

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DIEGO ALONSO SOARES DIAS

O processo de cronificação de pacientes em saúde mental:
contribuições psicanalíticas

Belo Horizonte
2014

DIEGO ALONSO SOARES DIAS

**O processo de cronificação de pacientes em saúde mental:
contribuições psicanalíticas**

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

Área de Concentração: Estudos Psicanalíticos.

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

Orientador: Prof. Dr. Oswaldo França Neto

Belo Horizonte
2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo ou pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas
Gerais

Dias, Diego Alonso Soares.

O processo de cronificação de pacientes em saúde mental: contribuições psicanalíticas / Diego Alonso Soares Dias; Orientador: Oswaldo França Neto. Belo Horizonte, 2013.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Área de Concentração: Estudos Psicanalíticos.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

PPG
PSICO
LOGIA
UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

**O processo de cronificação de pacientes em saúde mental:
contribuições psicanalíticas**

DIEGO ALONSO SOARES DIAS

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração ESTUDOS PSICANALÍTICOS, linha de pesquisa Conceitos Fund. Psicanálise Invest. Campo Clínico e Cultural.

Aprovada em 20 de janeiro de 2014, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Oswaldo França Neto - Orientador
UFMG

Prof(a). Marcia Maria Rosa Vieira Luchina
UFMG

Prof(a). Jacqueline de Oliveira Moreira
PUCMINAS

Belo Horizonte, 20 de janeiro de 2014.

Para Helena e Mari,

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos diversos colegas que, a sua maneira, contribuíram para a confecção deste trabalho, mesmo que, muitas vezes, isso não acontecesse de forma explícita:

Aos colegas de curso, que, ao mesmo tempo em que instigaram a continuidade do trabalho, tornaram a caminhada menos árdua;

Aos professores do programa, que souberam, por meio de suas disciplinas, provocar questões fundamentais para que essa produção não perdesse seu fio;

Ao meu orientador Oswaldo, que, a seu modo, possibilitou que elaborações ocorressem em seu devido tempo, mostrando-se com isso presente nos impasses aos quais fui submetido; sua aposta nesse trabalho mostrou-se fundamental para que ele se concretizasse;

Às professoras Míriam Debieux, Márcia Rosa e Fernanda Otoni, pelas contribuições advindas do processo de qualificação, determinantes para os rumos tomados deste trabalho;

À professora Jacqueline, pela amizade e disponibilidade em participar desta defesa;

Aos trabalhadores da saúde mental, que, por meio de sua constante criatividade, sempre em exercício, colocam questões que, no limite, se configuram como inspirações para as investigações;

À Mariana, companheira e amiga, capaz de comportar tantas faltas;

À pequena Helena, por sua paciência e doçura;

Aos meus familiares, em especial meus pais, Bete e Alonso, tão presentes em cada momento de minha vida.

“O que significa viver?”

Viver? – significa: repelir incessantemente aquilo que quer morrer. ”

Nietzche

Dias, D. A. S. (2013). O processo de cronificação de pacientes em saúde mental: contribuições psicanalíticas. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo principal elaborar uma investigação a respeito de casos psiquiátricos que, em sua evolução, recebem a caracterização de crônico. Interessamos, em nosso esforço, a problematização desse termo, buscando apreender possibilidades de manejo desses casos. Dentre essas possibilidades de manejo, optamos por incidir nossa investigação de forma privilegiada sobre a metodologia da construção do caso clínico, tendo como hipótese de trabalho que a construção de um caso clínico pode oferecer novas formas de abordagem de casos que se encontram cronificados. Para tanto, procuramos, no desenvolvimento desse texto, uma melhor apropriação da expressão “paciente crônico”, por meio de estudos que incidem na forma como o termo é utilizado no campo da medicina, e, mais adiante, no campo da psiquiatria. Como ponto diferencial que permitisse o estabelecimento de novos rumos para nossa empreitada, consideramos também válida o entendimento de crônica no campo da literatura, compreensão essa fundamental para que pudéssemos levar adiante nossa hipótese de trabalho: é possível que a construção do caso clínico se configure como um elemento que leva à cronificação de casos psiquiátricos? De que forma? Assim, se por um lado é feito um trabalho de apropriação da expressão crônico, por outro, realiza-se um estudo da metodologia da construção do caso clínico para que, no momento seguinte, seja possível que se explorem os limites e as possibilidades que envolvem as duas perspectivas. Por meio desse processo, será legítimo que se chegue, à guisa de conclusão, em considerações que nos possibilitem trabalhar com a ideia de que o termo crônico, ao ser apropriado pela medicina, revela-se como uma estratégia que visa o silenciamento daquilo que de mais singular encontramos em um caso clínico. Torna-se importante, a partir disso, que se leve em conta também as contribuições advindas do campo da literatura e da própria psicanálise, que possibilitam que um paciente cronificado seja encarado por meio de uma nova ótica, capaz de legitimar algo da singularidade de cada caso, não passível de caracterização e classificação.

Palavras-chave: crônico, construção do caso clínico, saúde mental, psicanálise.

Dias, D. A. S. (2013). The process of becoming chronic patient in mental health: psychoanalytic contributions. Masters' Dissertation, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

ABSTRACT

This paper has the objective to do an investigation of psychiatric cases who receive the characterization of chronic. Interests us the questioning of the term, to understand possibilities for handling these cases. Among these management possibilities, we chose to focus our investigation on the methodology of the construction of the clinical case. Our hypothesis is the construction of a case may offer a new way of treatment of chronic cases. We seek, in the development of this text, a better understanding of the term "chronic patient" through studies that focus on how the term is used in the medical field, and later, in the field of psychiatry. We also consider valid the comprehension of chronic in the field of literature, what is fundamental to our working hypothesis: is it possible that the construction of the clinical case leads us to chronicity the psychiatric cases? In what way? So, if will be made a work of appropriation of the "chronic" expression, will be made as well, in our paper, a working of characterization of the methodology of the construction of the clinical case, to became possible the exploration of the limits and possibilities involving both perspectives. Through this process, it will be possible to be reached, in conclusion, considerations that allow us to hypothesize that chronic term, when appropriated by medicine, reveals itself as a strategy for silencing of what is more unique in a case. Becomes important to consider, in our reflexion, the contributions of literature and psychoanalysis, which allows a patient to be seen as a chronic through a new perspective, that legitimize the uniqueness of each case, not subject to a simple characterization and classification.

Key-words: chronic, construction of the clinical case, mental health, psychoanalysis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 CAPÍTULO I - ALGUMAS PONTUAÇÕES SOBRE A CRONICIDADE ...	18
2.1 Considerações Preliminares.....	18
2.2 Cronificação e Loucura.....	20
2.3 Loucura igual à Cronificação?	23
2.4 Giros da Loucura	31
2.5 Perspectivas	35
3 CONSTRUÇÕES	41
3.1 Revisitando as Construções de Freud.....	41
3.2 Algumas Pontuações Clínicas de Freud sobre as Construções em Análise: a Jovem Homossexual, o Homem dos Lobos e “Batem em uma Criança”	47
3.3 A Construção do Caso Clínico em Saúde Mental –Reflexões de Autores Atuais	51
3.4 Algumas Observações sobre a Evolução da Perspectiva da Construção.	58
3.5 Casos Crônicos podem ser Construídos?	62
4 CONSTRUINDO UMA CRÔNICA.....	64
4.1 “O Pedinte e o Provedor”	66
4.2 “Um Herói Solitário”	69
4.3 Alguns Comentários	72
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo principal elaborar uma investigação a respeito de casos psiquiátricos que, em sua evolução, recebem a caracterização de crônico. Interessamos, em nosso esforço, a problematização desse termo, buscando apreender possibilidades de manejo desses casos. Dentre essas possibilidades de manejo, optamos por incidir nossa investigação de forma privilegiada sobre a metodologia da construção do caso clínico, tendo como hipótese de trabalho que a construção de um caso clínico pode oferecer novas formas de abordagem de casos que receberam o rótulo de casos cronicados

Para que fosse possível caminhar nessa direção, no primeiro capítulo nos dedicaremos a abordar a noção de “crônico”. De forma breve, faremos um apanhado da terminologia da palavra, que, etimologicamente, encontra-se vinculada a História, tendo sido, só mais tarde, apropriada pela Medicina, para designar casos que permanecem semelhantes ao longo do tempo, e que, de certa forma, devem ser controladas, não sendo possível a sua cura.

Nesse primeiro momento de nosso estudo, procederemos da seguinte maneira. Localizaremos a definição médica atual de doenças crônicas, já se tornando possível a confecção de pequenos comentários que nos remetam a discussão de nosso objeto de estudo. Tais comentários se relacionam, em sua maioria, a dificuldade de se colocar em um mesmo grupo doenças mentais psiquiátricas crônicas e doenças crônicas orgânicas, por mais que seja esse o movimento realizado pela Organização Mundial de Saúde (2008). Nesse sentido, será possível precisar algumas especificidades vinculadas aos casos de portadores de sofrimento mental que recebem a nomeação que está em jogo.

Por meio do recorte dessas especificidades nas diferentes situações, torna-se possível direcionarmos a discussão para as concepções que se tem de um caso crônico em saúde mental. Aqui, nos deparamos com dificuldades de outra natureza. Afinal, o ato de cronificação em saúde mental, a partir da perspectiva de diferentes autores, ganha destinos diferentes. Percebe-se que é possível agora que se entenda a cronificação vinculada também à instituição, não se limitando somente a um indivíduo incapaz de responder a um tratamento. O termo crônico em saúde mental pode ser relacionado a três momentos diferentes: ou se encontra vinculado estritamente ao paciente, que, inevitavelmente, terá seu caso evoluído para a incurabilidade; ou se encontra ligado única e exclusivamente à instituição, sendo ela o agente que promove a cronificação; ou, finalmente, relaciona-se a elementos de ambas situações, que remetem tanto ao indivíduo quanto à instituição na qual ele se insere. Contudo,

o que mais nos chama a atenção nesse momento é a definição de Ey a respeito das doenças mentais, que, ao mesmo tempo em que une a cronificação à loucura, faz com que compreendamos a loucura também de maneira episódica, por vezes reversível (Ey, 1981).

Essa provocação de Ey possibilitou-nos que voltássemos nosso entendimento ao momento em que a loucura encontrou a possibilidade para se vincular à noção de cronicidade. Nossa aposta, nesse momento, é que a investigação dessa associação nos poderia fornecer uma nova orientação.

Por meio desse movimento, encontramos, na Antiguidade, a vinculação e desvinculação entre a loucura e a cronicidade, sendo que, ao lado da desvinculação, estava Hipócrates (2002, 2003, 2011) como expoente, ao passo que, ao lado da ligação entre loucura e cronicidade, tínhamos Galeno (Barros-Brisset, 2009). É interessante notar ainda que Galeno faz suas contribuições de forma posterior a Hipócrates, se permitindo fazer uma interpretação própria do texto de Hipócrates, e possibilitando essa mudança de perspectiva (Rebollo, 2003, 2006).

Em sua acepção clássica, de forma semelhante à medicina galênica, a psiquiatria relaciona loucura e cronicidade, com prognósticos extremamente pessimistas. Por mais que, em alguns momentos, surjam novas terapêuticas que permitam que se cogite a cura para a doença, esse momento não é alcançado. A cronicidade resiste à modificação, sendo que talvez o exemplo mais recente disso sejam os teóricos da Reforma Psiquiátrica que presenciam, mesmo com a reestruturação da assistência oferecida ao louco, a permanência de quadros graves e com baixíssima resposta a qualquer tipo de intervenção proposta. Foucault (2011) argumenta que à psiquiatria deixa de ser interessante tentar curar a loucura, ao entender que a subsistência da própria psiquiatria encontra-se vinculada à localização e descrição de comportamentos desviantes, não necessariamente ligados à possibilidade de curá-los. Para Foucault, é conveniente ao psiquiatra a cronicidade, já que a especificidade do psiquiatra não se vincula à cura de uma doença, mas à busca por uma explicação de comportamentos considerados desviantes.

A colocação de Foucault, portanto, possibilita que encaremos a questão por outro viés. Afinal, a cronicidade passa a ser vista como uma característica determinante de um saber que estipula tratamentos e condutas. Ela não é o ponto de chegada, mas é o de saída e o de chegada, sendo a cronicidade, por definição, aquilo que permanece, e que determina um caso. No entanto, se o percurso feito pela Medicina parece-nos pouco promissor, se considerarmos que nossa intenção é a problematização do termo crônico, investigando se é possível que se extraia alguma orientação clínica daí, o mesmo não acontece se nos voltarmos à forma como a

crônica é concebida no campo da literatura. Aqui, a crônica ganha ares de originalidade e de inventividade, relacionando-se, intrinsecamente, ao que de novo e original surge em uma situação considerada banal, cotidiana. Na Literatura, uma crônica é o que capta o que de singular existe em uma situação, que por vezes passa despercebido.

Se encontramos, ao visitar a Literatura, no final do primeiro capítulo, uma nova acepção para a noção crônico, de que forma é possível realizar um movimento de apropriação desse termo que permitisse que ele incidisse diretamente sobre os casos clínicos? É justamente nesse ponto que passamos ao capítulo segundo, que trata do tema da construção do caso clínico. Nosso estudo nos leva a considerar que, talvez, a metodologia da construção do caso clínico possa ser entendida como um agente de cronificação, mas no sentido literário.

Para que se leve adiante essa hipótese, tornou-se necessário um aprofundamento conceitual do que se concebe como construção do caso clínico. No segundo capítulo, o percurso adotado foi o de se resgatar o momento inaugural em que a expressão “construção do caso” foi empregada, o que nos levou diretamente a um dos últimos textos de Freud, denominado “Construções em Análise”, de 1937. Por meio de seu estudo, tornou-se possível precisar os elementos que definem a construção do caso nesse momento, permitindo-nos, a seguir, o aprofundamento da questão e a apreensão da forma com que o termo foi utilizado na análise de alguns casos clínicos publicados por Freud, a saber: o caso do Homem dos Lobos (“História de uma Neurose Infantil”, de 1918), o caso da Jovem Homossexual (“A Psicogênese de um Caso de Homossexualismo numa Mulher”, de 1920), e o artigo teórico denominado “Batem em uma Criança”, de 1919.

Apesar de toda a importância que se deve atribuir aos artigos citados e às contribuições freudianas sobre o tema, observamos também as modificações sofridas ao longo do tempo, no que se refere ao tema da construção. Na sequência de nosso estudo, o apanhado das contribuições de autores atuais para o tema permitiram-nos localizar pontos que demonstram a influência da teoria freudiana para a metodologia, ao mesmo tempo em que possibilitam que apareçam os pontos diferenciais que mostram as rupturas na forma de se entender o processo de construção. Conforme será possível observar, a abordagem das teorizações de autores como Zenoni (2000), Viganò (2012) e Teixeira (2010) possibilitará o entendimento das questões relacionadas à construção do caso clínico que se modificam e possam ser atribuídas não somente ao contexto analítico, mas também ao trabalho institucional. Por outro lado, torna-se possível também averiguar em que medida é legítimo que se considere que o trabalho de construção incida sobre uma equipe de profissionais, e não mais se restrinja à relação paciente e analista.

Cabe ressaltar, portanto, que, no desenvolvimento do trabalho, consideramos que o ponto de articulação entre as diferentes formas de se lidar com o tema da construção recai sobre a questão da verdade, o que, a nosso ver, permanece constante tanto no que se refere à teorização freudiana quanto às elaborações de atores atuais a respeito do tema. O que se encontra em jogo, nesse momento, é que a construção do caso clínico configura-se como um método que nos permite a abordagem da verdade do sujeito. Tal abordagem da verdade, por meio da construção, estabelece vínculos com a fórmula lacaniana que liga a verdade a um semi-dizer (Miller, 1996). Construção e verdade aproximam-se no momento em que a construção, em sua forma de organização sempre contínua, nunca finalizada, relaciona-se ao fato de que não conseguimos dizer toda a verdade. No que se refere à verdade, sempre estamos construindo, e é por meio dessa construção que se torna possível que a verdade daquele sujeito se apresente, mesmo que de forma indireta.

A abordagem da metodologia da construção do caso clínico e seu aprofundamento possibilitam-nos a aquisição de recursos para retornarmos à questão que provocou a confecção desse capítulo. A pergunta relaciona-se à investigação da legitimidade de se considerar a construção do caso clínico uma forma de se deslocar o que se concebe como um caso crônico. O que percebemos, principalmente a partir dos autores atuais, é que, já em sua definição, a construção do caso clínico visa incidir sobre o que de mais singular há em cada sujeito. Ela procura a legitimação das saídas particulares encontradas por cada paciente, o que, em última instância, possibilita que novas diretrizes para o tratamento se revelem.

No final desse capítulo percebe-se que talvez a construção do caso clínico seja compatível com um caso crônico principalmente se nos remetermos à crônica literária. Ao mesmo tempo, a abordagem da verdade, ao lado do tema da construção, ganha um novo contorno quando é relacionada à concepção de verdade como processo, inapreensível já de saída, o que se contrapõe ao tema da verdade como resolução, ou como resposta definitiva. A consideração da verdade como resolução, ou como definição, remete-nos diretamente à perspectiva que se tem de um caso crônico médico, isto é, que permanece ao longo do tempo do jeito que é. O que se pretende aqui é tomar a perspectiva da construção do caso clínico como um operador que subverte a lógica do fracasso. Ao invés de tomar a “cronicidade” como o resultado de uma falha, interessa-nos entendê-la como a parte de um processo, como o pedaço de uma construção. Uma primeira hipótese é a de que a construção do caso clínico pode fazer algo diante dos casos “crônicos” no momento em que ela se propõe a abordar esse tema por outro viés, que prima pelas particularidades dos sujeitos.

Se, no desenvolvimento do segundo capítulo, revela-se a possibilidade de um diálogo interessante entre construção do caso e cronicidade, resta-nos, finalmente, abordar de que forma é possível o encontro entre essas duas perspectivas. O que está em jogo quando se tenta construir uma crônica? É possível que encontremos casos que sustentem a nossa hipótese, a de considerarmos a construção um agente de cronificação? A abordagem da crônica pelo viés da Literatura é de fato uma forma interessante de se trabalhar a questão? Essas foram algumas questões que introduziram e nortearam o terceiro capítulo.

O terceiro capítulo, que se propõe a investigação das relações entre a construção do caso clínico e a cronificação, inicia-se com uma pesquisa clínica. Utilizando-se dos registros existentes no livro denominado “Metodologia em Ato”, que tem como organizador Teixeira (2010), e que traça um estudo da metodologia da construção do caso clínico aplicada à instituição por meio do dispositivo da “conversação clínica”, foi possível que se abordassem casos que possuem características de crônicos e que foram passíveis de um movimento de construção. Por meio desses dois casos a investigação da construção como um agente de cronificação foi levada adiante, revelando-se assim os elementos que subsidiaram nossa discussão. Nosso procedimento, nesse momento, foi o de recortar aquilo que cada caso abordado revelava que reforçava ou refutava nossa hipótese de trabalho, por meio de um aprofundamento teórico desses dados.

Dentre os diversos pontos levantados, alguns chamam atenção, a começar pelos limites da Reforma Psiquiátrica. Nesse contexto, foi-nos revelado que a consideração de um caso como crônico relaciona-se, em grande parte, à expectativa depositada em relação a esse mesmo caso. Ideais da Reforma Psiquiátrica que se frustram, no decorrer de um determinado tratamento, faz com que o caso seja considerado um fracasso, e conseqüentemente cronificado. Se o caso não responde ao aparato ideológico montado para dar suporte a esse mesmo caso, a chance de surgir a caracterização “crônico” torna-se maior, o que nos leva a considerar que essa nomeação “crônico” talvez se configure como uma estratégia para lidar com casos que escapam a qualquer tipo de apropriação racional.

