



# QUE TRATAMENTO É POSSÍVEL PARA A CLÍNICA CONTEMPORÂNEA?<sup>1</sup>

WHAT TREATMENT IS POSSIBLE FOR THE CONTEMPORARY CLINIC?

Rômulo Ferreira da Silva<sup>2</sup>

---

**RESUMO:** Frente às mudanças do mundo contemporâneo nos deparamos com modificações na clínica, seja ela praticada no público ou no privado. Tais mudanças são decorrentes de uma certa horizontalização das relações, com diminuição paulatina das hierarquias preconizadas antes. Elas vêm ocorrendo há tempos, porém sofreram uma enorme aceleração com o avanço das tecnologias, do capitalismo e da globalização. Os objetos de consumo são apresentados ao mundo não mais como uma promessa de felicidade. Os consumidores sabem que estão adquirindo um objeto que poderá dar acesso a um pouco de satisfação e logo será descartado. Essa satisfação sem necessidade invade o funcionamento do mundo e não há como lutar contra. É como uma onda no mar, que não há como evitá-la, mas é preciso enfrentá-la. Os profissionais “psis” estão sendo convocados a participarem desse enfrentamento em todas as áreas do conhecimento. Assim, é preciso inventar maneiras, novas formas de se estar no mundo a partir de um novo saber fazer com “isso”. Como manter-se fiel à lógica do tratamento proposto incluindo o gozo desenfreado de nossa época? Como abordar o sofrimento psíquico para além do setting analítico? Quais as mudanças na prática clínica com o advento do imperativo dos aparelhos e dispositivos on-line? Quais as estratégias clínicas possíveis.

---

[Nanci<sup>3</sup>] Então eu queria convidar para fazer a nossa palestra de abertura o nosso convidado que é o doutor Romulo Ferreira da Silva. Doutor Romulo é psiquiatra, psicanalista, foi diretor do CAPS em Perdizes, São Paulo, até o ano de 2001. Secretário da FAPOL (Federação Americana de Psicanálise e Orientação Lacaniana), membro do conselho técnico do CLIN-a (Centro Lacaniano de Investigação da Ansiedade), coordenador do seminário clínico do CLIN-a, mestre pelo Instituto de Psicologia da USP, mestres pela universidade Paris 8 e doutor pela universidade Paris 8, então seja muito bem vindo, com palavras, então, professor Romulo.

Muito obrigado Nanci, agradeço o convite, a oportunidade de estar aqui com vocês, agradeço também à professora Carla Derzi. Bom, depois da emocionante apresentação da banda Psico, vocês vão escutar algumas coisas que talvez não sejam tão boas. Acho que estamos vivendo um momento muito difícil para a prática “Psi”, a prática “Psi” que visa a singularidade. Acho muito importante esse momento dedicado à discussão da formação de todos vocês que escolheram a psicologia como profissão, e entendo que o convite a mim está dirigido por estar referido à uma área afim. Como a arte que a Nanci acabou de dizer, eu venho de outra área; mas temos muitas afinidades. Eu fiz o curso de medicina, logo em seguida a resi-

---

<sup>1</sup> Transcrição da Conferência de abertura do XI Encontro Integrado de Psicologia da PUC Minas São Gabriel, ministrada no dia 02 de abril de 2019.

<sup>2</sup> Psiquiatra e psicanalista, mestre e doutor pela Universidade Paris 8. Foi diretor geral da escola Brasileira de Psicanálise de 2008 a 2011. romulofs18@gmail.com

<sup>3</sup> Professora Nanci Rajão, da PUC Minas, integrante da Comissão Científica e Organizadora do XI Encontro Integrado de Psicologia da PUC Minas São Gabriel.



dência em psiquiatria e paralelo à psiquiatria, fiz a formação em psicanálise. Foi com a psicanálise que enfrentei a experiência de junção e disjunção com a psiquiatria, com a medicina, onde fui formado originalmente.

Isso ocorreu no CAPS-Perdizes em São Paulo no início dos anos 90. O que foi importante a partir da experiência da saúde mental nessa instituição, que contava em sua constituição, com as categorias básicas que formam o campo da saúde mental e que tinha uma grande influência da psicanálise.

A proposta era de horizontalização dos saberes que compunham esse campo no sentido de não ocorrer prevalência de um saber sobre o outro. A nossa organização de CAPS era como o que ficou mais tarde conhecido como CAPS 2. Foi o segundo CAPS a ser montado no Brasil, existia o CAPS Itapeva em São Paulo, e nesse momento fui conversar com Jairo Goldberg, diretor do CAPS-Itapeva. Ele me disse uma coisa muito importante frente ao meu pedido de orientações, dicas de como montar esse segundo CAPS. E ele me disse: vocês estão orientados por uma prática da saúde mental que já está consolidada e você tem uma formação em psicanálise, você com a sua equipe, monte, crie, invente o CAPS-Perdizes, sem modelo, não partam do modelo CAPS Itapeva. E mais ainda, acrescentou: vocês vão ter os próprios problemas e avanços, como o CAPS Itapeva tem os dele, e isso servirá para que possamos trocar experiências mais tarde.

