *lei do mundo*, *razão*, *ratio* etc; mas como “*le lais où se lit ce qui s’élit*” (Heidegger, 1956, p. 68) – o legado onde se lê o que é eleito (tradução nossa) – desfazendo, assim, a colagem entre *lógos*, razão e sentido (Ianinni, 2013).

Segundo Ianinni (2013),

Esse ponto foi de fundamental importância para situar o inconsciente freudiano sem precisar ceder um centímetro sequer ao suposto irracionalismo de Freud, ao pensá-lo no campo da linguagem. Além disso, essa concepção de um *lógos* anterior à razão e ao sentido dava maior alento à sua própria concepção de loucura: não se tratava mais nem de desrazão, nem de insensatez (p.93).

Nesse sentido, a loucura vem a funcionar como uma fratura no que se considera a realidade, a razão e a normalidade, dando a ver a dissolução da aparência de uma ordem natural para as experiências subjetivas – próximo ao que Fisher (2009) indica como estratégia do Real. Isso conduziu Lacan a mudança que implicou em “reconsiderar a neurose do ponto de vista da psicose e não o inverso, como de costume” (Porge, 2014, p.59). De um modo mais provocativo, Lacan pontuou: ao invés de nos perguntamos como alguém se torna louco, deveríamos refletir sobre o contrário: “como é possível não delirar?” (Ianinni, 2013, p. 94).

O silêncio deixou a mim e a enfermeira entre olhares. Pensei que algo aconteceria... ou, talvez, tenha torcido por isso. Ainda sentada, a enfermeira rompe o silêncio subsequente a minha fala, e diz: “*Ela<sup>25</sup> diz isso o tempo todo...*”. Até hoje eu não sei o que essa frase quer dizer, mas sei que, ali, ela indicava explicitamente um gesto de desqualificação da fala daquele sujeito que, ainda sentado na cadeira oferecida por mim, olhava em nossa direção. Sob o olhar que naturaliza conceitos, relações e experiências, a psicose é enquadrada como um fora da normatividade estabelecida; e, com essa medida, tende a ser percebida como uma experiência sem valor – o que está em relação com o que Rosa (2016) e Portocarrero (2002) destacam: a figura do louco segundo tanto os interesses de controle social, como os das dinâmicas de consumo e lucro.

Foucault (1964), em *A loucura, a ausência da obra*, indica que a loucura, para a psicanálise, não se encontra “presa em uma rede de significações comuns com a linguagem cotidiana, autorizando assim a falar dela com a banalidade cotidiana do vocabulário psicológico” (p.216); nem representa a identidade perdida de um sentido, mas cinge “a figura irruptiva de um significante que não é absolutamente como os outros” (p.216). Produzindo fraturas no que se chama de normalidade e contrariando as interpretações psicologizantes que surgem na intersecção forçada entre as ciências humanas e as ciências naturais, a fenomenologia da loucura nos permitiu (e permite) rever a noções fundamentais.

A partir do “universo dos interditos da linguagem” (Foucault, 1964, p.215), os fenômenos da psicose se incluem no campo da verdade; isso, por sua vez, implicou um rearranjo na própria noção de verdade (Ianinni, 2013). Vale lembrar que, para Lacan (1964/2008), “a

---

<sup>25</sup> Esse “ela” na fala da enfermeira faz referência ao sujeito que pedia por ajuda.

verdade só se funda pelo fato de que a palavra, mesmo mentirosa, a reclama e a suscita” (p. 132), e “esta dimensão está sempre ausente do lógico positivismo” (p. 132).

A dimensão da verdade da qual Lacan nos fala, a partir da fenomenologia da loucura, se relaciona ao que o delírio é capaz de mostrar: o eu é um outro (Lacan, 1955-56), ou seja, o eu não está dado naturalmente e nem é autônomo, como se costuma conceber; mas se constitui a partir de e em oposição a um outro. Nesse caminho, que implicou o afastamento cada vez maior de uma concepção científica de verdade, Lacan (1955-56) estabeleceu a crítica à compreensão.