Outro ponto levantado relaciona-se à perspectiva do diagnóstico. Conforme um dos casos revelou, a questão diagnóstica, ao surgir como uma das características marcantes do caso, mostrou-se passível de ser entendida por diferentes perspectivas, que direcionavam para diferentes horizontes de interpretação. Nesse sentido, será possível perceber que diferentes possibilidades de tratamento surgem em função da forma como a questão diagnóstica é manejada, permitindo a criação de novas formas de tratamento, ou até mesmo a sua estagnação. Percebemos que, assim como a noção de cronificação, também o diagnóstico

encontra-se submetido a diferentes entendimentos, de acordo com o arcabouço conceitual que é mobilizado para o problema.

As elaborações do terceiro capítulo, conforme será possível perceber, caminham para uma mesma direção. Trata-se das formas encontradas para que se maneje algo que foge ao aparato racional. Observamos que a abordagem de casos crônicos se relaciona, em última instância, à relação estabelecida entre o mundo racional e um ponto que lhe excede. Esse ponto, ao mesmo tempo que possibilita que um campo surja, por meio de sua exclusão, teima em aparecer de diferentes formas no ambiente criado por meio dele, conforme as orientações de França Neto (2011). A nomeação crônico, dentro dessa perspectiva, relaciona-se justamente a uma estratégia para acomodar o que de alguma forma não encontra representação no campo racional. Essa acomodação gera como efeitos o silenciamento daquilo que existe de singular em cada caso, sendo este excesso o que possui em si a capacidade de transformação de uma situação que se encontra estagnada. Exemplo disso é a capacidade que um caso crônico, quando escutado, possui em questionar alguns pressupostos tidos como óbvios da Reforma Psiquiátrica, como a perspectiva da inclusão e participação social.

Por meio das contribuições de Lacan, a partir de seu texto denominado *Lituraterra* (2003a), que, a nosso ver, pode ser diretamente relacionado à maneira como concebemos a crônica literária, levando-nos a possibilidade de questionamento de arranjos já estabelecidos, foi possível que ensaiássemos, de forma sucinta, maneiras de se converter um lugar ao que excede, e que de algum modo teima em não se deixar apreender. O que está em jogo, portanto, é a maneira de fazer com que determinado caso seja escutado e legitimado em sua singularidade, sem que essa mesma singularidade deva ser tomada como algo a ser silenciado. Nesse momento, tornam-se preciosas as indicações de França Neto (2011), Badiou (1996) e Garcia (2011), que incidem diretamente sobre a possibilidade de se utilizar a construção do caso clínico como um instrumento para a elaboração de um *pro-jeto*, termo que contém em si a ideia de lançamento, que vai no sentido da possibilidade de criação de novas saídas e estratégias de vida.

A inclusão em um campo já estruturado de algo que não compõe esse campo, e que, ainda assim, não deva ser completamente absorvido, mantendo assim sua singularidade. A construção de uma crônica visa justamente essa possibilidade, sendo que, para que isso aconteça, seja necessário um lançamento a um espaço do qual não é possível se apropriar.

À guisa de conclusão, é possível observarmos que a questão por nós levantada relaciona-se ao tipo de olhar que se despende ao que é desconhecido, que é, de certa forma,

enigmático. Esse tipo de olhar é o que caracteriza a abordagem adotada, sendo possível perceber que essa abordagem pode ter como referencia posturas que tentam silenciar o que há de excessivo em uma determinada situação ou que tentam legitimá-lo, possibilitando-lhe um lugar, por mais desafiador que isso seja.

As considerações finais desse trabalho caminham, portanto, para reflexões a respeito do trabalho desenvolvido e suas limitações, traçando ainda a consideração de temas que merecem um maior aprofundamento, como: o campo da Literatura e suas possíveis relações com o discurso psicanalítico aplicado à saúde mental; a questão da verdade em saúde mental, tema esse sinalizado por nós no segundo capítulo, e que faz referencia ao diálogo estabelecido entre o campo da saúde mental e outras disciplinas, como o Direito, a Filosofia e a Medicina; e, finalmente, o aprofundamento de formas de se apropriar do que há de real na loucura, potencializando-se aí meios de se manejar esse excesso.

2 CAPÍTULO I – ALGUMAS PONTUAÇÕES SOBRE A CRONICIDADE

2.1 Considerações Preliminares

Em sua origem etimológica, a palavra “crônica” remete-nos diretamente a perspectiva de tempo. Do grego, crônico possui sua raiz em “chronikós”, que por sua vez relaciona-se a chronos, que significa tempo. Tal vocábulo, no começo da era cristã, era empregado para designar acontecimentos que pudessem ser organizados em ordem cronológica, por meio de uma sequência de eventos (Massaud, 1983). Chama a atenção a possibilidade de se compreender determinado fato por meio de uma abordagem histórica, que de alguma forma estabelecesse relações entre acontecimentos.

Na medicina, encontramos um uso peculiar do vocábulo “crônico”. Afinal, a designação de uma doença crônica tem como ponto de contraposição as doenças que se caracterizam por serem agudas. Permanece a vinculação com o tempo, porém o diferencial aqui é que uma doença crônica é aquilo que se sustenta ao longo do tempo, que subsiste no decorrer dos anos. O que está em jogo é a evolução de um determinado quadro durante o tempo, e de que forma é possível controlá-lo.

De acordo com o documento denominado “Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis” (2008), uma doença crônica não transmissível “se caracteriza por ter uma etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado e origem não infecciosa e, também, por associarem-se a deficiências e incapacidades funcionais”. (Brasil, 2008, p. 15-16).

Dentro dessa definição, surgem como exemplos de doenças crônicas não transmissíveis as doenças cérebro-vasculares, cardiovasculares, renovasculares, neoplasias, doenças respiratórias, diabetes mellitus, doenças bucais, ósseas e articulares, desordens genéticas e patologias oculares e auditivas, além de desordens neurológicas e mentais, as quais nos interessam em particular nesse trabalho. (Brasil, 2008).

No que se refere às doenças crônicas vinculadas às desordens mentais e neurológicas, cabe ressaltar que, em tais desordens, de acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS (Brasil, 2008), é significativo o fato de contribuírem para o agravamento do sofrimento dos indivíduos, família e sociedade, mobilizando diversos aparatos de saúde para que um tratamento possível seja alcançado. Nesse sentido, também se torna critério para a definição de uma doença crônica a existência de um sofrimento que permanece ao longo do tempo e

que extrapola o indivíduo que porta a doença, comprometendo também o entorno no qual ele se insere.

Por outro lado, é importante considerar a gama de elementos abordados para a definição de uma doença crônica. Afinal, dizer que a etiologia de uma doença crônica é múltipla, que existem diversos fatores de risco que podem se relacionar a ela e que pode provocar incapacidades funcionais e deficiências é algo que nos remete a algumas incertezas diante desse problema, especialmente nos casos psiquiátricos. Se sua etiologia¹ é múltipla, acentua-se a dificuldade, e por vezes a impossibilidade, de se esclarecer os determinantes etiológicos do quadro. Assim, como alternativa, surge a possibilidade de se abordar a questão por meio da problematização dos vários fatores de risco que influenciam no processo de estabelecimento de um quadro crônico. A existência de um caso crônico nos convida a investigação dos fatores de risco que condicionaram o seu desenvolvimento: “a etiologia múltipla das DCNT (Doenças Crônicas Não-Transmissíveis) não permite que elas possuam causas claramente definidas. No entanto, as investigações biomédicas tornaram possível identificar diversos fatores de risco.” (Brasil, 2008, p. 16).

Esses fatores variam desde a idade do indivíduo ao tipo de alimentação ou atividade física que pratica. São definidos como fatores não modificáveis (herança genética, sexo e idade), ou como fatores comportamentais (alimentação, consumo de drogas e álcool, tabagismo, dentre outros). No entanto, cabe ressaltar que parece-nos que a reflexão a respeito dos fatores de risco incide de forma privilegiada nas doenças crônicas de caráter orgânico, como doenças cardiovasculares ou cerebrovasculares e respiratórias, apesar de considerarmos que elas desempenham seu papel na conceituação dos sofrimentos denominados mentais.

Deparamo-nos também com as dificuldades de se caracterizar e de se trabalhar com as noções de incapacidades funcionais e deficiências. Novamente, temos a impressão que tal colocação surge de maneira mais clara se buscamos exemplos em casos orgânicos. Existe uma incapacidade funcional em quem possui uma doença respiratória crônica, mesmo que tal incapacidade se relacione a função que o pulmão desempenha no organismo. Tal relação não é tão direta se nos perguntarmos a respeito dos casos psiquiátricos. O que seria uma incapacidade funcional para um paciente portador de uma desordem mental, ou mesmo uma

¹ A respeito das discussões sobre a etiologia de casos psiquiátricos, deve-se remeter ao trabalho de França Neto (2009), “O Impasse causal da psicopatologia: problema ou solução para a clínica?”.

deficiência? De que forma devemos proceder, e que orientação extrair ao problematizarmos os casos psiquiátricos cronicados?

2.2 Cronificação e Loucura

Apesar de encontrarmos, junto à definição da Organização Mundial de Saúde (2005), as desordens mentais ao lado de outros casos que são caracterizados como doenças crônicas não transmissíveis, é importante considerar que, para alguns teóricos da reforma psiquiátrica, entende-se que o único responsável pela cronificação de casos psiquiátricos são os manicômios. Nessa perspectiva crítica, que tem como expoentes Basaglia, Goffman e Rotelli (Pande & Amarante, 2011), defende-se que a organização institucional é o principal agente no processo de “cronificação”. O motivo de os serviços mudarem e o problema persistir é que uma efetiva ruptura com o modelo manicomial ainda não teria sido alcançada. (Pande & Amarante, 2011). Nesse sentido, cada serviço acaba se estruturando de uma determinada maneira, contribuindo mais ou menos para o surgimento ou a permanência de “pacientes crônicos”. Para Basaglia, “o problema não é a doença em si (o que é, quais são suas causas, quais os prognósticos), mas simplesmente de *determinar qual tipo de relação se instaura com o doente*” (Basaglia, 1985, p. 107).

Nesse contexto, a permanência da cronicidade, mesmo após as mudanças que advém da reforma psiquiátrica, se torna uma questão de credibilidade das transformações propostas. Os casos permanecem, as dificuldades de tratamento subsistem e por vezes se agravam, e o questionamento dos muros dos hospitais psiquiátricos e sua eventual dissolução não são a chave para o surgimento de um tratamento que forneça mais garantias para essa parcela da população. Dentro do processo de desinstitucionalização, surgem os casos que se manifestam como marginais a esse mesmo processo, não respondendo às investidas desse novo arranjo. O que temos é a cronicidade como um termo que designa um fracasso, remetendo às dificuldades de se avançar no tratamento dos indivíduos. A cronicidade relaciona-se a frustração de ideais da Reforma, sejam eles de liberdade, participação social ou cidadania dos usuários do serviço. (Lobosque & Souza, 2006).

Dessa forma, a questão da credibilidade da reforma se desdobra na problematização das novas formas de tratamento, uma vez que permanece um núcleo irreduzível, de certa forma impenetrável, que resiste e permanece. Como consequência, torna-se fundamental que se reflita a respeito da própria instituição que pretende substituir o manicômio, o que complexifica a questão:

As atividades dos centros de saúde mental – mesmo em seus programas mais comunitários, como visitas domiciliares, programas de acompanhamento da cronicidade etc. – podem converter-se em uma atuação ritualizada: conteúdo estereotipado das entrevistas e frequências inalteradas, em consequência dos neurolépticos de efeito prolongado e do hábito. (Desviat, 1999, p. 92).

Se nos atermos a raiz etimológica da palavra crônico, o que temos é, essencialmente, a perspectiva do tempo, isto é, o que permanece ao longo do tempo, seja no caso dos pacientes ou mesmo no caso da própria instituição. Contudo, isso que permanece é interpretado como algo pejorativo, não susceptível de intervenções em termos discursivos e/ou propostas de transformações.

Independente de se considerar pacientes ou instituição, o fato é que a ideia de permanência instala certa rigidez, que por vezes dificulta qualquer tratamento a ser desenvolvido. No que se refere aos pacientes, chama a atenção que a doença, ao se prolongar, afeta a qualidade de vida do portador, de seu entorno familiar e social. Os impasses na abordagem dos casos permanecem, apesar de surgirem especificidades ligadas a instituição que oferece tratamento. Por outro lado, mesmo que o espaço físico se transforme, não existe garantia que atuações cronificadas deixem de acontecer, o que agrava um quadro que em si já era de difícil cuidado. De acordo com Viganò:

A passagem do manicômio a rede não é necessariamente um progresso. Pode ser alguma coisa pior que o manicômio. Uma rede puramente institucional traz danos definitivos para os psicóticos. Como dizia antes, o manicômio, enquanto um lugar simbólico, produzia. A rede não produz nada. (...). A rede é uma possibilidade de circulação. (Viganò, 2012c, p. 80).

Por outro lado, encontramos, na definição de Henry Ey, um sutil deslocamento em relação aos casos crônicos. Para ele, são:

As doenças que por sua organização permanente, mas nem sempre irreversível, constituem as formas patológicas da existência. Suas características comuns são: 1º constituir distúrbios mentais duráveis, estáveis e às vezes progressivos; 2º modificar mais ou menos profundamente o sistema da personalidade (Ey et al, 1981, p. 366).

Na caracterização de Ey, chama a atenção o fato de considerar que uma doença, apesar de se organizar de forma permanente, nem sempre é irreversível. É permanente, mas, mesmo assim, alguma mudança é possível. Existe a possibilidade de resposta, ainda que a constância seja a característica principal.

Nessa perspectiva, torna-se possível a associação entre a definição de Ey e o recente uso do termo “nova cronicidade” (Desviat, 1999), termo que não deixa de portar certo

paradoxo, já que não é comum que o caso crônico ganhe ares de uma novidade. A ele sempre é reservado uma impressão de estagnação, de imutabilidade.

A problematização da nova cronicidade vincula-se estritamente aos casos que são assistidos nos serviços substitutivos de saúde mental. O que se encontra em pauta, na formulação desse termo, é exatamente o que foi mencionado antes, isto é, que tais serviços podem criar novas formas de institucionalização, cronificação ou mesmo manicomialização, sendo que um dos motivos para que isso aconteça pode remeter inclusive aos próprios profissionais que trabalham na instituição: “muitos de seus profissionais trabalham ou trabalharam em hospitais psiquiátricos. (...)”. (Mielke et al., 2009, p. 160). Tal como é abordada, a nova cronificação é vista por diferentes aspectos, em diferentes ocasiões e situações, para além das colocações de Desviat, abordadas anteriormente. Porém, talvez o que haja de mais significativo ao se cunhar o termo seja o uso feito da própria instituição que se propõe a ser o carro chefe da reforma. A “nova cronicidade”, no fim, nada mais é que uma cronicidade que se manifesta em um novo contexto, por vezes sendo interpretada de uma forma mais abrangente, já que agora ela pode ser vinculada aos casos, as próprias instituições e aos trabalhadores.

Nesse contexto, o tipo de relação entre um paciente e um determinado serviço se torna um critério privilegiado para a caracterização de um caso crônico, mesmo que isso não seja evidente em um primeiro momento. Apoiando-se em Pepper et al, Pande e Amarante (2011, p. 2069) definem alguns pacientes como “pacientes adultos jovens crônicos”. São caracterizados por uma dificuldade no funcionamento social, fazendo um uso inapropriado do serviço, de pouca resolutividade, com baixa adesão ao tratamento, além de ser frequente o uso de drogas e existir entre eles problemas com a lei. (Pepper et al, citado por Pande & Amarante, 2011). Aqui, observa-se que o tipo de uso que se faz do serviço é dado importante para que se encontre um paciente adulto jovem crônico. A instituição fracassa em fornecer tratamento para esses pacientes, é isso que é assinalado.

Cabe ressaltar também a nova cronicidade definida por Rottelli (Rotelli *et al*, citado por Pande & Amarante, 2011), onde as características principais são os novos crônicos que surgem em função do resultado de práticas reformistas, que preservam o circuito psiquiátrico, por meio de um refinamento das técnicas de intervenção. Para essa perspectiva, a instituição seria cronificante, e continuaria a ser enquanto uma efetiva ruptura com o modelo manicomial não acontecesse. Mais uma vez, surge a temática da instituição, mas enquanto um agente, que não consegue oferecer alternativas de tratamento para os sujeitos que a procuram. Também, aqui a instituição fracassa, e com ela a reforma.

Por fim, é válido lembrar a posição de Desviat (1999), já trabalhada anteriormente, em que a nova cronicidade incide tanto nos novos serviços como nos pacientes. Ao passo que nos novos serviços o destaque é para uma “atuação ritualizada” (Desviat, 1999, p. 92) vinda dos próprios profissionais, nos pacientes o foco são os casos remanescentes da instituição, além dos usuários crônicos dos ambulatórios. Ambas as situações colocam, como observado nos autores precedentes, a questão da instituição como um elemento de grande relevância para a problematização do tema. A definição que encontramos a respeito de doenças crônicas não transmissíveis de cunho psiquiátrico que envolve inclusive o sofrimento que se estende aos familiares e a sociedade encontra, na ótica dos autores citados, a questão da instituição como um dos diferenciais para se refletir a respeito do problema.

Por outro lado, é importante não perdermos de vista que ao abordarmos a questão da cronicidade, não devemos nos limitar ao aspecto institucional, afinal encontramos significativos autores que correlacionam a loucura e a cronicidade como dois elementos inseparáveis entre si.

As doenças mentais são, na medicina contemporânea, um paradigma da cronicidade, das formas marginalizadas de atendimento, o expoente máximo de uma assistência custodial, na qual se confunde o social com o sanitário. Não é a toa que a psiquiatria (...) configurou-se no espaço custodial do manicômio, do hospício, como denominou Esquirol, e em muito pouco tempo, depois de um breve momento de otimismo terapêutico próprio dos alienistas, em torno do conceito de incurabilidade e, portanto, de cronicidade. (Desviat, 1999, p. 90).

Seria possível, de forma breve, localizarmos a gênese da noção de incurabilidade? De que forma essa noção de incurabilidade, intrinsecamente relacionada à perspectiva da cronicidade, se estrutura e se define? Como essa relação com a loucura se estabelece? Será suficiente nos atermos exclusivamente à relação “cronificação de pacientes – instituição”, tal como tem sido enfatizado pelos autores mencionados?

2.3 Loucura igual à Cronificação?

Conforme mencionado, a principal característica de um caso que se cronifica é a permanência. Algo permanece ao longo do tempo, de forma irreduzível. Se nos remetermos às origens da medicina, na Grécia Antiga, essa característica de permanência para os casos de loucura não pode ser averiguada, uma vez que Hipócrates, ao se referir às doenças mentais, as considera como alterações de cunho episódico, que tem como origem um desequilíbrio

orgânico. Para ele, a doença (o que inclui a loucura) surgiria a partir da alteração da distribuição dos humores² que compunham o organismo.

O corpo do homem traz em si sangue, pituíta (ou fleuma), bile amarela e negra; é isso que constitui a natureza e cria a doença e a saúde. Haverá saúde quando esses princípios tiverem uma crase (mistura dos líquidos do corpo) equilibrada, em força e em quantidade, e quando a mistura for perfeita; haverá doença quando um desses princípios estiver ora em falta ora em excesso ou isolado no corpo, não se combinando com os outros. (Hipócrates, 2002, p. 80).