Na época não existia nada que pudesse descrever o que era um CAPS. Ana Pitta, que foi a responsável por formalizar essa proposta, contou que ela estava em Santos numa reunião, e alguém perguntou: “Da onde você tirou esse nome: Centro de Atenção Psicossocial”? Ela respondeu: “Sei lá, o que interessa é o avanço que teremos na saúde mental”. Acho genial! E ela acrescentou que quando recebeu a autorização do secretário da saúde para dar andamento ao projeto, nomeou um dispositivo, o NAPS, que teria leito noturno, e um outro, o CAPS. Aí foram inventados esses nomes para a conclusão de um longo processo de luta pela desospitalização e reabilitação psicossocial.

Foi um primeiro passo no caminho de inventar novas práticas.

Já era praxe no campo da saúde mental a inclusão de outras disciplinas na discussão dos casos clínicos, tidos anteriormente, como casos “psiquiátricos”. No CAPS-Perdizes abrimos a discussão clínica para todos os funcionários que participavam da equipe de cuidado com o paciente. Desde o porteiro da instituição, todos faziam parte da construção do caso clínico. Obviamente, essa medida não foi recebida com tranquilidade. Mesmo no campo da saúde mental, que propunha a horizontalização dos saberes, ocorriam resistências à inclusão de saberes não técnicos para a elucidação do caso. Do livro de George Orwell “*A Revolução dos*

*Bichos*”, aprendemos que no início todos os bichos são iguais, logo em seguida se anuncia que todos são iguais, mas uns são mais iguais do que outros. Na saúde mental, obviamente, como em todo agrupamento humano, surgem aqueles que se apresentam como a elite que pensa melhor do que a massa.

Não foi fácil para a equipe admitir que na discussão de um caso grave da saúde mental, as pessoas que não tinham nenhuma formação técnica fariam parte da construção do caso clínico. O que descobrimos no passar do tempo, foi que se essas pessoas tivessem tido a oportunidade de fazer uma faculdade, elas teriam se tornado bons psicólogos, enfermeiros ou psiquiatras, porque tinham o que a gente chama de talento. Diríamos que elas “são do ramo”. Trata-se de pessoas que aprenderam fazendo, aprenderam porque gostam do que fazem, têm interesse genuíno e podem construir um saber sobre o objeto de seu fazer.

Percebemos que os pacientes se abriam muito mais quando estavam no pátio conversando com o pessoal da faxina ou auxiliar administrativo. Alguns pacientes confessavam que contavam sobre suas alucinações, delírios e ideias suicidas ao pessoal de apoio, muito mais do que ao pessoal técnico, já que não eram acolhidos da mesma maneira e que se expunham à condutas que sabiam serem ineficazes: “eu sei que se eu contar sobre as vozes que escuto vão querer aumentar a minha medicação e eu não quero aumentar a medicação”.

Daí se extraía uma outra construção a respeito de porque as vozes tinham aumentado e não tinha nada a ver com a medicação. A equipe de apoio podia fornecer situações do cotidiano desses pacientes que justificavam a intensificação das alucinações: a visita inesperada de um familiar indesejado, uma abordagem sexual por parte de um outro paciente etc. Com isso, a oportunidade de se recolher elementos fundamentais para a abordagem do caso era enorme. Era no detalhe de cada caso que as condutas podiam ser traçadas.

Logo podemos entender que mesmo a partir da horizontalização dos saberes técnicos, montamos equipes multiprofissionais que tendem a abarcar, a partir de um conhecimento prévio, os aspectos da vida do sujeito.

O sujeito em questão permanece desarticulado se deixado ao sabor da equipe técnica, pois cada categoria profissional que compõem o campo da saúde mental avalia o caso desde sua perspectiva.

Há uma idealização de que a reunião de saberes técnicos possa compor uma abordagem multi, pluri, inter, trans, para a compreensão do caso, muitas vezes na ilusão de se chegar a um saber totalizante. Pelo impossível que se apresenta aí surgem as disputas entre as categorias profissionais.

Nessa disputa, normalmente é a medicina que se sobressai por ser um saber mais tradicional, técnico e pragmático e as divergências só demonstram que essa abordagem equivale à posição de mestre: a posição de quem sabe.