Ao abordar o problema do plano da compreensão na prática clínica, diz:

vou dar-lhes agora uma ideia do ponto em que converge este discurso. Que tal momento da percepção do sujeito, de sua dedução delirante, de sua explicação de si mesmo, de seu diálogo com vocês, seja mais ou menos compreensível, não é o que é importante. Acontece em certos desses pontos alguma coisa que pode parecer caracterizar-se pelo fato de que há com efeito um núcleo completamente compreensível, se vocês se prenderem a isso. Não tem estritamente interesse algum que ele o seja. O que é, ao contrário, absolutamente surpreendente é que isso é inacessível, inerte, estagnante em relação a qualquer dialética (Lacan, 1955-56/1988, p.33).

Quando a prática clínica ou mediadora aborda a fala a partir da compreensão ela faz permanecer o equívoco de referir o sujeito à realidade. Isso, por sua vez, envolve uma noção de cuidado e tratamento que se serve de mediadores ideológicos (Fisher, 2009); que é veiculada a partir do discurso capitalista (Dunker, 2016) e que acompanha os ideais e interesses do capitalismo avançado (Rosa, 2016). Suprimindo as relações com o campo da linguagem, perdem-se as interpretações que conviria ou não fazer à fala que se apresenta; o delírio é reduzido ao plano do enunciado – já que se parte de Um eu – e daí é lido como um fenômeno despojado de significação e desejo.

Para Lacan (1964), o desejo é o que anima e o que fala toda a enunciação. Nesse sentido, dispensou outro olhar para a repetição. Diferente da reprodução – experiência mecânica que coloca em curso “o mesmo” sempre retornando ao ponto de partida – a repetição, experiência de linguagem, comporta uma ambiguidade: se relaciona ao movimento do desejo e também insiste numa mesma tragédia; assim, coloca em curso “o mesmo”, mas nunca faz retornar ao mesmo ponto.

Ainda diante do balcão, voltei meus olhos para as cadeiras. Um fino feixe de luz entrava pela janela ao lado. Parecia seccionar o espaço. Lá, recostado, permanecia o sujeito que me pedira ajuda. Estávamos em outro ponto? Certamente. Qual tragédia, então, se repetira, ali, para cada um de nós? À luz das memórias sobre esse sujeito me lembro de Pessoa, em seu *Livro do*

*desassossego*: “creio que dizer uma palavra é conservar-lhe a virtude e tirar-lhe o terror” (p.30). A partir do rastro desta pesquisa, reescrevo-a com alguns complementos: creio que dizer uma palavra a quem a escute, é abrir a possibilidade de tirar-lhe o terror e, poder caminhar rumo a conservar-lhe a virtude. Assim podemos encontrar, a meu ver, a possibilidade para a própria subjetividade em um tratamento.

### Pequenas considerações finais

Começo esse texto final pensando no primeiro texto escrito para esta dissertação:

*Imediações*. Lembro de Clarice:

então escrever é o modo de quem tem a palavra como isca: a palavra pescando o que não é palavra. Quando essa não palavra – a entrelinha – morde a isca, alguma coisa se escreveu. Uma vez que se pescou a entrelinha, poder-se-ia com alívio jogar a palavra fora. Mas aí cessa a analogia: a não palavra, ao morder a isca, incorporou-a. O que salva então é escrever distraidamente (Lispector, 1998, p. 21-22).

Será possível que um texto, ou uma dissertação – como é o caso aqui – funcione, para o leitor, como isca? É possível que a presente dissertação não se resuma ao seu caráter informativo ou elucidativo, mas funcione, também, para pescar aquilo que não é palavra? Terá sido possível lê-la distraidamente? Só o leitor para me dizer...

Nos avanços e nos recuos que impulsionam esta pesquisa, a psicose é um tema que se repete – e, por isso, perdura e transforma. O projeto de pesquisa disse querer saber sobre o amor e o desejo na psicose. Ao longo do caminho e, por sorte dos encontros, as repetições me conduziram a um outro ponto do interesse de pesquisa. Foi com a pergunta: “que direito tem tido o psicótico à sua subjetividade nos tratamentos que são oferecidos ao seu sofrimento?” que pude pescar histórias e discussões importantes para pensarmos, atualmente, as práticas de cuidado ou tratamento do sofrimento psíquico dos psicóticos – mas não só, porque discutir sobre as possibilidades de inclusão da subjetividade do psicótico nos tratamentos para o seu sofrimento psíquico envolve discutir a forma como os campos relacionados à saúde mental se orientam em relação ao normal, ao patológico e à loucura; e aos fundamentos de suas práticas.