No caso das desordens mentais, os registros hipocráticos a caracterizam como alterações vinculadas principalmente à bile negra. Chama a atenção também a forma de abordagem de tais desordens, uma vez que se percebe um esforço para que não se relacione as doenças mentais, em especial as epilepsias, a doenças enviadas por deuses, ditas sagradas.

Nos casos de afecções mentais graves, assim como no caso particular da epilepsia, é geralmente para algum fator humoral que se voltam os médicos hipocráticos a fim de compreenderem racionalmente perturbações tão estranhas; à bile, principalmente à bile negra, ou ainda, segundo outros, à fleuma ou pituíta seria creditado o desencadeamento dessa doença assustadora, que, dizem, é enviada pelos deuses e que por equívoco é chamada de sagrada. (Hipócrates, 2002, p. 97-98).

Contudo, tais desequilíbrios humorais teriam como uma das mais importantes características acontecerem de forma episódica, relacionado principalmente a questão da temperatura do cérebro, que geraria desordem, e, como consequência, o comportamento louco naquele momento.

Nesse contexto, as descrições hipocráticas apontariam para o seguinte. Teríamos uma loucura mansa ou furiosa em função do tipo de humor que inundaria o cérebro. Se a loucura ocorresse devido à fleuma, os pacientes seriam calmos, pacíficos e silenciosos. Se fosse devido à bile, um comportamento bastante agitado se apresentaria, com gritos e berros. (Hipócrates, apud Barros-Brisset, 2009).

A terapêutica para o episódio de loucura se estabeleceria por meio de uma tentativa de retomada do equilíbrio pelo organismo. Tal tentativa de reorganização, em um primeiro momento, caberia ao próprio organismo, sendo que a intervenção do médico se daria somente no sentido de auxiliar um processo que já viria acontecendo de forma natural: “a cura

² A natureza humana, na concepção de Hipócrates, sistematiza-se a partir “dos elementos primários constituintes do corpo (a água, o fogo, o ar e a terra). Tais elementos geram as qualidades (quente, frio, seco e úmido) que, organizadas em pares, dão origem aos quatro humores (sangue, fleuma, bile amarela e bile negra) Todas as partes líquidas e sólidas do corpo são compostas por uma mistura de tais humores. As doenças dizem de um desequilíbrio entre a composição natural destes” (Barros-Brisset, 2009, p. 23-24).

hipocrática, seja ela produzida pela arte médica ou pela própria natureza (*natura medicatrix*), era a restauração da saúde, entendida como o retorno do funcionamento fisiológico do doente ao seu estado natural” (Barros-Brisset, 2009, p. 25). O procedimento terapêutico buscava reordenar as substâncias do próprio corpo, por meio de uma tentativa de diluição ou expulsão do que haveria de excessivo no organismo. Tratava-se de uma limpeza do organismo.

É importante destacar que, na obra hipocrática, a intervenção do médico só deveria acontecer se existisse um tratamento que pudesse ser ministrado. O médico não deveria intervir se não existisse possibilidade de cura. No texto “Acerca da arte da medicina” (2011), argumenta-se que “quando o homem sofre algum mal mais poderoso que os recursos da medicina, não é conveniente esperar que a medicina possa triunfar”. (Hipócrates, 2011, p. 81). O que se encontra na base de uma afirmação como essa é a visão que a medicina hipocrática tem a respeito da natureza humana, o que implica diretamente nas possibilidades terapêuticas elaboradas por essa medicina.

Assim, para os médicos hipocráticos, a natureza do corpo (*physis*) é entendida como algo que compõe a natureza universal, a *physis* universal. Cabe a *physis* ordenar, harmonizar e reger o corpo, o que inclui o bom funcionamento anatômico e fisiológico de todo o organismo humano. Por outro lado, também se atribui a *physis* as doenças, sendo estas entendidas como algo natural (Rebollo, 2006).

No que se refere à forma como a *physis* age, deve-se destacar que ela “possui dois modos de agir: um necessário e um contingente. Aquilo que ocorre por necessidade ou fatalidade divina não permite ação ou intervenção humana. Já aquilo que ocorre acidentalmente pode ser evitado e suprimido por uma *techné*, tal como a medicina” (Rebollo, 2006, p. 55). Nesse sentido, é possível que se atribua a uma alteração da *physis* um acontecimento acidental, oriundo de uma ação humana, por exemplo, que gera certo desequilíbrio. No outro extremo estaria aquilo que é imutável, e que é regido pelo movimento do cosmos ou da própria natureza, do qual não é possível intervenção. À medicina, estaria reservada somente a possibilidade de intervenção diante daquilo que é acidental.

Por meio dessa concepção de base da medicina hipocrática, é possível inferirmos a importância de se considerar que as afecções mentais são episódicas. Se forem episódicas, são frutos do acaso, o que legitima uma intervenção da arte médica, para que se auxilie no surgimento de um novo equilíbrio da *physis*. Se, ao contrário, as desordens mentais tivessem como característica a permanência (ou, em outras palavras, fossem crônicas), o que teríamos seria algo impossível de se teorizar ou mesmo tratar, já que estaria referenciado pelo que é

tido pela *physis* como necessária, e, conseqüentemente, imutável. No limite, ao médico hipocrático só restaria a recusa em prescrever qualquer tipo de tratamento para esses casos.

O caráter episódico das doenças mentais encontra-se exemplificado a seguir:

Parmênico era assaltado por desânimos ou por um desejo de deixar de viver; depois, subitamente, por coragem. Encontrando-se em Olinto no outono, ele foi tomado pela afonia, ficando imóvel e esforçando-se para articular algumas palavras que mal balbuciava; quando conseguia articular algumas palavras, de repente perdia a voz. Acontecia, tanto no sono como na insônia, uma agitação silenciosa, a jactação (agitação contínua do doente), com a mão apoiada sobre os hipocôndrios como se ali doesse; às vezes, virado para o muro, ele se deitava, repousando. Nunca uma febre; boa respiração; finalmente ele reconheceu as pessoas que entravam; quanto a sede, ora não bebia nada durante um dia inteiro e uma noite, mesmo quando lhe ofereciam algo, ora, agarrando de repente a vasilha, ele engolia toda a água. Urina espessa, turva. Em torno do décimo quarto dia a doença cessou. (Hipócrates, 2002, p. 106).

Além de ser possível observar a riqueza da descrição do médico, duas características principais merecem destaque. A primeira delas remete-nos ao fato de que se encontra ausente a menção ao uso de qualquer medicação por parte do médico, afinal, se algo tivesse sido ministrado, é possível supor que seria registrado, posto que as descrições detalhadas do que o paciente apresenta é algo significativo na medicina hipocrática. Talvez, encontre-se aí, como pano de fundo, justamente o conceito de *physis*, uma vez que era necessária a correta avaliação da natureza da doença para uma posterior intervenção. Por outro lado, a afirmação de que a doença cessou no décimo quarto dia ressalta o caráter episódico dessa afecção mental e o fato de que um novo equilíbrio se estabeleceu, sendo este o trabalho do médico.

Em outra passagem, encontramos mais um exemplo do caráter episódico da doença, com a diferença de que desta vez a intervenção medicamentosa ocorre:

O rapaz Anaqueto sofreu acidentes análogos: no inverno, durante o banho, esfregando-se junto ao fogo, sentiu calor e de repente caiu tomado por espasmos epiléticos; quando os espasmos cessaram, ele olhou em volta dele e não tinha consciência de nada. Ele voltou a si logo depois, porém, no dia seguinte de manhã, foi tomado novamente por espasmos, mas não havia quase espuma. No terceiro dia, a língua articulava mal. No quarto, a língua mostrou alguns sinais de invasão do mal, ela se enrolava e ele não conseguia falar, parava no começo das palavras. No quinto, a língua estava muito afetada; os espasmos se manifestaram e ele perdeu a consciência; quando esses acidentes se acalmaram, a língua voltou devagar ao estado natural. No sexto, tendo ficado em abstinência total e com a decocção de cevada e bebida, não houve nada e ele não foi mais tomado pelo mal. (Hipócrates, 2002, p. 124).

Assim, estas breves descrições de Hipócrates indicam que sua concepção de doença mental não se relacionava à perspectiva de cronicidade, ou incurabilidade. Um tratamento médico sempre seria possível, para um acometimento que seria, acima de tudo, episódico.

Cada doença tem sua natureza e sua força e nenhuma é inacessível e refratária. A maioria delas é curável pelas mesmas influências que as causaram, pois o que é alimento para uma coisa é destruição para a outra. Portanto, é um conhecimento que o médico deve ter, a fim de que, discernindo a

oportunidade de cada caso, dê alimento para o que deve ser aumentado e o restrinja para aquilo que deve ser diminuído. (Hipócrates, 2002, p. 121).

O início da transformação do que se concebe como doença mental começa a ocorrer por meio dos comentadores e sistematizadores da obra de Hipócrates, sendo que cada época, marcada por características e disputas próprias, intervém na forma como o texto de Hipócrates era lido e interpretado. Encontramos, por exemplo, nos séculos II e I a.C., as disputas existentes entre os médicos que se diziam dogmáticos e empiristas, cada um se apropriando a sua maneira do corpo teórico hipocrático. De um lado, com os médicos denominados dogmáticos, encontramos-nos com uma postura mais teórica a respeito da doença. A ênfase, para esse grupo, recai sobre a necessidade de uma explicação adequada sobre os fenômenos. A outra corrente, empírica, tinha como principal característica a de não se buscar uma explicação para as doenças, sendo que o importante seria a construção de um diagnóstico preciso, que priorizasse o encontro com os sintomas. (Rebollo, 2006).

Logo após os comentários cunhados a partir das disputas entre dogmáticos e empíricos, surge, principalmente na transição da Roma Republicana para a Roma Imperial, duas novas correntes que se propõem a reinterpretar e modificar as teorias precedentes (Rebollo, 2006). São as teorias metódicas e pneumáticas, a qual Galeno era um dos principais expoentes. Em ambas as correntes, o que estava em jogo era a tentativa de reapropriação da medicina dogmática por meio de contribuições provenientes da anatomia. Enquanto, na escola metódica, existia toda uma tentativa de revisão metodológica da medicina que advinha da coleção hipocrática, encontramos na escola pneumática a busca da correção da escola dogmática com a ajuda do estoicismo³. É importante mencionar, ainda, que em tal escola não se encontra a preocupação de se atribuir a Hipócrates o que ele de fato falou, ou escreveu. Nesse sentido, observamos as constantes mudanças às quais a coleção hipocrática se submete, uma vez que a cada momento novas interpretações são propostas, novas leituras de sua obra são feitas, e nem sempre a questão da autoria é respeitada.

Nesse contexto, o nome de Galeno merece um destaque especial. Além de possuir a fama de ser o maior comentador de Hipócrates, a ele é atribuída a difusão da teoria hipocrática pelo mundo, difusão esta que se estendeu por aproximadamente quinze séculos.

³ É do estoicismo que vem o termo pneuma, que dá nome a esta seita: “A matéria elementar, sob a ação das qualidades (quente, frio, úmido, seco), produziria o mundo visível; a mistura precisa das qualidades determinaria o que uma coisa é e, com a mudança da mistura, todas as coisas poderiam transformar-se em outras; o pneuma no cosmo e no corpo manteria as coisas unidas, bem como todo o seu funcionamento. (Rebollo, 2006, p. 70).

Galeno mostrava com bastante propriedade suas teorias, utilizando-se de uma convincente argumentação em demonstrações públicas. Sua influência era tão grande que se pode dizer que até o fim do século XVIII os escritos de Galeno eram frequentemente consultados, sendo que alguns autores inclusive o colocam no mesmo nível de Hipócrates. (Castiglioni, 1947).

No entanto, ao mesmo tempo em que Galeno é conhecido como um grande difusor da doutrina hipocrática, é dele também a responsabilidade por imprimir no texto de Hipócrates uma nova concepção a respeito do que seria sua coleção.

Galeno introduz nos seus comentários as suas próprias idéias buscando aquilo que será, a partir de então, feito por todos aqueles que buscavam conciliar o pensamento antigo com as novas descobertas anatômicas e as novas concepções filosóficas. (...). Galeno é, ao mesmo tempo, o maior difusor da medicina e do pensamento de Hipócrates, bem como aquele que imprimiu uma nova leitura ao legado Hipocrático que será, a partir de então, guia e orientação para a medicina até o século XVIII. (Rebollo, 2006, p. 75).

Associado a isso, é importante considerar que, entre as modificações realizadas por Galeno na medicina de sua época, uma das mais significativas estaria vinculada a um posicionamento teleológico de sua parte, o que possibilitaria que sua medicina atravessasse os séculos. Para Galeno tudo teria um fim. Cada parte do corpo teria uma função a desempenhar, com um objetivo próprio a ser alcançado, o que tornava fundamental a investigação a respeito dessas mesmas partes. Esse novo olhar, que possuiria divergências em relação à coleção hipocrática (posto que, para Hipócrates o funcionamento do organismo como um todo se sobreporia a suas partes), fortaleceria sua medicina nos anos seguintes. Se, por um lado, Galeno atribuiria um fim a tudo em seu sistema, o que estabeleceria uma perfeita relação entre causa e fim, e que desembocaria, de acordo com a Igreja Católica, na onisciência divina, por outro lado, a proibição de investigações de cunho anatômico em corpos humanos por parte dessa mesma Igreja estancariam possíveis reformulações e descobertas, e dariam à medicina de Galeno a capacidade de subsistir durante vários séculos. (Castiglioni, 1947).

O que temos, portanto, é que aquele que se caracteriza por ser o maior divulgador das obras de Hipócrates é também aquele que a transforma significativamente. Seus comentários contêm elementos de sua concepção de anatomia, além de fazer uso também das filosofias que se encontravam em evidência em sua época. Coube a Galeno a tentativa de conciliar as teorizações de Hipócrates com os descobrimentos da anatomia humana daquela época. (Barros-Brisset, 2009).

Hipócrates é revisto por uma nova ótica, e algumas de suas concepções são refinadas, enquanto outras são cada vez menos utilizadas: “sem a intenção de negar a Galeno a

importância da sua filosofia médica, pode-se considerar o seu sistema uma síntese criativa e original de vários elementos herdados” (Rebollo, 2006, p. 76). Galeno não apenas traduzia e transmitia as anotações de Hipócrates, mas o fazia a partir de suas próprias concepções. Como consequência, a importância de algumas passagens na teoria de Hipócrates eram significativamente alteradas, seja para mais ou para menos. Exemplo disso pode ser encontrado nas transformações propostas por Galeno na teoria humoral de Hipócrates. Aproveitando-se do comentário que tece do livro III dos Aforismos, Galeno elabora sua particular teoria dos temperamentos, o que revela a utilização que esse autor faz da autoridade hipocrática para dar maior consistência a suas teorias. (Rebollo, 2006).

No entanto, a essas características de Galeno que dizem de sua originalidade e capacidade de síntese, atribuímos um destaque especial a suas teorizações a respeito da anatomia humana, não pelas inovações que ele traz a esse campo e suas consequências posteriores, e não pelo amplo uso feito por suas teorizações anatômicas na posteridade, mas porque tais teorizações trazem repercussões fundamentais para o nosso objeto de estudo.

Conforme mencionamos, para Galeno, cada parte do corpo possui uma função determinada no sistema fisiológico, sendo que cada órgão deve cumprir a sua função. Esse trabalho é desencadeado pelas faculdades naturais, princípios vitais que colocam o corpo em movimento. Nessa perspectiva, o corpo é uma máquina que se coloca a trabalho graças às faculdades naturais, que ficam na base da ação: “cada processo fisiológico tem uma faculdade natural que o explica” (Rebollo, 2006, p. 78). Encontra-se aí seu posicionamento teleológico.

Esse desenvolvimento inicial é condição para que Galeno logo teorizasse a respeito das lesões orgânicas. O surgimento de uma lesão em determinada parte do corpo teria, como consequência, o comprometimento de uma função, a ser desempenhada por essa parte do corpo. Nesse contexto, é de Galeno uma das afirmações médicas que encontram sua pertinência até os dias de hoje: “todas as mudanças de função no organismo resultam de algum tipo de lesão e que toda lesão causa mudança de função”. (Margotta, 1998, p. 41).

Nesse sentido, junto à teorização a respeito das lesões, o que deve ser considerado uma das importantes contribuições de Galeno (Castiglioni, 1947; Margotta, 1998), surge também a possibilidade de se considerar que algumas lesões teriam como característica o fato de serem permanentes. Mesmo que, no primeiro momento, a noção de lesão surja de forma primordialmente intuitiva (Barros-Brisset, 2009), ainda assim surge uma poderosa ideia que contribui para o questionamento de que determinadas doenças naturalmente encontrariam uma resolução.

Dessa forma, uma das mudanças significativas que Galeno propõe refere-se ao fato de que, na medida em que cada órgão, ou parte do corpo, tem sua função a desempenhar, é legítimo supor que alterações no funcionamento do corpo se relacionem com o fato de que o instrumento responsável por certa atividade encontra-se lesado, danificado. No caso das desordens mentais, essas lesões seriam permanentes, o que vai contra a caracterização das desordens mentais enquanto manifestações episódicas: “a teoria da lesão do encéfalo, transmitida por Galeno, anexou-se a teoria de Hipócrates, como se fosse uma interpretação natural do pensamento deste autor, idéia que não estava presente no pensamento hipocrático.” (Barros-Brisset, 2009, p. 33).

As lesões das funções dirigentes se manifestam também sem febre como na mania e na melancolia; elas podem estar ligadas às afecções simpáticas ou primitivas do encéfalo. As afecções primitivas se diferenciam pela completa evolução dos sintomas próprios ao encéfalo, elas são persistentes e nascem primitivamente sem serem precedidas de outras afecções. (Galeno, apud Barros Brisset, 2009, p. 35).

Nesse contexto, podemos perceber que por meio de progressivas mudanças, reinterpretações, acréscimos, releituras e comentários, vai-se de um extremo ao outro. Se, no princípio, com Hipócrates, nos encontramos com a perspectiva da loucura enquanto uma doença episódica, passível de intervenção e tratamento, alcançando-se uma cura completa, encontramos-nos, com Galeno, com a ideia de que a loucura teria em sua origem uma lesão de cunho orgânico que teria como característica o fato de ser permanente. Galeno, nesse sentido, é aquele que realiza a vinculação entre loucura e cronicidade:

Galeno, não seria exagerado dizer, inaugurou a concepção de doença mental como uma afecção permanente, cujo estado deficitário seria fruto de uma lesão primitiva, lançando, deste modo, as bases para as futuras concepções da loucura como uma doença permanente, crônica e deficitária, do ponto de vista do funcionamento normal do comportamento e organismo do ser humano (Barros-Brisset, 2009, p. 36).

Após Galeno, portanto, a loucura é interpretada como algo incurável, em função principalmente do fato de ser fruto de uma lesão permanente no encéfalo. No decorrer dos anos, essa noção perpassa diferentes psiquiatras, de diferentes épocas, vindo a ser questionada somente nos anos da reforma. Se tomarmos como exemplo Kraepelin, considerado o pai da psiquiatria moderna, percebemos em toda a sua teorização com frequência a referência a casos como os das psicoses endógenas, caracterizadas como incuráveis, ou no máximo com possibilidades de cura extremamente limitadas: “as doenças endógenas são pensadas, em sua grande maioria, como incuráveis. Contudo, podem acontecer acessos maníacos-depressivos

temporários, de curta-duração e reversíveis, semelhantes às síndromes episódicas de Magnan.” (Caponi, 2011, p. 32).