A lógica de fazer um diagnóstico a partir de uma ideia geral da medicina, domina os campos de saber da saúde mental. O modelo acaba sendo o mesmo para todos: a partir dos sinais e sintomas se faz o diagnóstico sindrômico. O diagnóstico topológico delimita o território no qual o problema acomete o doente e em seguida, busca-se o diagnóstico etiológico. Com essa tríade concluída pode-se propor o tratamento que tem por objetivo eliminar os sintomas e suas causas. Para ilustrar tomamos o exemplo da Tuberculose. A partir da reunião de sinais e sintomas, tais como febre, principalmente noturna, acompanhada de calafrios, perda de peso e tosse, podemos fazer o diagnóstico de um quadro infeccioso. Ao progredir na investigação e comprovada a ocorrência de escarro com sangue, o sistema respiratório se apresenta como o local no qual a doença avança. Seguindo o protocolo de investigação encontra-se o bacilo de Koch, fecha-se o diagnóstico e prescreve-se o tratamento.

Para as outras categorias o caminho é muito semelhante. De forma grosseira podemos resumir que a partir de uma abordagem familiar, reúne-se os sinais e sintomas em um diagnóstico sindrômico, por exemplo, “Quadro ansioso”, localiza-se na relação familiar a ocorrência de situações ansiogênicas e termina-se por concluir que a etiologia está no discurso ambivalente da família em direção ao sujeito. Prescreve-se o tratamento, ou seja, propõe-se reconduzir o modo de relação familiar. Nada mais magistral!

Jacques Lacan em seu texto *O lugar da psicanálise na medicina* (2001) descreve como o doente goza do seu sintoma. O gozo é um conceito muito complexo em psicanálise desde Freud. Trata-se de uma satisfação paradoxal que não tem compromisso com o prazer. É uma satisfação pulsional. Um circuito que se satisfaz. Para dar uma ilustração dessa satisfação, pensem no trajeto que um ônibus faz. Ele tem um ponto de partida, passa pelos mesmos caminhos a cada vez e chega no ponto final. Podemos dizer que ele satisfaz o seu percurso e isso não tem nada a ver com o prazer.

A partir dessa concepção da clínica e retomando a proposta do CAPS-Perdizes, ampliamos a rede de saberes em torno do caso clínico. Tínhamos um compromisso com a luta antimanicomial. Tratava-se de uma proposta de retirada dos pacientes das internações crônicas e de diminuição gradativa do uso da internação. Por essa via, fizemos um acordo com o Pronto Socorro de nossa referência, solicitando que toda indicação de internação fosse encaminhada ao CAPS no intuito de dar uma chance para que a internação não ocorresse. Vocês podem imaginar que não foi uma tarefa fácil, pois os casos que chegavam eram muito complexos.

Tanto o Pronto-Socorro quanto a Secretaria do Estado de Saúde ficavam de olho nos nossos resultados.

Instituímos que na recepção desses pacientes, que passamos a chamar de “plantão”, o psiquiatra não participava de início. O plantão era constituído por técnicos não médicos justamente para evitar que o saber médico se impusesse, evitando-se assim medidas mais pragmáticas. Era preciso no caso a caso, inventar intervenções diferentes daquelas já consolidadas pela psiquiatria.

Não é qualquer psiquiatra que aceita esse desafio, já que, em última instância, ao menos naquela época, era o psiquiatra que respondia por qualquer consequência advinda de uma espécie de recusa à indicação de internação realizada por outro psiquiatra de uma instituição afim. O risco de fuga, auto e heteroagressão estavam sempre presente.

A desospitalização era uma proposta clínica e não ideológica. Há casos que temos de aceitar que a internação é necessária, tanto para o paciente quanto para a família. Havia um tanto de militância mas procurávamos respeitar os limites da equipe e da própria infraestrutura da instituição.

Os CAPS foram sendo criados por todo o país e no decorrer do trabalho passamos a ter de responder às exigências de produtividade e de tempo de permanência de cada paciente na instituição, já que a proposta era de estabilizar o paciente e enviá-lo aos serviços ambulatoriais. Os CAPS passaram a ser cobrados não só pela eficácia dos tratamentos, mas também pela comprovação que a alternativa CAPS era mais ‘lucrativa’ para o Estado. Ora, de que serviria, do ponto de vista econômico, que um paciente estivesse se tratando em um CAPS que às vezes ‘custava’ mais ao Estado do que um valor de diária em um hospital psiquiátrico?

Na minha opinião, foi aí que a proposta da saúde mental começou a ruir. A escolha dos significantes não é sem importância. Antes, os responsáveis pelos CAPS eram ‘diretores’, herdando uma nomenclatura do sistema ambulatorial anterior. Logo em seguida, passaram a ser nomeados de ‘gerentes’. As exigências do capital sobre esses gerentes os tornaram rapidamente ‘administradores’, comprometidos com os resultados financeiros das unidades que dirigiam.