Assim, partir do mal-entendido, como propõe Lacan (1955-56), evocar e interrogar as memórias com seus reflexos e refrações no olhar, enquadrar o enquadramento (Marquez, 2021), construir um escrito que se compõe segundo a trinca “refazer-(re)colocar-dar a ver”, no que ela permitiu resgatarmos o sentido originário das palavras, e referir o sujeito ao significante num caminho que, assim, lhe restitui a divisão psíquica, foram as coordenadas utilizadas nesse momento para “extrair da minha prática a ética do Bem-dizer” (Lacan, 1974/2003, p.539) e tentar construir, aqui, um bem comum, ou seja, algo partilhável, transmissível e que possa contribuir com a abertura e ampliação do espaço do diálogo.

Diante das lacunas deixadas pelos textos aqui reunidos, percebo alguns pontos importantes a serem incluídos nos próximos passos investigativos desta pesquisa. Indicarei os dois mais extensos e que me saltaram aos olhos enquanto escrevia: a filosofia moderna e as discussões sobre epistemologia do filósofo Alexandre Koyré (1892-1964). Pretendo fazer um

retorno a eles sem pressa, tendo como aposta que essas novas entradas participarão do que me ajuda a fazer avançar as questões que surgiram.

Por fim, destaco que a psicose tem sido, para mim, uma boa isca. Diante dela, são as minhas “noções” que se desmontam; é o meu olhar para o mundo que entra em interrogação; são as minhas memórias que, lentamente, vão se reconstruindo a partir de outros enquadramentos, outros escritos, outras experiências e outros saberes. Assim, quando Lacan orienta o campo psicanalítico a não recuar diante da psicose, leio aí um imperativo não só clínico, mas também ético e político. Seguindo o louco no processo que ele abre contra a normalidade, minha pesquisa continua, e, com ela, sigo tentando, também, escrever distraidamente.

### Referências bibliográficas

- Aires, S. (2016). *Sujeito, clínica e psicose: entrelaçamentos*. Campinas/SP: Mercado das Letras.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial.
- Barthes, R. (1980). *A câmara clara: nota sobre a fotografia (ed. 50 anos)*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Berlinck, M. T., Matgaz, A. C. & Teixeira, M. (2008, Março). A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 11(1), 21-27.
- Canguilhem, G. (1966). *O normal e o patológico (7ª ed.)*. Rio de Janeiro: Editora Forense.
- Lispector, C. (1998). *Água viva*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Lispector, C. (2002). *Correspondências*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Cunha, G. (2010). *Dicionário etimológico da língua portuguesa (4ª ed.)*. Rio de Janeiro: Lexikon.
- Dias, M. (2005). O problema da identificação na posição depressiva. In D. Figermann & M. Dias. *Por causa do pior* (pp. 119-136). São Paulo: Iluminuras.
- Dunker, C. (2011). *Estrutura e Constituição da clínica psicanalítica (2ª ed.)*. São Paulo: Zagodoni.
- Ferreira, M. (2020, Dezembro 11). Entidades vão à luta contra desmonte da política de saúde mental do SUS. *Brasil de Fato*. Recuperado de <https://www.brasildefato.com.br/2020/12/11/entidades-vaio-a-luta-contradesmonte-da-politica-de-saude-mental-do-sus>
- Fisher, M. (2009). *Realismo capitalista: é mais fácil imaginar o fim do mundo do que o fim do capitalismo?* São Paulo: Autonomia literária.

Foucault, M. (1961). *A história da loucura: na Idade clássica* (11ª ed.). São Paulo: Perspectiva.

Foucault, M. (1964, Maio). A loucura, a ausência da obra. *Table ronde*, (196), 11-21.

Foucault, M. (1974). *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes.