Ainda assim, observa-se a tentativa de se conhecer o máximo possível a respeito de determinada doença. Toda a vida do sujeito deve ser investigada para que sinais de uma disfunção latente possam ser encontrados, tanto para que um diagnóstico adequado seja encontrado quanto um prognóstico, mesmo que este prognóstico não fosse nada promissor:

Em relação a recuperação dos chamados estados psicopáticos constitucionais, Kraepelin declara-se pouco otimista. O prognóstico é, em geral, pouco favorável quanto às degenerações hereditárias, exceto em alguns poucos casos. Em linhas gerais, ele se refere à incurabilidade de certas psicoses, justamente por tratar-se de constituições mórbidas. (Caponi, 2011, p. 36).

O que podemos observar é que, no que se refere à loucura, as questões anatômicas desempenham um importante papel. Conforme pudemos perceber, foi justamente a problematização da anatomia que nos levou a loucura como o fruto de uma lesão permanente. No momento em que Galeno faz essa colocação, opera-se um giro que possibilitam novas construções e teorizações sobre a loucura, sendo que essas construções, principalmente a partir do renascimento são refinadas e sofisticadas. No entanto, apesar de ser possível averiguarmos uma primazia dessa concepção da loucura enquanto resultado de uma lesão permanente, ainda assim, outros posicionamentos podem ser encontrados, que consideram a loucura enquanto um distúrbio funcional, não necessariamente ligado a uma lesão.

2.4 Giros da Loucura

Dentre os teóricos que tomam a loucura enquanto um distúrbio funcional, o nome de Pinel merece destaque. Suas contribuições ao campo da psiquiatria se dão nos séculos XVIII e XIX, e tem como uma das mais marcantes características o fato de se privilegiar, em uma avaliação clínica, a observação (Foucault, 2011). Nesse sentido, a observação se daria, prioritariamente, por meio da palavra, momento em que o médico teria acesso material ao paciente, sendo possível a sistematização, agrupamento e ordenação dos fenômenos percebidos e observados. Por meio daquilo que se observa e por meio daquilo que se vê é possível que se encontre uma determinada doença, nomeando-se assim um quadro. De acordo com Foucault, nesse momento “o olhar clínico tem essa paradoxal propriedade de ouvir uma linguagem no momento em que se percebe um espetáculo. Na clínica, o que se manifesta é originariamente o que fala”. (Foucault, 2011, p. 118).

Uma forma como essa de abordagem dos doentes, que toma a observação clínica como a principal técnica a ser levada em conta, coloca em questão as contribuições adquiridas da anatomia a partir de Galeno. No momento em que se leva em conta a observação clínica dos casos, isto é, aquilo que pode ser observado e enunciado, a busca por um substrato orgânico que garanta o que é a loucura perde força. Afinal, a verdade revela-se aqui a partir de uma descrição rigorosa (Foucault, 2011). Associado a isso, cria-se um otimismo no que se refere aos tratamentos possíveis da doença mental:

Pinel afirmou que a loucura era curável e devida a um distúrbio funcional do sistema nervoso central. Disfunção que poderia ou não ser devida a uma lesão: o dano estrutural, portanto, foi considerado contingente, não necessário. Hipótese que data do início do século XIX e que é coerente com sua crença no método clínico e com sua descrença na anatomia patológica. (Barreto, 1999, p. 105).

Nesse contexto, o que temos é a hipótese de que a loucura é curável, se nos encontramos com uma forma de abordagem que tire de cena a anatomia, afinal, é daí que se estruturam os sistemas tanto de Pinel ou mesmo de Hipócrates. O tratamento moral de Pinel só seria possível se se apoiasse nessa premissa.

Mesmo que nos encontremos com esse tipo de teorização, é importante considerar que a questão da anatomia não foi totalmente deixada de lado, ou que tudo que se refira à anatomia deva ser correlacionada exclusivamente a Galeno. A resposta à clínica de Pinel é a tentativa de se encontrar uma alteração orgânica que explique a loucura. Vinculam-se a esse momento o próprio Kraepelin e o psiquiatra também alemão Griesinger, sendo que é deste o enunciado categórico: “as doenças mentais são doenças cerebrais” (Barreto, 1999). Assim,

O anatomismo de Griesinger teve hegemonia absoluta durante todo o período áureo da psiquiatria clássica. As doenças mentais, desse modo, foram divididas em dois grupos: as de substrato anatomo-patológico já comprovado, e as de substrato anatomo-patológico por comprovar (Barreto, 1999, p. 105).

No momento em que a anatomia patológica entra em cena, busca-se a localização da alteração de algum órgão, tendo como consequência o adoecimento. Agora, diferente do que ocorria na época de Galeno, é possível que se abram os cadáveres humanos, sendo que é justamente por meio dessa dissecação que os enigmas que envolveriam determinada doença poderiam ser solucionados. De forma diferente do que dizia Pinel, o que está em jogo agora é a investigação dos fenômenos reais, ou seja, a observação que não tenha como ponto de apoio a linguagem. (Foucault, 2011).

No entanto, no que se refere à psiquiatria, algumas questões permanecem. De alguma forma, todo o esforço para possibilitar um tratamento adequado desemboca na

impossibilidade de tratamento. Afinal, se se buscava a localização exata no corpo do que causaria a loucura, é para que uma terapêutica precisa pudesse ser aventada. Se, em um primeiro momento, buscava-se o encontro de um substrato orgânico que garantisse uma terapêutica, o que se tinha como resultado era a noção de incurabilidade, às vezes associada a não localização do substrato orgânico, às vezes associada ao fato de que se tratava de uma alteração permanente, sem uma cura possível. De uma forma ou de outra, o ponto de chegada era o fato de que os casos de doença mental eram crônicos, incuráveis e persistentes.

Por outro lado, Foucault revela que, em última instância, a partir do século XIX a tentativa de cura torna-se desinteressante para o saber psiquiátrico.

Esse desinteresse, de acordo o autor, nasce a partir do momento em que a psiquiatria se volta para a infância, considerando-a como o campo de destaque para as intervenções possíveis do psiquiatra. Nesse sentido, os casos de adultos que devem ser submetidos às intervenções psiquiátricas são diretamente relacionados à infância. É na infância que se encontram os indícios que justificam o fato de alguém ser o que é enquanto adulto. (Foucault, 2010).

Nesse contexto, inicia-se, por parte do saber psiquiátrico, a investigação da infância. Ela é considerada como uma chave para a compreensão de comportamentos desviantes. Se um adulto manifesta um comportamento que é interpretado como infantil, atribui-se a ele a possibilidade de ter tido o seu desenvolvimento interrompido. No momento em que se investiga a infância, portanto, encontra-se o porquê de determinado comportamento ou conduta. A chave para cada desvio averiguado está nos primeiros anos de vida do sujeito.

À medida que o olhar do psiquiatra volta-se para a infância nesses termos, a psiquiatria encontra a possibilidade de se generalizar. De acordo com Foucault, “é pela infância que a psiquiatria veio a se apropriar do adulto, e da totalidade do adulto. A infância foi o princípio da generalização da psiquiatria; a infância foi, como em outros domínios, a armadilha de pegar adultos”. (Foucault, 2010, p. 266).

Dizer que a psiquiatria generaliza-se por meio da infância tem importantes consequências. A principal delas relaciona-se a possibilidade de localização de uma conduta infantil em um adulto. Se isso acontece, torna-se desnecessária a busca por uma sintomatologia que dê subsídios para que se enquadre determinado caso dentro de uma nosologia pré-estabelecida. Deve-se observar com atenção as condutas infantis, uma vez que elas podem ser o germe para uma ação imprópria por parte do adulto. Por outro lado, deve-se também ter atenção também com os adultos, já que existe a possibilidade de um

comportamento anormal (infantil) esteja sendo realizado por sua parte. À psiquiatria cabe a vigilância.

Cabe ressaltar ainda que a aproximação entre a psiquiatria e a infância auxilia a psiquiatria a se solidificar como medicina. Agora, é possível à psiquiatria não mais imitar especialidades que pudessem ser tidas como suas vizinhas (como a neurologia). À psiquiatria vislumbra-se a possibilidade de correlação, não mais imitação. Ela encontra-se assim com a chance de se desvincular de vez da medicina orgânica. Se encontramos, conforme argumentamos anteriormente, uma psiquiatria que, em determinado momento, buscava a localização orgânica das doenças mentais, imitando, por assim, dizer, outras especialidades, agora Foucault demonstra, com essa nova atualização, que a psiquiatria encontra meios de se tornar independente, sem a necessidade de imitar outras especialidades médicas.

Essa tentativa de imitação colocava a psiquiatria em constantes dificuldades. Conforme mencionamos, o conhecimento anátomo-clínico pouco a auxiliava, e a localização de substratos orgânicos para as doenças mentais permaneciam enigmáticas. Formas de tratamento, nesse contexto, se encontravam com seus entraves. A incurabilidade permanecia como uma característica marcante da doença, em função da falta de elementos adequados para as descrições, ou em função de existirem lesões permanentes, imutáveis em si. No entanto, a sutil mudança que Foucault localiza não coloca em questão a noção de incurabilidade, mas a muda de estatuto, uma vez que o paralelo que estabelecemos, a partir de Galeno, entre lesões permanentes e a incurabilidade não mais se mantém para o saber psiquiátrico.

Se à psiquiatria surge a possibilidade de um funcionamento não no registro da imitação, e sim no da correlação, outro problema surge diante dela, também como consequência dessa nova forma de funcionamento. Trata-se da desvitalização do conceito de doença. Como é possível que a psiquiatria mantenha-se como uma especialidade da medicina se agora ela intervém sobre as condutas de caráter infantil, e não propriamente sobre uma doença? A psiquiatria se propõe a abordar situações que ela considera desequilibradas, e nem por isso esses desequilíbrios ganham o estatuto de uma doença. Finalmente, como é possível que exista uma especialidade médica sem um objeto patológico?

A psiquiatria, quando se constituía como medicina da alienação, psiquiatrizava uma loucura que, talvez, não era uma doença, mas que ela era obrigada a considerar e valorizar em seu discurso como doença. (...). Mas, a partir de meados do século XIX, temos uma relação de poder que só se sustenta (e que só se sustenta ainda hoje), na medida em que é um poder medicalmente qualificado que submete a seu controle um domínio de objetos que são definidos como não sendo processos patológicos. Despatologização do objeto: foi essa condição para que o poder, médico porém, da psiquiatria pudesse se generalizar assim. (Foucault, 2010, p. 270-271).

A partir do momento em que o objeto da psiquiatria é despatologizado, a psiquiatria ganha como uma de suas principais características a possibilidade de se analisar as mais diversas condutas, predicando-as. Destaca-se, portanto, o estudo da hereditariedade, em que “tudo pode ser causa de tudo” (Foucault, 2010, p. 274).

A noção de incurabilidade e de cronicidade, portanto, ocupa um novo lugar, o que é uma consequência desse novo arranjo.

Dando-se o poder de passar por cima da doença, dando-se o poder de desconsiderar o doente ou o patológico, e de relacionar diretamente o desvio das condutas a um estado que é ao mesmo tempo hereditário e definitivo, a psiquiatria se dá o poder de não procurar mais curar. Claro, a medicina mental do início do século dava uma grande importância à incurabilidade, mas, precisamente, a incurabilidade era definida como tal em função do que devia ser o papel maior da medicina mental, isto é, curar. A incurabilidade era apenas o limite atual de curabilidade essencial à loucura. Mas a partir do momento em que a loucura se apresenta efetivamente como saída do anormal, dos estados anormais fixados hereditariamente pela genealogia do indivíduo, vocês percebem que o próprio projeto de curar não tem sentido (Foucault, 2010, p. 276).

Possuindo a psiquiatria um objeto despatologizado, a incurabilidade passa a responder de um lugar que a define como elemento estrutural do próprio discurso psiquiátrico. Isso significa considerar que a cronicidade não é mais o fruto de uma investigação, seja ela de cunho clínico ou anatômico. A cronicidade é agora uma das características que compõem um quadro de saúde mental, se tornando, por exemplo, uma consequência lógica de um estado hereditário. O que cabe agora ao psiquiatra é o controle desse quadro, ou a estabilização do mesmo, e não a sua completa cura.

Dessa maneira, e levando-se em conta a relação estabelecida por outros autores entre instituição e pacientes crônicos, pode-se perceber que dizer que a instituição fracassa ao tentar curar tais pacientes nada mais é que confirmar, se nos atermos à linha de raciocínio de Foucault, que, em sua essência, o discurso psiquiátrico, mesmo que reformado, mantém-se vinculado a essa organização que emerge no século XIX. Essa organização toma o louco como um caso crônico em sua origem, sendo isso o que condiciona os constantes fracassos nas tentativas de tratamento, uma vez que considera-se esses tratamentos como uma cura definitiva para os quadros que surgem.

2.5 Perspectivas

Se formos atrás da noção de cronicidade que se desenvolveu na medicina, desde a contribuição de Galeno a esse arranjo último do saber psiquiátrico formulado por Foucault, encontramos-nos com um impasse. Esse impasse, em ambos os casos, seja em função de um

destino decretado por uma configuração anatômica ou por um arranjo discursivo, refere-se a situações que possuem possibilidades de cura muito baixas, quase nulas. Contudo, interessados, em nossa pesquisa, verificar em que medida podemos operar com a noção de cronicidade, tomando-a de uma forma diferente da que é realizada pelo saber médico e psiquiátrico. Nesse sentido, na tentativa de vislumbrar novas alternativas para a questão, recorreremos à utilização do termo crônico em outros contextos, buscando apreender em que medida eles podem nos auxiliar em nosso problema. Consideramos que algumas colocações sobre as crônicas literárias podem nos auxiliar nesse momento. Mesmo que o termo seja o mesmo, o que uma crônica literária sinaliza possui significativas especificidades em relação aos casos crônicos da medicina e psiquiatria.

Se, na medicina, o que é explorado ao se mencionar o termo crônico é a permanência de um quadro durante o tempo, o que encontramos na literatura é a crônica, em seus primórdios, como a ordenação de acontecimentos no decorrer do tempo. Aqui, o importante é que a crônica é o nome que se dá ao registro de fatos, registro esse que ocorre sem aprofundamento ou reflexão.

Essa primeira concepção de crônica para a literatura a aproximava bastante da história. O seu surgimento vincula-se a Idade Média, mais precisamente ao século XII, sendo que a utilização desse termo para se referir a acontecimentos ocorridos em um determinado período deu lugar, na renascença, ao termo História (Massaud, 1983). No entanto, cabe ressaltar que mesmo que a crônica, nesse momento, possuía tanta proximidade com os acontecimentos verídicos, encontram-se registros que aproximavam o uso da expressão a situações ficcionais. Desde seu início, portanto, a crônica manifesta-se como uma mistura entre acontecimentos de caráter histórico e a ficção. Outro ponto que se liga a isso refere-se ao fato de que mesmo com a substituição de crônica por história, ainda assim diversos autores do renascimento continuaram utilizando-se do vocábulo crônica em seus estudos.

O rompimento do caráter historicista da crônica se deu no século XIX. Nesse momento, ela passa a ser investida de uma conotação estritamente literária, porém de forma diferente em cada parte do mundo. Mesmo que seu surgimento esteja vinculado aos franceses, em que predominava o aspecto descritivo e histórico, encontramos, a título de exemplo, uma recriação do termo no Brasil, já que a crônica aqui vincula-se prioritariamente a possibilidade de invenção, onde predominam a fantasia e a ficção (Massaud, 1983).

O que chama a atenção em uma crônica concebida como um relato de certos acontecimentos, por vezes recheados de fantasia e invenção, é justamente a oscilação que o termo porta em si. Desde sua raiz, a crônica vai de um extremo ao outro. Se, em um

determinado momento, a crônica vincula-se a possibilidade de historicização, informação e descrição, em outros ganha destaque as características líricas e literárias. Tal variação, de acordo com Massaud, vincula-se ao uso possível que se faz do jornal como veículo de comunicação, já que se compreende o jornal como o local privilegiado para a publicação de crônicas. Para ele, os tipos de texto que se encontram no jornal podem ser os “textos escritos para o jornal” ou os “textos publicados no jornal”. Os primeiros correspondem exatamente às expectativas que se tem de um jornal. Predomina o caráter informativo, descritivo, em que o que está o jogo é o relato objetivo e direto do cotidiano de uma dada realidade. Já os segundos, por sua vez, utilizam o jornal como um meio de divulgação de determinado material, sendo que esse material refere-se ao trabalho literário desenvolvido por um autor, não respondendo a demanda informativa de um jornal, e propondo-se a ser mais reflexivo.

A pergunta que se coloca é de que lado uma crônica se insere. De acordo com Massaud, a crônica:

Ambígua, duma ambigüidade irredutível, de onde extrai seus defeitos e qualidades, a crônica move-se entre ser *no* e *para* o jornal, uma vez que se destina, inicial e precipuamente, a ser lida no jornal ou revista. Difere, porém, da matéria substancialmente jornalística naquilo em que, apesar de fazer do cotidiano seu húmus permanente, não visa à mera informação: o seu objetivo, confesso ou não, reside em transcender o dia a dia pela universalização de suas virtualidades latentes, objetivo esse via de regra minimizado pelo jornalista de ofício. (Massaud, 1983, p. 247).

Mesmo desvinculada da disciplina da História, encontramos na crônica uma ênfase especial no cotidiano o qual toma como objeto. Ao mesmo tempo, conforme Massaud sinaliza, existe uma tentativa de se tratar esse cotidiano abordado por ela de uma forma diferenciada, o que a distancia de meras reportagens, de caráter exclusivamente informativo. De alguma forma, o cronista tenta se colocar no lugar de um “poeta ou ficcionista do cotidiano” (Massaud, 1983, p. 247).

Nesse sentido, o que cabe ao cronista é justamente a recriação do cotidiano, isto é, a possibilidade de reinventá-lo a partir de uma perspectiva única, sendo justamente essa característica que possibilitaria que uma crônica se mantivesse viva ao longo dos anos. Se uma crônica não se mostrasse capaz de se manter atual ao longo dos anos, o que se revelaria seria a predominância de seu caráter informativo, jornalístico. Se conseguir se manter sobre o tempo, de alguma forma seu caráter lírico se imporia sobre os demais. É nesse sentido que poder-se-ia considerar que, mesmo diferenciando-se do conteúdo de um livro, a crônica buscaria a sua perenidade.

A partir dessas considerações, é possível extrairmos uma importante característica de uma crônica literária. Tal característica refere-se ao seu caráter oscilatório, que vai de um ar de notícia a uma possível recriação poética, inventiva dessa mesma notícia. Existe ainda uma segunda consideração, que, mesmo que se associe à primeira, merece ser problematizada separadamente. Trata-se do fato de que a reflexão de um cronista, além de se basear no cotidiano, busca apreender o que há de imprevisto em determinada situação. Esse imprevisto seria o que a alimentaria.

Revela-se aqui a dificuldade de uma crônica em se desvincular do jornal, afinal, são as notícias oriundas de um jornal que possibilitam que se extraia algo de imprevisível, que pode como consequência ser explorado e recriado em uma crônica. Prevalece aqui a sensibilidade do escritor, que se torna capaz de assimilar o que de inabitual existe em um acontecimento, o que favorece e potencializa a sua reinvenção do cotidiano. Trata-se da “fortuita afinidade entre o acontecimento e o mundo íntimo do escritor” (Massaud, 1983, p. 249), que possibilitaria que a crônica subsistisse e transcendesse o cotidiano do qual é fruto.