Claro que o Estado deve estar ciente do custo-benefício de seus projetos e poder decidir se é mais indicado montar sua própria clínica ou tercerizar esse procedimento. Porém, em termos de sofrimento psíquico não podemos utilizar os mesmos parâmetros utilizados para as demais especialidades médicas. Um paciente pode se estabilizar após um mês de internação e ser encaminhado para a Rede. Porém, o processo de desospitalização é maior que isso. O efeito ‘porta giratória’ era evidente. Os pacientes iam para os CAPS, e após a estabilização o pro-

jeto terapêutico ficava em risco pois o paciente era enviado para Rede, em unidades que na maioria das vezes não estavam preparadas para seguir o tratamento de forma adequada. Em pouco tempo, Pronto Socorro novamente, fazendo com que o sistema pensado pela saúde mental fosse colocado em questão. O modelo médico foi se impondo cada vez mais com medidas que parecem mais eficazes a partir do uso de medicação em doses cada vez mais altas.

Se pensarmos em termos de saúde privada, na qual a quantidade de vezes que um paciente dá entrada no Pronto Socorro ocorre o faturamento de uma consulta médica, ainda se pode compreender a implantação desse mecanismo, porém, em se tratando de saúde pública, não tem lógica avaliar se uma unidade é lucrativa ou não pelo sistema de remuneração aplicado à iniciativa privada.

Retomando a experiência do CAPS – Perdizes, gostaria de enfatizar que a proposta de reabilitação psicossocial com a horizontalização dos saberes contou com a orientação da psicanálise, já que, por essa via estava posto de saída que é preciso saber não saber diante de cada caso que se apresenta. Por mais que tenhamos avançado na aquisição de saberes em cada uma das disciplinas e no resultado da conjunção delas, o caso em particular exige contar com o sujeito para que uma proposta terapêutica se efetue.

É importante levar em conta que a psicanálise não tem um lugar cativo na equipe, tanto é, que ninguém é contratado na instituição como psicanalista. Cada um de nós se insere nesse trabalho a partir de sua profissão regulamentada: psicólogo, enfermeiro, assistente social, psiquiatra etc. Pode ocorrer que qualquer um dentre essas categorias, operem a partir do lugar de psicanalista em situações contingenciais. A psicanálise toma ocupa um lugar *Strapontin*. Trata-se daqueles assentos que encontramos nos transportes públicos que são rebatíveis. Quando o espaço se enche de saberes, a psicanálise deixa de tomar assento e libera espaço para que os outros discursos circulem.

No trabalho de supervisão que realizei em várias outras equipes de saúde mental depois que sai do CAPS Perdizes, a posição ocupada se dividia entre dois aspectos, respeitando o que disse acima. Se há por um lado, um saber constituído pela saúde mental na abordagem dos casos graves, é preciso também fazer surgir na equipe a aposta no sujeito. Tentar fazer do paciente um sujeito que possa se responsabilizar por sua posição, por suas escolhas e pelo destino quer traçar para sua vida.

Pude observar que as modificações ocorridas nas políticas públicas proporcionaram um achatamento das equipes de saúde mental, retrocedendo muito rapidamente a proposta ao modelo *medicocêntrico*.

Em muitas situações de urgência as equipes experimentaram um trabalho exaustivo para que o sujeito pudesse sair da crise com melhores condições para retornar à vida cotidiana, porém, com as exigências de rapidez nessa recuperação, o médico passou a ser acionando cada vez mais, pela própria equipe, para poder entregar os resultados exigidos. Para se produzir um sujeito, notadamente na psicose, é preciso tempo. É preciso cautela e docilidade. Quando, por exemplo, um paciente delirante sai de sua crise de agitação psicomotora, seu delírio pode servir para se reconectar ao laço social, pode voltar a conviver com sua família e no trabalho, desde que esse delírio tenha lugar no tratamento. Não se trata necessariamente de eliminarmos o delírio, já que em sendo um sintoma, o melhor é que o sujeito encontre um modo de fazer com isso. Se é esvaziado abruptamente, o paciente pode recorrer a métodos tão drásticos como o próprio tratamento drástico impõe, ou seja, pode ocasionar a morte do sujeito. Quando não se leva em conta que a saúde mental tem suas particularidades, corremos o risco de deixar prevalecer o modelo médico que tem em sua base de funcionamento a eliminação dos sintomas, como dito acima, porém, não é apenas aí que estamos em risco.

Podemos abrir a discussão sobre o Ato Médico. Se na saúde pública ainda se respeita a autonomia das categorias profissionais no tocante às indicações de tratamento, na medicina privada essa autonomia já se perdeu há muito tempo.

O Ato Médico já está instituído na clínica privada a partir dos Convênios, por exemplo, na questão da psicoterapia. Todos nós sabemos que a psicoterapia é regulamentada e seu exercício restrito aos profissionais médicos e psicólogos. Por que então, os convênios exigem uma indicação médica formal quando que a psicoterapia seja exercida por um psicólogo? Muitas vezes, as solicitações formais para a aprovação do procedimento pelo convênio são feitas por um ginecologista, um pediatra, cardiologista etc. Esses profissionais têm melhor capacitação do que os psicólogos para fazerem tal avaliação e indicação?