Freud, S. (1905). O caso Dora. In *Obras completas* (vol. 6, pp. 173-320). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1937). Construções em análise. In *Obras incompletas de Sigmund Freud* (vol. 6, pp. 365-382). Belo horizonte: Autêntica.

Freud, S. (1938). Compêndio de psicanálise. In *Obras incompletas de Sigmund Freud* (vol. 3, pp. 11-198). Belo horizonte: Autêntica.

Ianinni, G. (2013). *Estilo e verdade em Jacques Lacan* (2ª ed.). Belo Horizonte: Autêntica.

Jorge, M. R. & França, J. M. F. (2001, Março). A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(1), 3-6.

Lacan, J. (1932). *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Lacan, J. (1953). *Função e campo da fala e da linguagem*. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1955-56). *As psicoses* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1964). *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1971). *De um discurso que não fosse semblante*. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1969-70). *O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1975). *Seminário kanzer*. In *Lacan in north armorica* (pp.11-46). Porto Alegre: Editora fi.

Associação Americana de Psiquiatria. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed.

Marquez, R. (no prelo). Quase-etnógrafa-etc. *Mundaú*, 2021.

Martins, F. (2005). Do pathos à crítica do conceito de normal. In F. Martins. *Psicopathologia I: Prolegômenos* (pp. 25-67). Belo Horizonte: Editora Puc Minas.

Martins, F. (2003). *Psicopathologia II: Semiologia clínica*. Brasília: Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia.

Pagliosa, F. L. & Da Ros, M. A. (2008). O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista brasileira de educação médica*, 32(4), 492-499.

Paz, O. (1956). *O arco e a lira* (2ª ed.). São Paulo: Cosac Naify.

Pessoa, F. (2018). *Livro do desassossego*. Barueri: Novo século editora.

Pinho, E. & Pelaez, E. (2021, Janeiro 27). Psiquiatria de mercado e “redenção” via comunidades terapêuticas por trás da 2ª onda da contrarreforma psiquiátrica [Blog]. Recuperado de <https://www.viomundo.com.br/blogdasaude/leonardo-pinho-e-elaine-pelaez-psiquiatria-de-mercado-e-redencao-via-comunidades-terapeuticas-por-tras-da-2a-onda-da-contrarreforma-psiquiatica.html>

Porge, E. (2014). *A voz do eco*. Campinas: Mercado de letras.

Portaria MS N°3588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)

Portocarrero, V. (2002). Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. In P. Amarante. *Coleção loucura e civilização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Quinet, A. (2006). *Psicose e laço social* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

Ratton, Helvécio. *Em nome da razão* [CD]. Belo Horizonte: Quimera filmes; 2009

Recomendação CNS Nº1, de 31 de janeiro de 2018. Dispõe de recomendações do Conselho Nacional de Saúde ao Ministério da Saúde em virtude da Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2018/Reco001.pdf>

Recomendação CNDH Nº1, de 31 de janeiro de 2018. Dispõe de recomendações do Conselho Nacional dos Direitos Humanos ao Ministério da Saúde em virtude da Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017. Recuperado de [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/3731526/do1-2018-02-20-recomendacao-n-3-de-31-de-janeiro-de-2018-3731522](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/3731526/do1-2018-02-20-recomendacao-n-3-de-31-de-janeiro-de-2018-3731522)

Resolução n.º 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Apoio Psicossocial (RAPS). Recuperado de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>

Roman, M. (2012, Maio). Delírio, linguagem e psicose: contribuições dos primeiros seminários de Lacan ao tratamento possível das psicoses. *Revista Acheronta*, (27).

Rosa, M. (2016). Clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento. São Paulo: Escuta/Fapesp.

Safatle, V. (2018). Introdução a Jacques Lacan. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Schreber, D. (1903). Memórias de um doente dos nervos. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Starnino, A. (2016, Dezembro). Identidade e identificação em psicanálise: um estudo a partir do *Seminário IX* de Jacques Lacan. *Dois pontos*, 13(3), 231-249.

Verano, E. (2006). Psicanálise: o nascimento da clínica. Goiânia: Cênone Editorial.

Zizek, S. (2008). Causa locuta, roma finita. In S. Zizek. Em defesa das causas perdidas (pp. 19-26). São Paulo: Boitempo.