Pode-se observar, portanto, que é justamente aquilo que alimenta a crônica o que ocasiona a sua dissolução. À medida que encontramos em uma crônica reflexões que se estruturam a partir de um cotidiano, torna-se fácil perceber que por vezes é justamente esse elemento que a provoca o responsável por torná-la desinteressante ou desatualizada. Ainda, por se tratar de um veículo que se manifesta primeiramente em um jornal, seu caráter leve e breve deve permanecer, para que assim possa alcançar o seu público. Em uma crônica literária, as reflexões que se esboçam sempre são breves, pontuais, e nunca vão tão longe quanto poderiam ir. Dessa maneira, “as qualidades que tornam a crônica apetecida (novidade, surpresa, borboleteamente, variedade, etc.), serem justamente os agentes de sua integração”. (Massaud, 1983, p. 250). Ao mesmo tempo em uma crônica se vê destruída por aquilo que a faz nascer, no dia seguinte um novo acontecimento possibilita o nascimento de uma nova crônica. Tal como em sua raiz etimológica, a crônica literária permanece, mesmo que tomando diferentes formas.

Assim, na acepção moderna, uma crônica literária tem como suas principais características o fato de se inspirar no cotidiano; de ter como alimento a surpresa, a novidade; de oscilar entre a informação e a ficção (poetizar o cotidiano), de ser destruída por aquilo que a provoca, e ainda assim permanecer. Talvez a mais importante dessas características, para os nossos objetivos, seja a possibilidade de se poetizar cotidiano.

Poetizar o cotidiano implica necessariamente a existência de uma subjetividade. Essa subjetividade, no caso expressa pelo escritor, é o que interessa em uma crônica. O fato, o

acontecimento em si, passa ao segundo plano quando o que está em questão é a crônica, sendo isso o que a aproxima substancialmente de uma poesia, e, por conseguinte, a afasta de um conto, ou mesmo uma reportagem.

Cabe, portanto, ao escritor a habilidade de se expressar de forma breve. De alguma forma, o cronista é um intruso, que se utiliza do espaço de um jornal para que seu texto ganhe consistência. Ao mesmo tempo, torna-se impossível que seja diferente. Uma crônica que consta em um livro não alcança o mesmo vigor quando ela se insere em um jornal. No momento em que o escritor se vê apto a se manifestar subjetivamente na confecção de uma crônica, insinuam-se os pontos de contato entre uma crônica e uma poesia, o “eu” encontra-se presente em ambas, e é ele que ganha todo o destaque. No entanto, insinuam-se também as diferenças, uma vez que, de forma estrutural, uma crônica nunca poderá ir tão longe quanto uma poesia.

Nesse sentido, uma crônica expressa, simultaneamente, um diálogo e um monólogo⁴. Um diálogo, posto que por meio dela existe um endereçamento a um público, em que a crônica visa comunicar algo. Um monólogo, já que está em jogo a subjetividade e o mundo interno do autor, ou seja, seu ponto de vista, o que lhe toca em determinada situação. De acordo com Massaud:

Simultaneamente monólogo e diálogo, a crônica seria uma peça teatral em um ato superligeiro, tendo como protagonista sempre o mesmo figurante, ainda quando outras pessoas interviessem. O cronista, em monodialogo, se oferece em espetáculo ao leitor, dotado que este é de uma afinidade eletiva, graças a sua sensibilidade rica e apетente de comunhão. (Massaud, 1983, p. 256).

O que podemos apreender, se colocarmos lado a lado a forma como a medicina lida com a cronicidade e o que a literatura moderna caracteriza como crônica, é a possibilidade de se lidar de maneiras diferentes com a perspectiva do tempo. Afinal, é somente na etiologia da palavra “crônico” que se torna possível o diálogo entre esses dois campos a partir do termo.

A forma com que cada um lida com a questão do tempo é radicalmente diferente. Na medicina, um caso crônico é um caso incurável, o que significa que remete a um quadro que se mantém ao longo do tempo. Aqui, não existem possibilidades de transformação, ou mesmo modificação profunda da situação. Se uma doença se cronificou, a conclusão que se tira é que o sujeito terá de se haver com ela permanentemente. Por outro lado, na literatura a crônica é

⁴ Carlos Drummond de Andrade, ao se referir a esse processo dicotômico que acontece na relação verbal com o interlocutor, utiliza a expressão “monodialogo”, onde o monólogo estaria presente enquanto auto-reflexão, e o diálogo enquanto projeção (Massaud, 1983, p. 256).

vista como algo que permanece, mas que de alguma forma se transforma ao longo do tempo. Seja por que os acontecimentos que a inspiram mudam, ou por que o olhar do escritor torna-se diferente, o fato é que a crônica literária porta em sua definição algo de imprevisto, inusitado e, por que não, de inédito. Nesse sentido, o caráter temporal da crônica encontra-se preservado, mas preserva-se também a possibilidade de que giros ocorram, que acarretam mudanças nas crônicas.

Dessa maneira, ao procurarmos desvelar em que medida a construção do caso clínico pode nos auxiliar na condução de casos que recebem a nomeação de crônicos, consideramos que as contribuições que advém da crônica literária podem nos auxiliar a renovar nosso olhar sobre os casos crônicos tal como surgem para a medicina. Não pretendemos aqui encontrarmos uma terapêutica resolutiva e definitiva para esses casos. Levamos em conta apenas que dizer que um caso é crônico sinaliza em si alguma transformação no próprio caso, se trouxermos para a discussão as caracterizações da crônica literária. É nesse sentido que nos parece legítima a aproximação entre as crônicas literárias e a construção do caso clínico, no momento em que consideramos a construção como uma ferramenta privilegiada que nos permite abordar a singularidade de cada caso e, a partir disso, promover e sustentar diferentes formas de intervenção junto a esses mesmos casos.

3 CAPÍTULO II - CONSTRUÇÕES

3.1 Revisitando as Construções de Freud

Em Freud, o tema da construção é tratado principalmente em um de seus últimos artigos, denominado “Construções em análise”, publicado em 1937. Nele, o autor traz à tona contribuições a respeito da técnica psicanalítica, enfatizando uma das atribuições do analista que, mesmo que tenha sido menos abordada nos textos anteriores, possui grande importância. Trata-se da prática de se construir um caso, deixada em segundo plano quando comparada a técnica da interpretação. Freud sinaliza que a construção em si é fundamental para o transcorrer de uma análise. (Freud, 1937/1996).

Nesse texto, Freud inicia sua argumentação em resposta a um questionamento endereçado aos psicanalistas. Esse questionamento, em sua essência, tem por objetivo problematizar se a psicanálise é de fato uma prática válida, legítima. A crítica é a de que os psicanalistas, em seu trabalho, se arranjam para que eles sempre tenham razão. Independente do que um paciente pronuncia, se ele confirma ou refuta uma determinada assertiva, o que prevalece é a posição do psicanalista. Se um paciente confirma alguma interpretação do analista, a conclusão que se chega é a de que o analista está certo, mas se o paciente a recusa, o analista argumenta que existe uma resistência agindo naquele momento, o que novamente comprova que o profissional está certo (Freud, 1937/1996). Não importa o que aconteça, no final das contas, o analista sempre tem razão.

Nesse contexto, a crítica que se faz para essa discussão incide sobre a técnica da interpretação. Para o crítico da psicanálise, a interpretação é colocada como um ato que em si não é questionável, portando em si mesmo algo da verdade daquele paciente, verdade essa que se mostraria de forma toda e definitiva. No momento da interpretação, uma revelação aconteceria, e não haveria uma crítica possível para esse instante. Analista e analisante estariam, portanto, estruturados de forma semelhante à relação tradicional entre professor e aluno. O “professor analista” seria o detentor de um saber que estaria identificado à verdade, enquanto que um “analisante aluno” se colocaria como um mero receptáculo de determinados conteúdos.

Podemos perceber também que a crítica que se faz à técnica psicanalítica tem seu lugar em um plano que prima pela argumentação. Nesse sentido, a análise estaria relacionada a um debate de ideias, em que os argumentos mais persuasivos e convincentes conseguiriam a

vitória. Freud, ao trabalhar a técnica da análise, faz um movimento contrário a essa concepção. Se, por um lado, Freud refuta que se entenda a interpretação enquanto a revelação de uma verdade “toda”, por outro lado ele coloca em um mesmo nível o “sim” e o “não” de um paciente, o que significa considerar que tais respostas devem ser localizadas em relação a outros elementos revelados em uma análise. É nesse ponto que Freud introduz a perspectiva da construção. Freud nos sinaliza que, para além do processo interpretativo, cabe ao psicanalista a tarefa de construção do caso, sendo ela concebida como um produto formulado em espiral por meio de contínuas interpretações. Cada interpretação funcionaria como um tijolo, uma peça necessária para que uma obra seja feita.

Diante das críticas que incidem sobre a prática da interpretação, Freud introduz esse novo elemento que, em certa medida, serve de balizador para as interpretações. Esse elemento tem como uma de suas funções principais “furar” as interpretações feitas pelo próprio analista, convertendo-lhes sempre o estatuto de inacabadas. De alguma forma, a construção colocaria em questão a própria interpretação analítica. Ao mesmo tempo, a construção, para Freud, seria uma tarefa vinculada estritamente ao analista, exclusiva dele. Isso implica considerar que o analista possui a tarefa de coletar os elementos deixados pelos pacientes em uma sessão e organizá-los, submetendo-os, a seguir, ao paciente, para que assim se desse a sequência do trabalho. Desse trabalho do analista, duas consequências principais são possíveis de serem extraídas. A primeira é a de que à construção, assim como à interpretação, não estaria reservado o lugar de completude. No momento em que uma construção fosse submetida a um paciente, estaria aberta a possibilidade de surgimento de novas construções, ou mesmo de reformulações daquilo que foi submetido.

A segunda consequência relaciona-se a possibilidade de uma construção provocar em um paciente convicções próximas as de uma lembrança. Freud nos diz que os fragmentos da construção visam, em última instância, favorecer o ato de rememoração por parte dos pacientes. Às vezes, quando isso não acontece, pode ocorrer de uma construção provocar em um paciente uma convicção, o que se assemelha à nítida lembrança de um determinado material anteriormente recalçado. Nesse contexto, a construção ganharia o estatuto de uma lembrança readquirida, o que não deixa de dar a impressão de uma contradição, afinal, temos como ponto de partida o fato de que uma construção é sempre um fragmento, inacabado por definição. Se esse fragmento ganha o estatuto de uma memória, não estaríamos lidando com algo finalizado, pronto? Mesmo que consideremos, com Freud, essa possibilidade de associação entre uma construção e uma lembrança, é válido destacar que não é possível atribuímos a uma lembrança o estatuto de algo definitivo. Até as lembranças mais claras

podem ser problematizadas, o que possibilita que se revelem novos aspectos desconhecidos ou anteriormente desconsiderados.

De que forma um psicanalista pode então se situar em relação ao “sim” ou ao “não” do paciente? Em que medida a construção ajuda nesse tipo de investigação?

Uma vez que a simples afirmação ou negação de determinado conteúdo não é suficiente para que um trabalho tenha prosseguimento, torna-se fundamental o que surge de forma indireta em uma análise. Nessa perspectiva, interpretação e construção buscam não a aprovação de um paciente, mas o que é possível que se averigüe em uma análise de forma indireta. Indireto, aqui, pode ser relacionado ao que surge no plano enunciativo ou mesmo nos gestos feitos pelos próprios pacientes. A confirmação ou refutação de determinado material, portanto, só pode ser realizada a partir do que é produzido depois de uma interpretação. Nesse sentido, encontramos-nos com uma organização temporal distinta do que podemos caracterizar como cronológico, uma vez que o que vem depois se torna determinante para o caráter que tomará aquilo que aconteceu de forma precedente. O tempo de uma psicanálise é um tempo lógico.

No que se refere às colocações que são confirmadas pelos pacientes, Freud esclarece que:

Um simples “sim” do paciente de modo algum deixa de ser ambíguo. Na verdade, pode significar que ele reconhece a correção da construção que lhe foi apresentada, mas pode também não ter sentido ou mesmo merecer ser descrito como “hipócrito”, uma vez que pode convir a sua resistência fazer uso de um assentimento de uma verdade que não foi descoberta. O “sim” não possui valor, a menos que seja seguido por confirmações indiretas, a menos que o paciente, imediatamente após o “sim”, produza novas lembranças que completem e ampliem a construção. (Freud, 1937/1996, p. 280)

Nesse sentido, o “sim” pronunciado em uma análise não deve ser tomado em si como o final de algo, que legitima tudo o que foi emitido anteriormente. O “sim” deve ser considerado como o início de uma nova sentença, que mesmo que fuja dos anunciados que envolvem aquele momento, pode conter elementos chave que deem corpo à construção elaborada ou mesmo a corrija, sempre de forma indireta.

Ao se referir ao “não”, Freud mantém a mesma perspectiva de ambiguidade e de ser algo não conclusivo. Contudo, acrescenta que, ao emitir um “não”, mais do que expressar uma resistência, surge a confirmação de que aquilo que revelamos ao paciente é um fragmento, algo inacabado. Nesse sentido, o “não” aponta para uma das principais características da construção, isto é, a de que ela se trata de um fragmento:

Uma vez que toda construção desse tipo é incompleta, pois abrange apenas um pequeno fragmento dos eventos esquecidos, estamos livres para supor que o paciente não está de fato discutindo o que lhe foi dito, mas baseando sua contradição na parte que ainda não foi revelada. (Freud, 1937/1996, p. 281).

Cabe ressaltar também que a negação possui um papel importante na ascensão de um conteúdo inconsciente a consciência. Por meio do “não”, determinado conteúdo recalçado consegue se direcionar a consciência, tendo como condição o fato de ser, no momento da enunciação, negado. Assim, para Freud: “o juízo negativo é o substituto intelectual da repressão, seu ‘Não’ é um sinal distintivo, seu certificado de origem, como ‘Made in Germany’, digamos.” (Freud, 1925/2011, p. 278).

Nesse contexto, a ambiguidade própria das respostas diretas do paciente pode vir a confirmar justamente um material que se encontrava recalçado. No entanto, da mesma forma que o “sim”, a certeza a respeito disso somente surge de forma indireta.

Assim, uma das conclusões possíveis a partir da análise das confirmações ou refutações que surgem por parte do paciente é a de que o fundamental em uma psicanálise surge de viés. Nossa breve análise sobre o “sim” e o “não” nos conduz justamente a esse ponto, que nos leva a colocar uma ênfase especial naquilo que nos é apresentado de forma imprecisa, ou que ainda está por surgir. Uma construção elaborada em análise, que por definição é um fragmento, obtém como material algo que não conseguimos encarar de frente, algo que só nos é possível abordar de lado.

De acordo com Miller, existe uma relação entre o que surge indiretamente no contexto de uma análise e o que Lacan caracteriza em seu ensino como semi-dizer. A verdade, para Lacan, é sempre semi-dita, e o que o analista consegue coletar de forma indireta possui relação com o que é semi-dito. Para Miller:

Tudo o que surge diretamente, o sim direto, o não direto, o não é verdade, não é isso, não é o que conta. O que conta é o que surge de lado. É o que Lacan chamará bem mais tarde de semi-dizer. Não se pode dizer a verdade, pode-se apenas semi-dizê-la, esta já é uma demonstração de Freud. (...). Isto quer dizer que o analisante está sempre errado na sua relação com o inconsciente, porque esta relação é, ela mesma, torcida. Não podemos falar o justo sobre o inconsciente de modo direto. Não podemos falar o justo sobre o inconsciente senão de lado, de viés. (Miller, 1996, p. 95).

Independentemente do ponto de partida, analista ou analisante, lidamos com o incompleto, sendo esta uma condição da qual não podemos nos furtar no momento em que se toma o inconsciente como objeto de investigação. O analista deve levar em conta que suas construções e interpretações são inacabadas. Ao mesmo tempo, o material que nutre as intervenções analíticas, as confirmações indiretas, como Freud as caracteriza, não se encontram livres de equívocos ou mal entendidos. Elementos indiretos advindos de uma

análise confirmam ou refutam tal hipótese, sendo que a natureza mesma desses elementos nos ensina de que forma lidar com a verdade do sujeito, de que forma ela é semi-dita pelo paciente.

Cabe ressaltar ainda que, tanto em Freud quanto em Lacan, a perspectiva da construção é encarada por diferentes olhares. Ao passo que Freud concebe a construção como um trabalho estritamente do analista, Lacan já atribui a construção ao analisante, de acordo com Miller (1996). Se a construção é algo que vem do analisante, o trabalho do analista se torna, portanto, o de legitimar simbolicamente o ato de construção do paciente, autorizando o prosseguimento desse trabalho. Na ótica freudiana, no entanto, o que temos é o lançamento por parte do analista de um determinado material, e o que se colhe posteriormente desse material, elaborado a partir de fragmentos coletados em uma análise.

Nesse contexto, temos o tratamento (seja partindo do analista ou do analisante) intrinsecamente relacionado a determinados fragmentos. Em ambos, persiste a noção de um “trabalho preliminar”, expressão essa empregada por Freud (1937/1996, p. 278).

De acordo com Miller (1996), na perspectiva freudiana, a construção enquanto um trabalho preliminar vincular-se-ia a elaboração de um saber, enquanto que a interpretação estaria mais próxima da verdade. Assim, a construção insinua-se como um processo que se funda primordialmente em um posicionamento investigativo por parte do analista, que faz uso da interpretação para avançar cada vez mais em sua construção. A construção encontraria seu teste final no tempo em que fosse submetida ao paciente, sendo este o momento em que ele poderia conferir a ela a sua real pertinência.

Tal concepção, que coloca em pauta a interpretação próxima à verdade, e a construção aproximada ao saber, por si só é extremamente significativa, uma vez que por meio desses dois procedimentos explicita-se a disjunção entre o saber e a verdade. Saber e verdade, na ilusão totalizante do discurso científico, encontram-se sobrepostos. A razão se torna o principal instrumento de apreensão da realidade, ou seja, um método de apropriação da realidade. Isso significa dizer que a razão, o pensamento, em última instância, é um método que possibilita e potencializa investigações sobre o real. Por meio dela é possível que se conheça tudo, ele é a via de acesso seguro. Saber e verdade sobrepõem-se, ambos identificam-se um ao outro. Já em Freud, tem-se o saber que se constitui a partir de uma verdade que nunca é dita em definitivo, sempre semi-dita, e sempre em construção.

Deve-se mencionar também que a abordagem entre as relações entre saber e verdade suscitadas pela problemática da construção feita em análise ganha novos contornos no momento em que Freud aproxima as construções do analista dos delírios. De acordo com ele:

Os delírios dos pacientes parecem-me ser os equivalentes das construções que erguemos no decurso de um tratamento analítico – tentativas de explicação e de cura, embora seja verdade que estas, sob as condições de uma psicose, não podem fazer mais do que substituir o fragmento de realidade que está sendo rejeitado no passado remoto. (...). Tal como nossa construção só é eficaz porque recupera um fragmento de experiência perdida, assim também o delírio deve seu poder convincente ao elemento de verdade histórica que ele insere no lugar da realidade rejeitada. (Freud, 1937/1996, p. 286).

Para realizar essa analogia, Freud baseia-se na observação de que determinadas construções ganham o estatuto de lembranças recuperadas. A hipótese é a de que na construção, assim como no delírio, haveria um “núcleo de verdade” (Freud, 1937/1996, p. 286), que viabilizaria a ocorrência de um tratamento possível. Assim, o saber oriundo de uma construção e de um delírio teria como subsídio a verdade daquele paciente. Essa verdade, ao se manifestar na enunciação, surgiria de forma indireta, o que é bastante claro nas palavras de Freud que se seguem, em que ocorre certo deslocamento da atenção do sujeito, indo do acontecimento para detalhes insignificantes desse mesmo evento:

Fiquei impressionado pelo modo como, em certas análises, a comunicação de uma construção obviamente apropriada evocou nos pacientes um fenômeno surpreendente e, a princípio, incompreensível. Tiveram evocadas recordações vivas – que eles próprios descreveram como ultraclearas, mas o que eles recordaram não foi o evento que era o tema da construção, mas pormenores relativos a esse tema. (Freud, 1937/1996, p. 284.).