Claro que a questão não é tão simples como apresento aqui. Há casos que chegam na prática privada com queixas vagas e que são acolhidos por profissionais despreparados, sem condições de fazerem uma avaliação de possíveis causas orgânicas para os sintomas apresentados. Mas isso por si só, não justifica tal exigência.

Acho importante que todos aqui que escolheram a profissão de psicólogos possam se preparar para o enfrentamento dessa questão que será reapresentada de forma piorada a cada vez.

A horizontalização proposta por nós no trabalho da saúde mental não foi uma invenção da roda, aliás, ela se coloca de forma global há muitos e muitos anos. Ela vem ocorrendo desde pelo menos a revolução francesa, desde que a autoridade do pai despencou. O rei era rei

porque ele era rei. Mesmo levando-se em conta o poderio econômico que o havia colado nessa posição, nada justificava a servidão dos súditos na proporção que existia. Obedecia-se à hierarquia. A autoridade marcada pela verticalidade se impunha. Depois da revolução francesa e em seguida, a revolução industrial, essa autoridade, que se misturava com a autoridade do pai em termos gerais, sofre queda. Trata-se da autoridade do pai na família, do lugar da religião na vida das pessoas, do Estado etc.

É da segunda metade do século passado para cá que a coisa veio a galope, a psicanálise contribuiu muito para essa deterioração do lugar do pai, porque demonstrou que o pai também é castrado. O pai autoridade, o pai que sabia e que era necessário obedecê-lo, passou a se mostrar castrado, e portanto, mais parceiro.

E não adianta retornar à posição saudosista como temos visto nas redes sociais imagens de quando um professor entrava em sala de aula e os alunos se levantavam. De como era bonito quando fazíamos ordem unida na escola e jurávamos à bandeira e à pátria. Não adianta lutar contra a queda do pai. Trata-se de um fenômeno global.

Hoje uma menina na Arábia Saudita pode conseguir acesso ao restante do mundo a partir de um aparelhinho que lhe conecta à internet, e saber que existem outras maneiras de uma mulher se inserir no mundo. Ela poderá questionar a obediência à *Sharia* e saber que o estado é uma coisa e a religião outra.

Claro que se ela for pega fazendo isso sofrerá sanções extremas. Mas ao sofrê-las, a comunidade ao seu redor será tocada por sua atitude.

Posto isso, podemos dar um passo a mais para esclarecer que essa globalização depende do avanço da ciência e sua produção dos *gadgets* que invadem as nossas vidas. As tecnologias nos apresentam os objetos de satisfação cada vez mais sofisticados. Não é mais uma ideologia que nos satisfaz com promessas de felicidade. É a aquisição de bens, pequenos bens, que nos satisfazem de forma rápida e fácil. Se pegarmos por exemplo o carro, antes, havia uma ideologia por trás da aquisição desse objeto de consumo que prometia não apenas uma demonstração de ascensão social, mas proporcionava um deslocamento autônomo da família sem necessitar do transporte público.

Por trás da globalização e das tecnologias está o capital. Todo objeto - promessa de satisfação - visa à concentração do capital. O capital concentrado em poucos dita as normas de conduta dos demais, ou seja, tentam reger o gozo de cada um.

As políticas de saúde mental não fogem à máquina perpetrada por essa tríade contemporânea: globalização, tecnologia e capital.

Mas é impossível regar o gozo do outro. O que abordei sobre a prática da saúde mental diz respeito à entrada dessa lógica que crê no regulamento do gozo do outro.

Se seguimos nessa prática orientada por essa vertente vamos introduzir concepções padronizadas de como se satisfazer na vida, no âmbito social, familiar e pessoal. O resultado desse movimento é o surgimento do ódio. Fato que presenciamos cada vez mais nas experiências da saúde mental a partir das reações dos pacientes junto às equipes e mais ainda, entre os componentes da equipe uns com os outros.

Podemos pensar que pela identificação do modo próprio de gozo, busca-se a reunião de outros que compartilham o mesmo modo de gozo e forma-se um bando. O bando vai segregar quem não faz parte do mesmo modo de gozo, e nasce aí a segregação.

Se por um lado experimentamos a horizontalização, a queda da autoridade do pai que permite que o gozo seja acessível a todos, surge um imperativo de que se goze. Se o gozo está permitido, então, GOZE!

Se um sujeito experimenta uma tristeza em sua vida, logo será classificado de deprimido e se está deprimido, então deverá utilizar os medicamentos disponíveis para tal ‘doença’ para que tenha acesso ao gozo. Não se leva em conta que a tristeza também é uma forma de satisfação porque uma pessoa triste não compra celular, não compra computador, nem vai para a Disney.

A psicanálise, Lacan dizia, tem de estar à altura da sua época, tem que estar à altura da clínica contemporânea porque é evidente que os pacientes que nos chegam, trazem essas marcas do mundo atual. Não temos mais as ‘Doras’ de Freud, não temos mais ‘Homem dos ratos’ de Freud.

No CLIN-a, Centro Lacaniano de Investigação sobre ansiedade, instituição que a professora Nanci citou, na qual coordeno o Seminário Clínico, construímos a proposta enfatizando o significante ansiedade para poder introduzir uma maneira alternativa de abordar os sujeitos que sofriam com os sintomas que compõem o diagnóstico de ‘Síndrome do Pânico’. A ansiedade estava em alta em substituição à angústia.

Isso ocorreu no início dos anos 2000. O diagnóstico de Síndrome do Pânico chegava aos pacientes quase como se eles tivessem tido contato com algo externo, uma bactéria nova, uma novidade que a ciência e a tecnologia podiam detectar e fornecer o modo de extirpar.

Montamos essa instituição que é de tratamento gratuito e tempo limitado. No início o tratamento era oferecido em atendimento em grupos abertos, coordenados pelos psicanalistas dessa instituição. Nessas atividades podíamos partir da leitura de uma poesia, uma música ou um desenho. A proposta era de que a palavra pudesse circular livremente entre os pacientes e

que o coordenador pudesse marcar significantes privilegiados na fala de cada um, abrindo a discussão sobre o quadro de ansiedade de cada um.

A atividade que eu coordenava girava em torno da leitura da CID-10, a Classificação Internacional das Doenças, capítulo F, que trata dos transtornos mentais, especificamente o capítulo F-40, sobre os transtornos de ansiedade.

Uma cópia desse capítulo era distribuída aos pacientes e líamos juntos, esclarecendo todos os termos técnicos que constam na descrição da doença. O efeito em muitos dos pacientes, apenas por terem acesso a um material que parecia proibido, já era surpreendente: ‘Mas nós podemos ficar lendo isso?’ Como se fosse um saber que deveria ser manter em segredo restrito aos médicos. Era muito interessante porque lendo ponto a ponto, eles iam se identificando às descrições dos sinais e sintomas: ‘eu tenho isso’, ‘ não, isso eu nunca tive’.

Pudemos verificar, grosso modo, uma separação na adesão dessa atividade entre os psicóticos e neuróticos. Em geral, os psicóticos aderiam às descrições da CID, buscando um abrigo que fugisse dos diagnósticos recebidos anteriormente: ‘Eu já sei, eu não tenho esquizofrenia, eu tenho transtorno de ansiedade’. Eles encontravam um guarda-chuva que podia acolhê-los, que davam uma leveza maior nas etiquetas recebidas anteriormente. E isso não significava parar de tomar o Haldol.

Na psicose é necessário algo que faça borda, que a palavra possa enviá-lo à relação com seus sintomas e do diagnóstico dado à sua experiência. Pude escutar de um paciente quando um outro se opôs a ele: ‘é a minha ansiedade me faz escutar vozes e isso se chama esquizofrenia. Você não escuta vozes, por isso você nem precisa tomar Haldol’.

Ele estava ao abrigo da palavra e podia articulá-la de maneira absolutamente singular abrindo a possibilidade de laço social. Esses pacientes tinham a tendência de manterem-se vinculados ao Clín-a, mesmo depois de encerrado o tratamento. Eles podiam estabelecer com os outros pacientes programas sociais, almoços, fins de semanas etc. Mesmo marcados por suas ‘esquisitices’, eles podiam se colocar na paisagem junto aos demais.

Pensem no caso Schreber, caso clássico de Freud que experimentou seu corpo de transformando em mulher. Se no início do tratamento ele tivesse tido a possibilidade de encontrar um psicanalista de nossa época, poderia ter passado por toda a transformação sem as consequências que sofreu. Um encaminhamento possível seria permitir que ele fizesse sua transição acolhido em um grupo que compartilha as experiências de habitar um corpo que não condiz com sua anatomia. Talvez ele não tivesse chegado à construção delirante que o excluiu definitivamente do laço social.

É diferente receber um paciente que se crê o melhor pipoqueiro do mundo e dar lugar às invenções que daí podem advir, e receber um paciente que se diz o melhor assassino do mundo. Esse segundo merece uma posição do analista no sentido de escolher um significante mais do que outro na fala do sujeito para que ele possa enfatizar mais a parte ‘melhor do mundo’, e menos o ‘assassino’. A tomada da palavra frente a um analista não é sem a posição cidadã dele. É essa a posição do secretário do alienado que Lacan propôs diante da psicose.