Mesmo que admitamos as relações próximas entre o saber e as construções, o que parece estar em jogo, no fundo desse tema, é a questão da verdade. A construção, nesse sentido, nada mais é que uma das maneiras de nos aproximarmos da verdade daquele sujeito. Tanto em seu conteúdo quanto em sua forma, temos com a construção aproximações gradativas e não definitivas de um “núcleo de verdade” daquele sujeito, para utilizarmos a expressão de Freud. É justamente aí que se encontra o parentesco entre a construção e o delírio, ambas enquanto construções que revelam algo que estruturalmente se equivoca no momento mesmo em que se revela. Daí a importância das confirmações indiretas que surgem diante de certo material, e que de alguma forma guiam o trabalho possível. A interpretação, no mesmo sentido que a construção, teria também como núcleo a verdade, porém como uma forma de organização diferente. Nesse sentido, tanto interpretação como construção teriam um eixo comum, no momento em que fossem submetidas, a saber, o equívoco: “não podemos agarrar a verdade senão na equivocação. (Miller, 1996, p. 103).

3.2 Algumas Pontuações Clínicas de Freud sobre as Construções em Análise: a Jovem Homossexual, o Homem dos Lobos e “Batem em uma Criança”.

Cabe ressaltar o uso que Freud faz das construções analíticas em alguns de seus casos clínicos. Mesmo que ele, por vezes, não se refira ao tema explicitamente, é possível encontrarmos o uso do termo e, por vezes, referências de como o processo de construção chegou a ser realizado. Além de dois casos clínicos (o caso da Jovem Homossexual, publicado em 1920, e o caso do Homem dos Lobos, publicado em 1918), é importante também mencionarmos o artigo de Freud denominado “Batem em uma criança”, do ano de 1919, em que são significativas as observações a respeito do tema.

No que se refere à História de uma Neurose Infantil (o Homem dos lobos), vale considerar que a própria estrutura do caso organizada por Freud sugere algo a respeito desse trabalho de construção, uma vez que o intuito de Freud, nesse caso, é trabalhar questões suscitadas em um paciente adulto a respeito de questões diretamente relacionadas à sua infância. Além de interpretado, é um caso que efetivamente teve de ser construído.

Outro aspecto que nos chama a atenção refere-se às diversas dificuldades com que Freud tem de se haver frente ao caso. Exemplo disso são os impasses com os quais se depara diante da cena primária construída por ele, que teve como guia principal um sonho relatado pelo paciente em análise. O procedimento de Freud é, efetivamente, o de um estruturador dos indícios com os quais se defronta durante o processo analítico. Ele não se furta das dificuldades que levam a construção dessa cena, não recua diante dos impasses que lhe são apresentados. Nesse contexto, é interessante observar que um dos principais problemas com os quais Freud tem que lidar refere-se à veracidade daquilo que ele constrói, ou seja, se é possível que haja algum registro mnêmico que dê suporte à sua construção. Freud procura aqui algum elemento de que o fato ocorreu em termos históricos. Germina, já nesse caso, o que Freud viria a trabalhar anos mais tarde, no texto “Construções em Análise”. Trata-se da “mistura” observada em alguns de seus pacientes entre construção e lembrança. De acordo com Freud:

Quero dizer que cenas como a de meu paciente, de um período tão antigo e com tal conteúdo, e que possuem tal importância para a história do caso, em geral não são reproduzidas como lembranças, mas tem de ser gradual e laboriosamente adivinhadas – construídas – a partir de uma soma de indícios. (Freud, 1918/2010, p. 70).

Mais adiante, no entanto, Freud defende e demonstra a convicção que determinadas construções podem provocar em seus pacientes, de forma semelhante a um fragmento de memória. Nesse contexto, a confirmação das construções aparece, como temos mencionado, de forma indireta, por meio de sonhos, tendo influências diretas sobre os pacientes:

Sonhar é também recordar, embora sujeito as condições do período noturno e da formação do sonho. Esse retorno em sonhos explica, segundo creio, que nos pacientes mesmos se forme gradualmente uma firme convicção da realidade dessas cenas primordiais, uma convicção que em nada fica atrás daquela baseada na recordação. (Freud, 1918/2010, p. 71).

Nesse contexto, torna-se evidente, em diversos níveis, as relações que a atuação do analista e o caso estabelecem com a verdade. Freud, nesse caso, submete uma cena construída, não necessariamente definitiva ou equivalente a acontecimentos históricos, a seu paciente e espera confirmações que possam surgir. Os sonhos que aparecem legitimam o essencial da cena, e permitem a continuidade do tratamento.

Por outro lado, Freud, em seu texto, não é conclusivo a respeito da cena primária. A hipótese levantada com ela é explorada exaustivamente, mas ainda assim fica algo por se dizer a respeito. É certo que uma das observações do autor é a de que fantasias de crianças ou mesmo de adultos são elaboradas com materiais adquiridos em algum lugar (Freud, 2010/1918, p. 76), mas ainda assim a conclusão que Freud chega a respeito da realidade da cena primária não é conclusiva, o que não deixa de ser coerente com a construção de um caso, onde não conseguimos acessar de forma definitiva todo o material. Nesse sentido, é adequada aqui a observação de Mattos:

O texto sobre o “Homem dos Lobos” nos ensina o que é um caso construído em torno do real da clínica, pois toda a sua constituição, que foi orientada pelo sonho de Serguéi Pankejeff – o sonho dos lobos – evoca o real da cena primária e de suas consequências particulares para esse sujeito. É um caso que coloca diversas dificuldades e mesmo polêmicas em relação ao diagnóstico. Freud, no entanto, não deixou de valorizar seus impasses e dificuldades, propondo-nos, a partir deles, dar um passo e, assim, avançar em nossa clínica. (Matos, 2011, p. 166-167).

Retomando a diferenciação feita anteriormente entre a quem deve ser atribuído o trabalho de construção, ao analista ou ao analisante, o caso da Jovem Homossexual, denominado “A Psicogênese de um caso de Homossexualismo numa Mulher”, de 1920, apresenta aspectos relevantes sobre a questão. Freud, ao fazer alguns esclarecimentos a respeito de como procedeu nesse caso, faz uma divisão em duas etapas do trabalho analítico. A primeira, ele a relaciona ao próprio analista, em que se colhem informações necessárias e revela ao paciente algo a respeito do distúrbio do qual ele sofre. Já na segunda, o próprio

paciente se debruça sobre o que lhe é revelado, e acrescenta e/ou corrige conteúdos com os quais teve contato. Apesar da divisão didática, Freud nos diz que: “essas duas fases do curso do tratamento analítico não estão sempre nitidamente separadas uma da outra, o que só pode acontecer quando a resistência obedece a certas condições”. (Freud, 1920/1996, p.163).

Uma passagem como essa nos remete, em princípio, à vinculação realizada por Freud entre a construção e analista, na qual a construção é vista como algo exclusivo do analista, um trabalho só dele. Ao mesmo tempo, aproxima-nos da complementariedade entre interpretação e construção. No entanto, se formos tentar seguir a trilha de Freud, e nomear cada etapa dividida nesse caso por ele, encontramos-nos em dificuldade. Por mais que encontremos no artigo “Construções em análise” a noção da construção enquanto um trabalho preliminar, parece-nos que ela permeia ambas as etapas do processo analítico, não necessariamente de maneira preliminar. No primeiro, além de se colher informações necessárias para o caso, já existe a submissão do que ocorre ao próprio paciente, o que não deixa de pressupor que alguma construção já tenha sido feita. Em segundo lugar, é próprio também da construção o que ocorre na segunda etapa, a saber, o acréscimo ou a correção do que havia sido revelado. Nesse sentido, parece-nos que vincular a construção somente ao analista (como Freud propõe) ou ao analisante (de acordo com a leitura de Miller sobre a perspectiva lacaniana) faz com que se perca a própria dinamicidade do processo. Temos a impressão, assim, que a construção é algo que se vincula ao processo analítico, e que é o dispositivo, ou mesmo o discurso analítico, que possibilita que ela ocorra, o que desloca a ênfase e a tensão entre analista e analisante.

Ainda a respeito do caso da “Jovem Homossexual”, cabe a observação elaborada por Freud a respeito de peculiaridades do inconsciente. Aqui, remetemo-nos a discussão anterior feita a respeito do que é confirmado ou refutado pelo paciente, mas em um nível de sofisticação ainda maior, uma vez que Freud localiza no decorrer do caso sonhos que sugerem a ele interpretações que não vão na mesma direção de outros indícios colhidos durante a análise. Ao trabalhar esses sonhos, Freud afirma que:

A contradição entre eles (os sonhos) e as afirmativas da jovem na vida desperta, na ocasião, era muito grande. (...). Advertido por uma ou outra ligeira impressão, disse-lhe certo dia que não acreditava naqueles sonhos, que os encarava como falsos ou hipócritas e que ela pretendia enganar-me, tal como habitualmente enganava o pai. Eu estava certo; após havê-lo esclarecido, esse tipo de sonho cessou. (Freud, 1920/1996, p. 176).

Nesse contexto, é digno de nota que mesmo que tenhamos a experiência da construção como uma experiência inacabada, nem por isso o material colhido não deva ser tratado com

rigor. A evolução do caso, e a forma como se estabelece a transferência entre analista e analisante, portanto, encontra-se em outro plano, plano este que é diferente do argumentativo, mas que de qualquer forma não deixa de orientar o tratamento.

Finalmente, nesse breve percurso de algumas obras freudianas, nos encontramos com o texto denominado “Batem em uma criança: contribuição ao conhecimento da gênese das perversões sexuais”, de 1919. Mesmo que não se trate de uma exposição clínica de caso, existem nesse texto elementos que podem nos auxiliar em nossa elaboração.

No texto em questão, Freud pergunta-se sobre a gênese de uma fantasia que frequentemente surge em seus pacientes. Trata-se da fantasia de que “batem em uma criança”. Seu aparecimento, muitas vezes, parece destoar do que ocorre em uma análise, soando como um fragmento isolado de uma análise. Ainda, observa-se que esse fragmento torna-se algo de difícil investigação, sendo que os próprios pacientes têm dificuldades em caracterizar ou fornecer mais informações a respeito do que lhes vem à cabeça sobre isso. Tudo o que são capazes de dizer é a essência da fantasia, “batem em uma criança”.

Nesse artigo, é interessante observar a aproximação efetuada por Freud entre a construção e o saber. Por meio da investigação desse material coletado em diversas análises, Freud procura elementos que subsidiem o avanço da teoria. Isso fica claro quando ele, a partir da frase “Batem em uma criança”, sugere dois momentos anteriores que culminam com o terceiro, a expressão em questão. Nesse contexto, essa elaboração de saber possibilita a Freud investigações a respeito sobre o masoquismo, o sadismo e poderosas forças libidinais atuantes no psiquismo.

A primeira etapa dessas fantasias de surra⁵ explicita-se por meio da construção “Meu pai bate na criança” (Freud, 1919/2010, p. 302), sendo que não é necessária que essa formulação seja uma fantasia, podendo inclusive ter ocorrido efetivamente. No momento seguinte, em uma segunda etapa, ocorre uma inversão a respeito de quem sofre o castigo. A frase em questão agora é: “Sou castigada por meu pai” (Freud, 1919/2010, p. 302), que tem, de acordo com Freud, caráter masoquista.

Por fim, a terceira etapa possui diversas semelhanças com a primeira. É o que os analisantes comunicam, porém aquele que agride e aquele que apanha não são identificados, e as perguntas a respeito não produzem nenhum efeito ou resposta.

⁵ Dado o recorte do uso que faremos desse artigo, não abordaremos as diferenças que Freud traz a respeito do sexo masculino e feminino; contudo, é importante dizer que as fases descritas a seguir se restringem ao sexo feminino.

Dessas três etapas, a segunda é a que merece nossa atenção maior. Para Freud:

Essa segunda fase é a mais importante e mais preñhe de consequências. Em certo sentido, no entanto, pode-se dizer que ela não tem existência real. Em nenhum caso ela é lembrada, não chegou a tornar-se consciente. É uma construção da análise, mas nem por isso menos necessária. (Freud, 1919/2010, p. 302-303).

O que faz com que Freud elabore essa segunda parte? Não devemos desconsiderar que ela é fundamental em sua tentativa de esclarecer essas fantasias de surra, em um momento em que Freud já tinha em mente as noções de pulsão de morte e pulsão de vida. Contudo, o que nos interessa é que Freud, ao se permitir um ato como esses e colocá-lo a prova diante de seu arcabouço teórico, procede de forma semelhante à utilizada na condução de seus casos. O que ele constrói nada mais é que um fragmento, e o que está em jogo aqui, no final das contas, é a relação entre a construção e a verdade, tendo o saber como mediador. Porém, o que nos é mais caro nessa passagem freudiana é o surgimento de indícios que lançam a perspectiva da construção para fora do consultório. Em “Batem em uma criança”, mesmo que tenhamos materiais de cunho clínico, o que está em jogo, de uma forma bastante explícita, é o progresso da teoria analítica. A construção surge como uma ferramenta para o pensamento.

Dessa forma, no momento em que localizamos um dos lançamentos da construção para fora das paredes do consultório, encontramos um fio condutor que nos leva ao que nos últimos anos se tem produzido sob a alcunha de construção do caso clínico. Trata-se de uma forma de trabalho que se estrutura a partir das contribuições de Freud, mas que ganha também especificidades.

3.3 A Construção do Caso Clínico em Saúde Mental – Reflexões de Autores Atuais.

Da forma que vem sendo trabalhada atualmente, podemos perceber que a perspectiva da construção sofre alguns deslocamentos, se levarmos em conta a reflexão iniciada por Freud em 1937, ou mesmo em anos anteriores. Esses deslocamentos são de duas ordens, que se encontram articuladas. Primeiro, é importante destacar que a construção do caso clínico ganha alcance institucional. Isso significa que as pontuações sobre o tema passam a incidir sobre uma equipe de trabalho, que se propõe a se debruçar sobre um determinado caso. Assim, ao ser problematizada no ambiente institucional, ela torna-se uma alternativa de abordagem, ou, se preferir, uma forma de trabalho. Uma forma de trabalho que tem como orientação o discurso psicanalítico.

Esse deslocamento que incide sobre a perspectiva da construção do caso clínico tem como um de seus principais autores Carlo Viganò. Um de seus mais significativos textos sobre o tema, denominado “A Construção do Caso Clínico” (Viganò, 2012a), tem como objetivo introduzir essa temática no contexto da saúde mental. O que está em jogo, aqui, é de que forma é possível a articulação entre o discurso psicanalítico e o que acontece em uma instituição. Nesse contexto, considera-se, já de saída, a natureza distinta das duas abordagens.

Se nos voltarmos às especificidades de uma instituição, é importante considerar que aspectos relacionados ao bem estar social do indivíduo prevalecem. Tenta-se fazer valer, para esses sujeitos, seus direitos, sejam eles os mais básicos possíveis. Encontramos em um serviço a necessidade de uma “resposta social a fenômenos clínicos, a certos estados de psicose, a certas passagens ao ato, a alguns estados de depauperamento físico, que podem levar o sujeito à exclusão social absoluta e até a morte”. (Zenoni, 2000, p. 14-15). O que está em jogo, portanto, em uma instituição, é o imperativo de que o sujeito que sofre deve ser abrigado e protegido, mesmo que seja dele mesmo. O aspecto social do caso é o que prevalece, e a assistência deve zelar pela manutenção da vida daquele que se encontra em dificuldades.

Em outra vertente, temos o discurso psicanalítico, que nos remete, em princípio, a uma incompatibilidade em relação ao que ocorre na instituição. É como se não fosse possível uma articulação entre os dois, como se as características de ambas as perspectivas inviabilizassem qualquer interlocução possível.

A instituição visa reduzir a pregnância do sintoma, enquanto que o analista visa tentar fazer emergir o significante inconsciente. A instituição quer o bem e a saúde do indivíduo, enquanto o analista não visa nenhum bem, mas somente a emergência do desejo, que pode comportar mal-estar e angústia (Zenoni, 2000, p. 13).

Diante dessa aparente impossibilidade, Zenoni argumenta que é imprescindível que essas naturezas distintas sejam reconhecidas como tais, o que não significa que uma deva se sobrepor a outra. Se falamos a respeito da inserção de um psicanalista em um contexto institucional, a questão que se coloca é de que forma um trabalho possa se desenvolver sem desconsiderar ambas as especificidades. Em outras palavras, de que forma o discurso analítico pode se fazer presente no trabalho realizado em uma instituição? Zenoni pontua que “sem o limite da sua função social, a instituição corre o risco de se transformar em um lugar de alienação, de experimentação e, sem o limite de sua função terapêutica, ela corre o risco de ser simplesmente suprimida”. (Zenoni, 2000, p.17). Zenoni sinaliza assim o risco de que uma instituição se torne um veículo de exclusão sem sua função terapêutica.

Nesse sentido, o tensionamento entre função social e função terapêutica da instituição torna-se um elemento fundamental para o desenvolvimento do trabalho institucional. A função social da instituição, regulada pela terapêutica que ela mesma pode veicular, tem como objetivo preservar o indivíduo, assegurando-lhe direitos, e organizando-se de forma a protegê-lo de algum sofrimento que o invada. Ao mesmo tempo, a função terapêutica da instituição, limitada pela sua função social, possibilita o surgimento de novas formas de abordagem e mesmo apaziguamento dos sujeitos, sem que se caia em uma postura de pura experimentação na condução dos tratamentos. A função terapêutica assegura que a instituição não se torne segregativa, permitindo que as especificidades de cada caso sejam levadas em conta para os tratamentos. No entanto, em ambas as situações, sejam elas relacionadas à função terapêutica ou institucional, o que está em jogo é uma questão clínica, uma questão que se refere ao caso clínico e ao tratamento que pode ser oferecido a esse público. Viganò nos traz como possibilidade frente a esse impasse a construção do caso clínico, isto é, o caso clínico como articulador entre as funções sociais e terapêuticas da instituição.

Nesse contexto, temos a construção enquanto uma forma de abordagem dos casos que buscam as particularidades de cada sujeito em questão. Tais particularidades, para se fazerem presentes, exigem que nos libertemos de diversas pré-concepções que temos a respeito de cada caso. A tônica, portanto, recai na resposta que cada sujeito pode oferecer diante daquilo que lhe causa sofrimento. De acordo com Teixeira, a construção do caso clínico “propicia operar com o impasse na condução dos casos clínicos, produzindo um esvaziamento de saberes pré-estabelecidos e a produção de um saber novo” (Teixeira, 2010, p. 28).

Podemos observar que o tensionamento que mencionamos anteriormente entre a função social e a função terapêutica da instituição estabiliza-se no momento em que se realiza o movimento em direção àquilo que o caso sinaliza. O caso clínico, portanto, é o que ganha destaque efetivo na condução dos tratamentos. Isso significa que, no momento em que se consegue mobilizar os profissionais, direcionando-os para o que ocorre com o sujeito, os saberes que circulam na equipe ficam em segundo plano em relação ao que acontece com o próprio caso. Cada paciente faz um diferente apelo à instituição, apelo esse que deve ser escutado. O que é escutado, ao não ser interpretado à luz de saberes pré-estabelecidos, torna-se assim material efetivo para que um caso venha a ser construído. Para Viganó, a “construção consiste no testemunho das diversas fases do trabalho do analisante”. (Viganò, 2012a, p. 120), o que nos remete a necessidade de nos voltarmos ao caso tal como ele aparece, dando autenticidade àquilo que o paciente nos revela. Muitas vezes, tal testemunho antecede

inclusive a fala dos sujeitos, tendo lugar nos vários momentos da rotina do trabalho realizado no serviço.

Nesse sentido, o testemunho do trabalho do analisante surge como a legitimação do trabalho do paciente, na medida em que se trata de um trabalho que não passa despercebido, e que, no limite, é um trabalho de construção. De forma concreta, esse momento de construção ganha seu valor no momento em que um profissional se prontifica a marcar aquilo que de inédito surge na conduta de um sujeito, aquilo que foge ao habitual. Essa marcação sinaliza e ratifica algo de um trabalho em execução pelo próprio analisante, isto é, de como ele tem se colocado no sentido de enfrentar o real do gozo que o invade. A pontuação que vem de fora permite que o próprio paciente problematize isso que de inédito aconteceu, colocando-se a trabalho por meio disso.

O testemunho do trabalho analisante por parte do analista visa, portanto, que se alcance a possibilidade de que algo inventivo surja durante um tratamento. A escuta advinda do profissional, livre dos saberes e imperativos que se fazem presentes na instituição, e a posterior intervenção sobre aquilo que é localizado como inédito no caso pode possibilitar que a posição do próprio paciente sofra algum deslocamento durante seu tratamento, possibilitando que novas formas perspectivas de trabalho emergjam, tanto por parte do paciente quanto por parte do profissional.

Cabe ressaltar que esse trabalho de testemunho não é sinônimo daquilo que se entende por reabilitação psicossocial de um sujeito, uma vez que esta encontra-se mais próxima da função social da instituição. Aqui, o risco é que a tentativa de reabilitação, formalizada pelo projeto terapêutico da equipe silencie o sujeito, e não permita que ele opere efetivamente sobre seu estado. Apesar de não se excluïrem, é importante considerar que o caso clínico não é o mesmo que o caso social. Para Viganò:

Lugares psiquiátricos, que oferecem abrigo a neuróticos e psicóticos no momento da crise, no momento de uma insustentável dificuldade de se manter dentro do circuito social, podem representar um momento de uma chance analítica, dentro de uma clínica do segundo tipo (em que o paciente é ativo, efetivamente notado), mas, somente na condição de que o momento clínico não seja comprimido pelo projeto terapêutico da equipe (Viganò, 2012a, p. 119).

Qual a relação entre um caso clínico e um caso social? Mesmo que eles não se excluam, é importante considerar que um ajuda na estruturação do outro. No entanto, é patente o risco de que a equipe se aproprie de uma posição em que ela ache que saiba exatamente o que o caso necessita. A proteção que a instituição oferece a um sujeito

confunde-se com a objetificação do próprio caso, dando margem a interpretações de cunho pedagógico e estritamente sociais.

A interpretação entendida por esse viés possui, portanto, como uma de suas mais significativas características o silenciamento dos sujeitos em seu próprio tratamento. A tentativa de se interpretar determinado conteúdo ou de se atribuir sentido a algo que ocorre, nessa perspectiva, chega de forma mortificante, e torna-se incapaz de colher o que o caso pode oferecer. É como se aquele momento de invenção frente a um impasse fosse selado com significantes ou tentativas de atribuição de sentido ao sofrimento. Torna-se fácil perceber a necessidade, no que se refere ao trabalho de construção, que se esvazie todos os saberes preconcebidos que se tem a respeito do caso, uma vez que o que interessa é o saber que cada paciente pode constituir a respeito de sua situação.

Outra observação a ser feita no que se refere à construção do caso clínico diz respeito às semelhanças que Viganó estabelece entre a construção e o discurso do analista. Para Viganó, a

Escritura do discurso do analista é aquilo que constitui a construção do caso clínico, portanto o discurso do analista não se apresenta somente no momento em que se inicia uma análise, mas é uma forma de trabalhar, que pode também ser reproduzida na instituição (...). A posição do analista na instituição é aquela de construir o caso clínico. (Viganò, 2012a, p. 122-123).

Essa aproximação, ao ser realizada, não deve ser confundida com a psicanálise enquanto um saber que circula em uma instituição. Não desconsideramos que o saber psicanalítico compõe os diversos saberes que coexistem junto a uma equipe, posto que as diversas formações e especialidades profissionais levam-nos inevitavelmente a uma pulverização de saberes. Contudo, ao mencionarmos o discurso do analista, a ênfase recai em uma forma de trabalhar, o que equivale a dizer que é esse discurso que nos dá ferramentas para a coleta efetiva de elementos de um determinado caso, na medida em que ele opera por meio de um impasse. Esse impasse é o que possibilita a cisão dos sujeitos, ou mesmo a averiguação de como o processo de construção tem se dado. Nesse sentido, torna-se legítimo considerar, por mais estranho que possa parecer, que essa forma de operar não tem obrigatoriamente que nos conduzir necessariamente a uma análise, ou a um ambiente habitado exclusivamente por psicanalistas.

Em outras palavras, a aproximação entre o discurso do analista e a construção do caso tem como um de seus principais pontos o esvaziamento de saberes pré-estabelecidos como condição para a condução dos casos. Se, para Freud, cada caso deve ser tratado como único,

na construção do caso clínico (na medida em que esperamos e legitimamos o movimento de cada paciente) a mesma regra é válida. Abordar cada caso em sua singularidade nada mais é que procurar dar um lugar àquilo que por diversas vezes não tem lugar, em um espaço que tem como objetivo o tratamento.

De acordo com Teixeira⁶ (2010), a construção pode ser dividida em quatro elementos básicos: o esvaziamento de um saber prévio, a circulação de saberes, a autoridade clínica e a exterioridade. Todos eles, por sua vez, se organizam em torno de um princípio comum: a clínica.

O esvaziamento de um saber prévio, conforme mencionamos, permite o surgimento de algo inédito que pode se tornar significativo na abordagem dos casos. Tal esvaziamento possibilita o descobrimento do que os saberes já estabelecidos não alcançam. Um novo saber é possível a partir desse ponto. Aqui, o que interessa é o que pode vir a ser produzido no momento em que lidamos com o caso na posição de aprendizes. Deixamo-nos, assim, ser guiados pelo material que o próprio paciente revela.

A circulação de saberes, por sua vez, remete a possibilidade de expressão daqueles que se encontram envolvidos no caso. Tal postura, muitas vezes, permite a melhor localização dos impasses e dificuldades dos casos, remetendo novamente à necessidade de uma construção. Nesse sentido, ocorre um movimento alternado entre o esvaziamento de saberes pré-estabelecidos e a circulação de saberes. Ambos, no entanto, remetem a uma mesma posição, a que nos diz da impossibilidade de se encontrar um determinado saber que possa fornecer todas as respostas de um caso. Cabe ressaltar ainda que o próprio saber do paciente também é colocado em circulação.

Já a autoridade clínica relaciona-se ao posicionamento do profissional que prima pela colocação do caso em primeiro plano para a construção. As discussões e as considerações que ocorrem no momento da construção são subordinadas àquilo que o caso sinaliza. Assim, o saber que advém do próprio caso torna-se mais relevante se comparado aos outros, apesar de os outros não serem desconsiderados. A autoridade clínica surge como um princípio ético que orienta o trabalho, e possibilita que a construção de cada caso tenha continuidade.

⁶ A construção do caso clínico tal como a aborda Teixeira e seus colaboradores relacionam-se a pesquisa dirigida por ele que investigou e avaliou os impasses e dificuldades com que se deparam os Centros de atenção Psicossocial (CAPS), destinados ao tratamento e acompanhamento de pacientes que se encontram em sofrimento mental. A construção do caso clínico é nessa pesquisa articulada ao dispositivo de abordagem denominado conversação clínica, sendo essa conversação clínica o momento propício para que a construção efetiva de um caso ocorra (Teixeira, 2010).

Por fim, encontramos a exterioridade como o que permite o encontro com elementos novos antes não considerados pelo serviço, permitindo também um olhar diferente sobre o caso. A exterioridade, nesse contexto, ocorre a partir de um agente externo que problematiza e fornece novos elementos para as discussões. Pontos que eram dados como pacíficos podem ser reabertos e novamente problematizados. No limite, relaciona-se a uma postura de estranhamento e de investigação em relação a tudo que concerne o caso. Trata-se de mais um saber colocado em circulação (Teixeira, 2010). No entanto, a exterioridade não deve ser confundida com a supervisão.

A diferenciação entre supervisão e construção (exterioridade), relaciona-se a consideração de que, quando mencionamos a construção, abdicamos da posição de suposto saber, ao passo que essa é uma característica indispensável para que uma supervisão venha a ocorrer. Na construção, portanto, o que prevalece, portanto, é o esvaziamento de saber, e para a atribuição de um saber próprio oriundo do caso (autoridade clínica). Uma das principais consequências disto é a de que a construção acolhe de uma forma singular os saberes que não tem relação com a perspectiva psicanalítica. Se encontramos, na supervisão, um trabalho que se orienta de forma declarada pela psicanálise, o que fornece elementos que permitem a conduta dos casos, a ênfase, no caso da construção, se desloca para os saberes que podem se organizar pela equipe a partir do que o caso revela.

Nesse sentido, reforça-se o posicionamento de se construir um caso que se referencia pelo discurso analítico, e não pelo saber analítico. O que prevalece então é uma forma de abordagem, e não a manipulação ou mesmo evocação de conceitos psicanalíticos. Tal forma de abordagem, por possuir uma estrutura apta a escutar os diversos posicionamentos acerca de um caso, mas sempre colocando em primeiro plano o próprio caso, encontra ferramentas de orientação para o tratamento. No entanto, cabe ressaltar que isso não significa que a psicanálise, em sua forma doutrinária, não deva ser usada. O que acontece é que ela se torna mais um saber que é colocado em circulação diante da discussão dos casos (circulação de saberes).

Se, o que está em jogo é o próprio caso, na forma como ele se revela, e o que se tenta é articular saberes para que alternativas de tratamento surjam diante de impasses, cabe ainda ressaltar um último aspecto, de suma-importância para que um caso seja passível de se construir nesses termos. Esse aspecto é o que é nomeado por Viganò como diagnóstico de discurso, o que se contrapõe ao diagnóstico psiquiátrico ou mesmo ao diagnóstico estrutural psicanalítico. Para Viganò:

A construção do caso, dentro do grupo, é um trabalho que tende a trazer à luz a relação do sujeito com o seu Outro, portanto tende a construir o diagnóstico do discurso e não do sujeito (...). Não é um diagnóstico do sujeito, mas é um diagnóstico do discurso daquele momento. Não é um diagnóstico que afirma que ele é neurótico, ou psicótico, etc. A construção serve para operar o deslocamento do sujeito dentro do discurso. (Viganò, 2012a, 124-125).

Dessa maneira, o diagnóstico do discurso possibilita que se aborde o caso naquele instante, a partir dos elementos que surgem no momento. Independente do diagnóstico estrutural ou psiquiátrico que o sujeito possa ter, o que ganha destaque aqui é a forma como o caso tem se colocado e se inserido no contexto familiar ou mesmo institucional. É isso que colocamos em pauta quando é evocado aqui o conceito de Outro. Afinal, o que tem sido colhido a respeito desse caso nos permite avaliar se este Outro do qual ele se queixa tem se mostrado muito consistente, o que tem tido implicações para as colocações do paciente? Ou é um Outro que não apresenta consistência nenhuma, e gera no paciente extrema insegurança e indecisão?

Cabe mencionar que, ao trabalharmos a noção de diagnóstico de discurso, não existe a necessidade de considerar que os outros diagnósticos são inadequados, ou que devem ser descartados. Afinal, é possível que haja um trabalho de complementariedade, em que o diagnóstico psiquiátrico ou psicanalítico forneça elementos a mais para a estipulação de novas condutas para cada caso. Ao mesmo tempo, a recíproca é verdadeira, e operar por meio do diagnóstico de discurso pode trazer esclarecimentos sobre dúvidas no âmbito psiquiátrico. Contudo, não se deve perder de vista que os saberes que são colocados aqui devem permanecer maleáveis, sensíveis às respostas de cada situação. O diagnóstico de discurso é um diagnóstico de momento, e ele pode ser realizado por diversas vezes na abordagem de um mesmo caso.

3.4 Algumas Observações sobre a Evolução da Perspectiva da Construção.

É difícil não perceber as diversas diferenças existentes entre o texto de Freud e a contribuição de alguns autores atuais a respeito do tema. Em alguns momentos, parece-nos até que não é possível estabelecer a relação, dado os diversos deslocamentos que surgem. Consideramos que tais deslocamentos, importantes de serem situados, não tiram de cena o principal elemento que se encontra em jogo ao evocarmos a perspectiva da construção. Trata-se da questão da verdade.

O primeiro deslocamento a ser assinalado relaciona-se a quem se vincula o trabalho de construção. Conforme observamos anteriormente, encontramos em Freud a possibilidade de

entender o trabalho de construção como algo vinculado ao analista, isto é, como uma tarefa reservada a ele, mesmo que isso não deva ser considerado de forma definitiva, como nos demonstra as pontuações de Freud no caso da Jovem Homossexual (1996/1920). A construção, após ter sido realizada, poderia inclusive ganhar o estatuto de lembrança, fornecendo novas facetas para o tratamento. Já Miller, ao comentar o texto de Freud, argumenta que Lacan atribui a construção ao analisante. O que cabe ao analista é legitimar essa construção, permitindo assim que o trabalho analítico siga adiante. A tarefa do analista é o de fornecer o ambiente adequado para a construção analisante, possibilitando a continuidade do tratamento.

Se nos voltarmos para os autores atuais que evocamos, acrescenta-se como elemento a possibilidade de que a construção ocorra por meio de um trabalho em equipe. O discurso analítico é ampliado e aplicado à instituição. A construção, dessa maneira, vai agora além da análise. O mesmo ocorre com o discurso analítico.

De certa maneira, o artigo de Freud “Construções em Análise” (1937/1996) e a leitura que Miller faz do texto freudiano, em “Marginárias de Construções em Análise” (1996) encontram-se presentes na perspectiva que aproxima a construção e o trabalho desenvolvido pela equipe na instituição. Ainda encontra-se presente a ideia de que a construção incide principalmente sobre o paciente, sobre o analisante. De alguma forma, a construção é realizada por ele, e cabe à equipe dar legitimidade a esse movimento, trabalhando em cima das particularidades que são reveladas por cada caso. O trabalho plurifica-se, não se limitando mais a quem atende esse paciente, envolvendo trabalhadores e o caso.

É importante considerar que aquilo que é colhido no dia a dia da instituição é discutido em equipe. Saberes são colocados em circulação nesse momento, o que significa que, na ausência do paciente, trabalha-se em cima dos fragmentos que cada componente da equipe teve o trabalho de colher. Isso não significa que as conclusões do caso serão devolvidas ao paciente do jeito que a equipe lida com elas, mas que condutas possíveis podem ser estipuladas por meio disso.

Outro aspecto a ser levado em conta relaciona-se a posição interpretativa. Se encontramos, com Freud, uma vinculação estreita entre esses dois elementos (a interpretação e a devolução ao paciente), o mesmo não acontece se levarmos em conta os posicionamentos mais recentes. Para Freud, a interpretação age como um pedaço de algo maior. A cada interpretação realizada, novos elementos surgem, que são a seguir trabalhados pelo analista. No momento seguinte, esses elementos são devolvidos ao paciente, colhe-se o que surge, e assim por diante. Trata-se de uma abordagem que opera principalmente por meio do saber, a

construção estrutura-se enquanto um saber que se serve da interpretação para avançar. Construção e saber encontram-se aqui indissociados.

Já nos trabalhos que aproximam a construção e o trabalho institucional, constrói-se a partir de um esvaziamento de saber, o que não é o mesmo de se construir a partir da interpretação. O risco, no que se refere à construção que se faz presente no ambiente institucional, é que a interpretação vincule-se rigidamente ao saber, o que tem como efeitos o total silenciamento do sujeito. Nesse sentido, a interpretação que se faz de um paciente torna-se mais importante que o próprio paciente. O saber, que poderia ser usado como um instrumento para a apreensão do que está em jogo em um caso, torna-se extremamente consistente, e poucas possibilidades emergem daí.

O movimento que se faz por parte de alguns autores atuais, frente a esse perigo, é a desqualificação da interpretação na instituição, isto é, a desqualificação da interpretação enquanto ferramenta para o desenvolvimento de um trabalho em equipe que busque a construção do caso. Não se interpreta, espera-se o movimento do sujeito. Não se atribui saberes anteriores ao próprio evento, pode-se levar a situação para a discussão em equipe, para que se localizem novas coordenadas para o caso. Ainda assim, isso não significa que o trabalho esteja condicionado ao que será elaborado ou não em equipe, afinal, as mais diversas intervenções se tornam propícias nos momentos inesperados. Basta levarmos em conta o fenômeno da transferência, que nos remete necessariamente ao imprevisível. É impossível que se tenha certeza a respeito de como a economia psíquica de cada paciente reagirá a diferentes situações e a diferentes pessoas, o que, por vezes, pode exigir que uma intervenção deva acontecer anteriormente a qualquer discussão elaborada pela equipe de profissionais.

Ainda a respeito da crítica que se faz da interpretação, cabe mencionar que isso não significa que a construção e o saber se distanciem, mas que o que é orientador para o caso encontra-se no descarte de saberes prévios que se tem a respeito do caso. Posterior a isso, é possível a evocação e circulação de saberes no trabalho realizado em equipe. Percebe-se, portanto, que a interpretação, quando colocada em oposição à construção do caso clínico, é encarada de uma forma mais ampla. Vincula-se a ela o desaparecimento do sujeito, com um enfoque especial ao caso das psicoses. Inclui-se nessa perspectiva não somente a interpretação sob a ótica psicanalítica, mas todo e qualquer sentido que se possa atribuir ao caso. Nesse contexto, evidenciam-se os perigos que essa concepção de interpretação podem suscitar em pacientes psicóticos. A construção pode se revelar um caminho mais seguro a ser seguido, e até mesmo com maiores alternativas de tratamento.

É interessante notar que já no artigo “Construções em análise” Freud faz comentários a respeito da loucura. No final de seu texto, a reflexão que o autor nos proporciona permite-nos realizar uma aproximação entre construção e loucura, ou melhor, entre construção e delírio. A ênfase, conforme mencionamos, recai no quê de “verdade histórica” pode haver em uma construção delirante, e quais são as implicações existentes entre essa verdade de cunho histórico que existe em um delírio e um tratamento possível. Da mesma forma, a construção, ao ser submetida a um paciente, pode revelar algo que diga respeito à verdade daquele paciente, tornando-se dessa forma semelhante a uma reminiscência. Parece-nos que é válido supor a existência, já em Freud, de que construções realizadas podem nos fornecer caminhos para tratamentos possíveis à psicose.

A questão da psicose, encontrada no texto de Freud, é decisiva para que abordemos um dos principais pontos que estabelece uma continuidade entre os deslocamentos realizados ao longo do tempo. Seja no final do texto, onde se reflete brevemente a respeito das semelhanças entre a construção e o delírio, seja na tentativa de se aplicar a metodologia da construção do caso clínico ao aparato institucional e ao trabalho com psicóticos, em nenhum momento perde-se de vista a questão da verdade, porém estruturada a partir do semi-dizer.