Pelo lado dos neuróticos nas atividades do CLIN-a, também pudemos extrair consequências desse tratamento. Ao lerem as descrições da CID-10, de início, diziam: ‘Ah, eu tenho isso mesmo, transtorno de ansiedade’. Logo falavam: ‘Não, a minha mão não treme. Eu sei do que eles estão falando, mas não é assim que eu sinto, está para nascer a palavra que vai descrever o meu sofrimento’. Essa é uma lição sobre a neurose porque o neurótico busca a identificação com o grupo mas sua singularidade estará sempre no alvo, mais explicitamente na histeria. Quando dada a oportunidade da palavra, ele pode dizer: ‘Tá bom, eu faço parte desse grupo, mas eu gozo um pouquinho diferente do outro’.

É por isso que o bando segrega. Ele pode matar todos que não estejam nos conformes de seu gozo mas, daqui a pouco, dentro do próprio bando vão aparecer as pequenas diferenças.

Essa atividade mostrou à equipe do CLIN-a como podemos enfrentar a clínica contemporânea inventando novos dispositivos de abordagem do sofrimento humano. Não é necessário estarmos inseridos no *setting* clássico, uma sala com uma poltrona e um divã, como praticamos habitualmente a psicanálise pura. Há também a psicanálise aplicada.

Claro, não são todos vocês que seguirão esse caminho. Mas praticar a psicologia dentro do que ela tem de compromisso com a particularidade de cada um pode propiciar a aproximação com a psicanálise.

[Nanci] Muito obrigada professor por nos trazer, estar dividindo as suas aqui ideias conosco. Gostaria de saber se alguém gostaria de fazer alguma pergunta, quer colocar alguma questão, ninguém? Então eu vou colocar. Sabe o quê que é eu fiquei pensando na hora que você estava falando professor, muito parecido com o que a atual, a clínica da atividade, não sei se você já ouviu falar do Yves Clot, que é na França também, veio a partir de uma discussão do Dejours sobre que evoluiu dentro da psicodinâmica do trabalho e agora foi para a clínica da atividade e atualmente dentro ergologia e que eles colocam muito essa questão, essa coisa do na hora que você foi explicando sobre o funcionamento do CAPS de vocês, esse saber tácito que a gente fala que é um saber tácito do empregado, que ele tem um saber sobre o fazer dele e quando você coloca um problema a gente pode discutir ele, ele pode criar e buscar a própria solução, que a gente não tem que, o nosso saber que a gente tem pode dividir, pode trazer, mesclar isso, mas que não tem um saber absoluto então não dá para impor, então eu fiquei me pensando isso porque o nosso tema é exatamente esse como que o olhar clínico pode e está atravessando o tempo todo a gestão também, então eu fique achando assim, muito essa coisa próxima, com o tempo que

eu tenho estudado, eu também sou psicanalista e estudo também, e também estou na área do trabalho, então isso me chama muito atenção sabe, essa atuação, essa maneira de ver e entender, você também vê que, eu entendi que a clínica estava atravessando o tempo todo a gestão e a gestão também interferindo ali na clínica também, no fazer clínico também, você poderia assim, trazer alguma coisa para a gente?

A referência à psicanálise da orientação lacaniana é a o que eu tenho como orientação para minha prática clínica, seja ela na instituição ou no meu consultório. Ela não é a solução para os problemas do mundo. Tomei esse caminho desde o período da faculdade de medicina, quando eu já dava as minhas bicadas na psicanálise. Na residência em psiquiatria, como fazia parte do currículo, estudei o psicodrama, a psicoterapia familiar sistêmica e outras linhas de trabalho. Quando você aborda a questão do trabalhador, temos uma possibilidade de abordagem de forma específica. O trabalhador desenvolve um saber particular sobre o seu ofício para além do que aprendeu nos livros ou em seu treinamento. É isso que o torna rico. Quanto à doença que poderá desenvolver, se entendo bem a questão, vai depender da relação que faz de seu fazer técnico com o seu corpo. A doença ocupacional e o próprio corpo.

O que me parece mais importante em nossa prática é nos colocarmos na posição de saber não saber como pretendi desenvolver. Ou seja, temos de nos colocar em nessa posição para abordarmos o que advém como afetação no corpo para alguns trabalhadores.

Uma linda notícia saber que foi encomendada uma escultura de Nise da Silveira.

De sua prática podemos concluir que de uma forma ou de outra, ela introduziu o saber não saber diante de cada paciente que ela tratou. Ela captava dos pacientes os objetos que os interessavam, os detritos de uma vida vivida sem que se pudesse recuperar uma história, e dava a eles a possibilidade de invenção fora do discurso. Colher, faca, garfo, linhas e pedaços de tecidos, para Bispo do Rosário. Como essa mulher podia fazer uma coisa dessas? Aquele homem maluco construindo seu manto para chegar no reino dos céus. Ela também, considerada uma maluca. Ele foi como Schreber, morreu no hospital psiquiátrico absolutamente doido mesmo com toda a construção.

Nise da Silveira sabia não saber e tinha confiança naquilo que escutava.

Sobre a questão do trabalho de forma mais geral, posso relatar uma experiência que tivemos no CLIN-a. Nós organizamos um Núcleo de pesquisa de Psicanálise e RH para fazer uma contra posição ao RH que tomou proporções enormes nas empresas. O RH passou a ocupar uma posição de diretoria. Antes, existia o departamento pessoal, depois virou RH, diretoria de Recursos Humanos. O departamento que cuidava também do trabalhador: férias, aposentadoria, e dos demais direitos, passou a ser uma diretoria à serviço do patrão. Não digo que sejam todos assim.

É importante, ao meu ver, que aqueles que pretendem seguir essa vertente que a profissão possibilita, possam escutar, nessa semana dedicada à reflexão, a parte dedicada à condição humana que estará sob suas batutas. Que de saída, ao ser humano devemos respeito em sua singularidade. Ao se fazer a escolha pelo trabalho no RH que esse princípio não seja deixado de lado.

[Ouvinte, aluno de Psicologia] Boa noite, eu me chamo Morel, sou aluno do oitavo período de Psicologia e um pouco antes de eu vir para a palestra eu estava lendo um texto da Maria Rita Kehl, que chama em defesa da família tentacular, que ela faz um pouco dessa trajetória da família, na história do Brasil, e vai mostrando como e que a família vai se tornando horizontal também, como a clínica, então a gente vai saindo de uma família patriarcal, a mulher vai adquirindo poder e trabalho, e vai reorganizando e dividindo o poder e não fica mais assim, em uma mão só. E aí ela coloca isso, mas ela chama atenção também que por outro lado isso é apontado pela sociedade como o um dos motivos da destruição da família tradicional brasileira, ah a família “está acabando”, na minha época família não era assim e ao mesmo tempo ela vai e coloca que ao mesmo tempo em que esta família está acabando essa família tradicional, da mesma forma que tudo que é escasso na natureza começa a ser valorizado, então a gente ver esse movimento na clínica de horizontalização e agora a gente já vê o ensaio já pedindo a institucionalização, a volta dos hospitais psiquiátricos e isso começa a ganhar um valor de ouro e assim a gente ver a sociedade sempre reclamando às vezes quando tudo está parecendo que está ficando ameno, agente da um baque ali, uma postura e foi isso que aconteceu no momento eleitoral, agora a gente está vendo isso acontecer muito, a gente a necessidade dessa demanda por hospitais psiquiátricos e por institucionalização, e ver isso pra ditadura também, sei lá, o pessoal está sempre clamando pra essa volta, eu queria ver como e se é um desafio da clínica contemporânea, a gente vai passar por isso, a gente daqui a pouco está formando e talvez vai chegar em um mercado que vai estar clamando por hospitais, como você ver isso e como a gente pode enfrentar essa dificuldades, esses desafios.

Agradeço sua contribuição porque a família é um tema absolutamente importante nesse contexto. Ela veio despencando não é de ontem, não foi só dos anos 60 para cá. Quando observamos que as mulheres, muito em função da primeira grande guerra, começaram a ser exigidas para as fábricas porque faltavam homens, começaram a se emancipar, começaram a fazer movimentos para terem direito ao voto, por exemplo. Apenas em 1932 essa conquista ocorreu.

A mulher começou a dirigir, a buscar outras carreiras e todo esse movimento tomou força com o advento da segunda grande guerra. Com a mudança da posição da mulher a concepção do conceito de família também sofreu alterações.

Nise da Silveira se formou em medicina. Foi a única mulher a se formar em 1930, se não estou enganado. A indignação certamente levava à comentários do tipo: ‘como é que essa mulher vai constituir uma família?’ Agora as coisas se colocam de maneira muito mais ousadas: famílias monoparentais, homoparentais etc.

Porém, isso tem um preço. Como eu disse acima, a permissividade ao gozo, cobra. Exige um certo ordenamento de gozo pautado pelo discurso dominante. Ou seja, ‘se você quer gozar com uma família que não tenha papai, mamãe e filhinhos, ok, nós vamos aceitar o casamento homoerótico etc., nós vamos aceitar que um casal homo possa adotar uma criança; nós vamos aceitar os gozos conforme eles se apresentam, mas então você Goza! “Se você começar a apresentar problemas para a nossa sociedade que é uma sociedade limpinha dessa gente aí, você vai ver conosco! Porque se você tivesse uma família papai, mamãe e filhinhos não estaria passando por isso!”

Com a proposta ao retorno ‘ao que era antes’ creio que corremos o risco de fazermos uma oposição ao mestre contemporâneo, ou seja, o discurso capitalista, que já ultrapassou e muito o discurso do pai, do mestre antigo.

[Nanci] Gente, por causa do nosso tempo nós vamos encerrar agradecendo a presença do professor Rômulo aqui e que nós tenhamos ótimos trabalhos.

## REFERÊNCIA

LACAN, J. **O lugar da psicanálise na medicina.** Opção Lacaniana n. 32. Eolia. São Paulo. 2001. p.08.