Conforme dito anteriormente, a verdade de uma construção, além de nunca se manifestar em sua forma definitiva (uma vez que sempre há algo a mais a se mencionar a seu respeito), é sempre confirmada de uma maneira indireta, sendo impossível que se tenha um acesso claro à ela. Mesmo que falemos, tal como Freud, e de forma hipotética, de uma “verdade histórica” (Freud, 1996/1937, p. 286) por trás dos fenômenos que observamos, nosso acesso pleno a ela encontra-se interditado. Em “Construções em Análise”, Freud argumenta que uma construção delirante pode possuir em seu cerne um núcleo que se encontra relacionado à verdade daquele sujeito (Freud, 1996/1937). Esse núcleo, apesar de ser determinante para a estruturação subjetiva do sujeito, não é passível de ser acessado integralmente. Tal como a cena primária localizada por ele no caso do Homem dos Lobos (2010/1918), o que se faz diante de algo indiscernível é um bordeamento, em que o acesso se dá de lado. Ao mesmo tempo, a verdade mostra-se possível de uma apreensão parcial no momento em que ela é entendida como um processo, ao invés de ser concebida como pronta, ou mesmo acabada. Dizer que ela é concebida como processo implica considerarmos que o movimento que se faz em direção a ela, em si, já revela algo da verdade que se encontra em jogo naquele momento. É aqui que se encontram as possibilidades de confirmação de condutas de formas indiretas.

Da mesma maneira, na metodologia da construção do caso clínico, encontramos com uma forma de intervenção que se orienta por uma concepção de verdade semelhante. O material que é possível de se colher junto aos pacientes nunca é definitivo, e sempre algo a mais nessa elaboração pode ser acrescentado. Ao mesmo tempo, na medida em que se tem a construção enquanto algo preliminar ao ato analítico, torna-se possível uma aproximação entre abordagens indiretas de um caso e aquilo que antecede o ato analítico, em que a forma como os fragmentos aparecem guardam em si grande valor. Antes mesmo que o dispositivo analítico surja e se estruture, já é possível que o trabalho se realize, por meio de uma apropriação do que se tem de particular em cada caso, sendo isso abordado por meio de uma investigação que busca o que há de indireto e particular no caso, o que foge as avaliações estritamente clínicas.

Nesse sentido, ao localizarmos a questão da verdade como o que se mantém constante nas diferentes estruturas da perspectiva da construção, encontramos-nos diante de um ponto de orientação fundamental para os tratamentos que se submetam a essa perspectiva, a saber, a perspectiva do não-todo, que, no limite, fornece-nos novas possibilidades de trabalho e condução dos casos.

3.5 Casos Crônicos podem ser Construídos?

Ao contrapor a metodologia abordada por nós nesse capítulo e a questão da cronificação, o que parece, a princípio, é que estamos diante de uma impossibilidade. Afinal, na medicina, a concepção que se tem de um paciente crônico é que se trata de um caso de cunho permanente, e que pouco pode ser feito a respeito dessa condição. Ao se utilizar o termo crônico, em termos de tratamento, fala-se prioritariamente de controle, o que significa que são pacientes que se caracterizariam por serem incuráveis. Será possível que esse tipo de caracterização, utilizada predominantemente pelo saber médico, possibilite novas formas de abordagem?

Associado a isso, encontramos-nos com duas concepções diferentes de verdade, que remetem a posicionamentos distintos. Se, no que se refere ao termo cronificação, a pretensão é a de que o termo designe um estado pronto e acabado, o que entra em discussão na esfera da construção é uma verdade que não se deixa apreender, que sempre nos escapa no momento em que se revela. A possibilidade de um diálogo possível agrava-se diante disso.

No entanto, parece-nos que, ao nos voltarmos para a palavra crônica e seus usos em diferentes perspectivas, novas possibilidades se abrem. A crônica literária, ao se relacionar a

possibilidade de se “poetizar o cotidiano”, coloca o tema da arte em discussão. Resta-nos, nessa medida, precisar que tipo de arte é essa, e quais as suas implicações para o nosso trabalho.

O que nos parece é que a plurificação do conceito de crônico e o diálogo com as contribuições literárias tem como um de seus destinos possíveis a perspectiva de se pensar o tratamento desses casos por um novo viés: trata-se de colocar em cena a construção do caso clínico. Nesse sentido, pensar determinados sujeitos em termos de construção, e submeter determinadas constatações ou observações ao trabalho em equipe, podem se constituir como estratégias que possibilitem um novo olhar para velhos casos. Olhar esse que pode revitalizar determinadas condutas e fornecer novos caminhos a serem seguidos e tentados.

Nessa medida, a construção do caso clínico, enquanto método de abordagem e forma de trabalhar pode se mostrar apta a veicular uma nova concepção de cronificação, concepção essa que relaciona a possibilidade de invenção, inerente ao próprio termo, e as várias formas de tratamento que podem ser construídas em um trabalho feito por muitos. No entanto, ao se construir um caso, ao mesmo tempo em que se adquire a capacidade de se estranhar o cotidiano, realiza-se a possibilidade de desvinculação de qualquer saber possível, determinado anteriormente.

Casos crônicos podem ser construídos? Em nossa perspectiva, a pergunta parece se desdobrar em outra, o que nos remete a uma mudança de posição: a construção de um caso clínico pode se aproximar de uma crônica? Uma pergunta como essa se mostra significativa no momento em que subverte o que se entende por crônica. Se, na primeira pergunta, a questão voltava-se para o que é possível de se fazer frente a um grande impasse, a segunda pergunta remete-nos a de que forma é possível abordar pacientes crônicos por outro viés, operação essa, que por mais sutil que pareça, não deixa de ser complexa.

4 CAPÍTULO III – CONSTRUINDO UMA CRÔNICA

Seria possível afirmarmos que a construção de um caso clínico possibilita, em última instância, a cronificação de casos? Obviamente, trata-se de uma provocação, e que coloca em discussão todas as sutilezas que remetem ao termo crônico, que variam desde ao seu uso em diferentes áreas à possibilidade de que tal termo possa ser considerado como operativo, exercendo uma influência ativa no momento em que um serviço, ou um profissional, se propõe a pensar nas vicissitudes de um tratamento.

A consideração da construção do caso clínico como um “agente” de cronificação, portanto, ganha força no momento em que condensa em si mesma as diversas interpretações que o termo crônico contém. Ao mesmo tempo em que remete a uma postura que pode ser condenada, pode também se constituir como um campo de invenção de novas possibilidades. A ênfase, aqui, deve ser colocada sobre o termo “agente”, que diz de uma busca ativa pelo que de melhor pode ser encontrado em uma crônica. Trata-se de uma busca sem um percurso pré-concebido, e que precisa ser, efetivamente, construída. Um paciente crônico torna-se passível de ser construído, assim como os casos clínicos. O “agente” de uma crônica pode ser vinculado tanto ao profissional, que age no sentido de que uma crônica possa ser construída, quanto ao próprio caso, que encontra recursos para criar para si estratégias de tratamento.

Nesse sentido, assim como um cronista, que não encontra um terreno que possa chamar de seu, situando-se sempre nos limites entre uma prosa e uma poesia, um caso clínico, ao ser construído, não encontra um lugar que lhe determine a priori. Ele permite-se invadir e criar para si lugares inusitados e, por vezes, surpreendentes. Independente de situarmos se a construção de uma crônica recai sobre o paciente ou sobre o profissional, o que nos parece é que o que se encontra em jogo é o que ocorre na relação que se estabelece entre as posições.

Nesse capítulo, incidiremos sobre dois casos clínicos já publicados, buscando investigar se a construção feita de cada um desses casos os levou a cronificação, e de que forma isso aconteceu.

Os casos clínicos que abordaremos encontram-se publicados no livro intitulado “Metodologia em Ato”, que tem como organizador Teixeira (2010). Esse livro estruturou-se em torno de uma pesquisa desenvolvida no decorrer de três anos, que procurava investigar os efeitos discursivos do dispositivo de atenção aos portadores de sofrimento mental denominado

CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que podem ser considerados como carros-chefe da política que busca a reestruturação do tratamento ofertado a loucura⁷. Nesse contexto, os CAPS procuram ofertar tratamentos que considerem cada sujeito em sua especificidade, buscando alternativas de intervenção que não se restrinjam à internação e ao uso de psicofármacos. A partir de agora, a proposta é que os Centros de Atenção Psicossocial possam efetivamente agenciar cada sujeito que se encontra em sofrimento, constituindo-se uma alternativa à segregação anteriormente associadas aos manicômios.

Além de investigar o funcionamento dos CAPS, é importante destacar que os pesquisadores tiveram, no decorrer do trabalho, um especial interesse pelos casos considerados pelos serviços como impasses, que colocavam diversos desafios para a continuidade do tratamento, ou que mesmo apresentavam poucas respostas às intervenções já realizadas. Para a nossa proposta, a investigação a respeito do que cada serviço considerava como impasse mostra-se fundamental, uma vez que é possível considerarmos que muitas vezes um impasse em um tratamento pode fazer com que um caso seja avaliado como crônico.

De forma bem sucinta, é possível afirmarmos ainda que a pesquisa buscava também a investigação dos efeitos produzidos pelo trabalho exercido pela própria equipe de pesquisadores sobre os técnicos de cada serviço. Por meio de uma conversação, denominada como “dispositivo de conversação clínica” (Teixeira, 2010), produzia-se um momento ímpar de trabalho a respeito de determinado caso, que se tornava passível de avaliação posteriormente. A dinâmica do trabalho de pesquisa, portanto, se dava da seguinte forma: ocorria um primeiro encontro entre os pesquisadores e os técnicos, em que um caso era exposto e colocado em discussão. Nesse momento, levantavam-se questões e surgiam novas hipóteses e condutas possíveis para cada caso. Em uma segunda etapa; após terem se passado alguns meses, acontecia um segundo encontro, no qual se buscava colher os efeitos da primeira conversação, e discutir em que condição o caso clínico se encontrava.

⁷ O principal diploma legal que trata desse tema foi aprovado no Brasil em 2001. Trata-se da Lei Federal Nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Dos diversos casos abordados pelos pesquisadores, dois casos chamaram-nos atenção. Tratam-se dos casos denominados “O Pedinte e o Provedor” e “O Herói Solitário”⁸.

4.1 “O Pedinte e o Provedor”

Eliseu iniciou seu tratamento no CAPS no ano de 1997. Seu caso, além de apresentar indícios de um quadro psicótico, tem como agravante o uso constante que o paciente faz de álcool e outras drogas. Ainda, é uma característica marcante do caso o fato de Eliseu apresentar-se sempre de forma reivindicativa, com demandas incansáveis e persistentes. No início de seu acompanhamento, Eliseu apresenta delírios de cunho persecutório e comportamentos freqüentes de errância. Não consegue se conectar ao Outro, e suas tentativas de fazê-lo são sempre por meio de reivindicações. Seus laços familiares mostram-se extremamente frágeis, sendo que, em determinado momento de seu tratamento, seu técnico de referência se torna seu curador provisório, até que uma de suas irmãs possa assumir a curatela definitiva de Eliseu.

Chama a atenção que o quadro de Eliseu mantém-se estável em torno de sua característica de pedinte, que pode ser associada, a princípio, a seu pai:

Eliseu mantém com o Outro social uma relação sem limite, em que se desdobra indefinidamente o ato de demandar, no qual, por sua vez, se transmite uma função inicialmente atribuída a seu pai, portador de hanseníase, que ganhava a vida a “bater gato”. “Pedir” é uma atitude que assume, para Eliseu, a forma de um verbo quase intransitivo: tanto faz o objeto que ele pede, o que importa é conjugar o verbo “pedir”. (Teixeira, 2010, p. 80).

No que se refere à equipe, cabe ressaltar que, na tentativa de acolher o paciente para tratamento, o que se sobressai é um sentimento de exaustão. A permanente postura demandante de Eliseu produz, tanto na referência técnica do caso quanto no psiquiatra e em outros trabalhadores, uma sensação de cansaço, e, por conseguinte, de impotência diante do caso. Se Eliseu comparece ao serviço, ele pede insistentemente dinheiro, cigarro, objetos, café, e assim por diante.

Eliseu queixa-se de estar abandonado. Alega que ninguém quer cuidar dele, o que pode ser associado à fragilidade de laços entre ele e sua família e também às tentativas de cuidado ofertadas pelo CAPS, aos quais Eliseu demonstrava baixa adesão.

⁸ Os casos completos encontram-se publicados nos anexos de “Metodologia em Ato”: Teixeira, A. (2010) *Metodologia em ato*. Belo Horizonte: Scriptum livros.

Essas ofertas de tratamento se relacionavam, em sua maioria, a busca pelos direitos de cidadão de Eliseu. Exemplos disso são as buscas de se criar para Eliseu uma Residência Terapêutica Individual, por meio do aluguel de um quarto, que surtiu algum efeito por alguns meses, até o momento em que Eliseu volta a fazer uso abusivo de álcool e outras drogas. Eliseu, dessa forma, volta a frequentar o CAPS, na tentativa de se estabilizar novamente. Outro exemplo que não teve sucesso foram os movimentos para incluí-lo no programa governamental denominado “De Volta Pra Casa”⁹, que igualmente foram ineficientes. Eliseu frustra ideais fundamentais da Reforma Psiquiátrica.

As passagens de Eliseu pelo serviço são exaustivas, e as respostas do paciente a cada nova tentativa de tratamento são mínimas. A adesão do paciente ao tratamento não ocorre, e a procura para lhe assegurar direitos e inseri-lo na vida da cidade como um cidadão não tem resposta que possam ser consideradas satisfatórias. O quadro de Eliseu permanece constante, imutável. O que muda são os diferentes lugares que ele ocupa na rua, sempre para pedir. Por mais que existam momentos em que Eliseu teve que ficar no serviço para cuidados em turno integral, sua permanência no serviço não permite considerarmos que um laço transferencial entre ele e seu técnico de referência tenha se estabelecido.

A relação entre a equipe do CAPS e o paciente teve como desfecho a “desterritorialização” do paciente daquela unidade, após uma reorganização da rede de serviços de saúde existentes na cidade de Eliseu. Por se tratar de uma cidade maior, cada CAPS estrutura-se como referência de determinada região. Essa região, muitas vezes é compreendida como um território, sendo que é neste território que podem ocorrer a convivência, a circulação de indivíduos e as mais diversas trocas, sejam elas materiais, afetivas ou simbólicas. Em termos de saúde mental, um paciente que se encontra em um dado território tem um CAPS que lhe serve de referência. Se um usuário é encontrado em crise em uma região que não é a sua, ele é reencaminhado para o CAPS que lhe serve de suporte para tratamento. Entende-se que dessa forma torna-se possível que se ofereça um tratamento que preserve o vínculo entre o paciente e a comunidade na qual ele se insere, combatendo-se assim condutas que possam ser caracterizadas como excludentes.

Como consequência dessa reorganização burocrática municipal, Eliseu, ao ser desterritorializado, deixou de ser acompanhado por esse serviço ao qual já se encontrava

⁹ O programa “De volta para a casa”, elaborado pelo Ministério da saúde, tem como objetivo a gradual reintegração do portador de sofrimento mental à sociedade por meio do pagamento de um auxílio-reabilitação psicossocial, favorecendo assim a reinserção dos pacientes ao meio social mais amplo, e fortalecendo o acompanhamento realizado no território. (Ministério da Saúde, 2003).

vinculado, tornando-se responsabilidade de outro dispositivo, em outra região, o que foi tomado mais como uma causa de alívio do que uma questão a ser resolvida pela equipe. Agora, esse CAPS não mais teria de se haver com os impasses causados pelo caso de Eliseu, tornando-se essas questões atribuições de outro serviço. Nesse contexto, o que percebemos é que a relação estabelecida entre aquele que pede (Eliseu) e aquele que provém (o CAPS) se estruturou, pautada pelos princípios da cidadania, em algo insustentável, que inviabilizava qualquer possibilidade de tratamento.

De acordo com Teixeira o grande desafio existente nesse caso é

A necessidade de se tentar conceber um laço de solidariedade que não caia no eixo especular do discurso igualitário, construído no modo de identificação imaginária com a figura do semelhante, tentativa essa que nos conduz a interpelar o próprio eixo de orientação dos serviços de atenção à Saúde Mental. (Teixeira, 2010, p. 83).

O caso de Eliseu, ao se permitir ser construído, revela os perigos que ideais imputados nas conduções de casos podem levar. Na Reforma Psiquiátrica, ideais vinculados a processos de cidadania, como direito a moradia, igualdade de direitos, ou mesmo de solidariedade não enfocam um trabalho efetivo sobre o caso, o que gera, sob a esperança de que um tratamento esteja de fato acontecendo, um processo de cronificação. Essa cronificação soa mais próxima de uma sentença dada ao paciente, conforme a equipe mesmo aponta no retorno dos colaboradores da pesquisa para uma nova discussão de caso, afirmando que circular pela cidade como um pedinte sujo pelas ruas é na verdade o melhor lugar que Eliseu encontrou para si, estabilizando-se justamente aí, nesse ponto (Teixeira, 2010).

Seria possível afirmar que Eliseu é um caso crônico? Baseando-se nesse breve relato, é possível localizarmos o que pode ter levado Eliseu a esse desfecho momentâneo em seu tratamento? Que tipo de cronificação acontece com Eliseu, e, ainda, qual o papel desempenhado pelo trabalho de construção do caso clínico na situação de Eliseu? A construção possibilitou uma mudança, mudança essa que nos permitiria mudar o estatuto da cronificação de Eliseu, isto é, mudar o estatuto do olhar que a equipe dedicava ao caso?

Mesmo que seja evidente que o tratamento de Eliseu sofre com determinações que fogem ao trabalho em equipe, como a reestruturação da rede assistencial, e a nova divisão territorial a qual ele é submetido, ainda assim é possível localizarmos nesse caso elementos de grande importância que nos possibilitam inclusive situar a posição de Eliseu no território. Desde o início, Eliseu se apresenta como um pedinte, desterritorializado logo de saída, o que nos leva a pensar que a mudança de organização incide muito mais nas possibilidades de

intervenção da equipe do que no próprio paciente. Ainda assim, permanece a necessidade de que se faça presente uma rede que acolha Eliseu em seu movimento de circular pela cidade. Talvez o caso de Eliseu venha demonstrar que o seu tratamento envolva a necessidade de construção de uma “rede de redes”, o que se caracteriza por ser, de acordo com Garcia, algo que “não pretende ser uma metodologia geral; ela é uma organização local para uma experiência única, singular; é genérica, à medida que se forma a partir de um ponto; contém várias entradas e não conhece ‘centro nem periferia’ ” (Garcia, 2011, p. 129).

Dessa forma, e de maneira resumida, encontramos os seguintes pontos que explicitam a importância do caso de Eliseu para o estudo, a saber: as diferentes concepções de cronificação que se encontram por trás das condutas, que envolvem a relação que se estabelece entre o paciente e a equipe de trabalho, e o papel da construção do caso clínico para que esse ponto de virada possa efetivamente ocorrer, fazendo com que a construção enquanto um agente de cronificação se faça presente. A constituição de uma “rede de redes”, nas palavras de Garcia (2011), incide justamente aí, ao possibilitar o trabalho a partir de uma experiência singular. No momento oportuno, iremos nos aprofundar nesses pontos.

4.2 “Um Herói Solitário”

Max caracteriza-se por ser um paciente de 36 anos, com histórico de tratamentos em diferentes instituições, inclusive internações psiquiátricas. Sua primeira internação se deu quando tinha 20 anos, contudo, existe a hipótese de que o primeiro surto tenha ocorrido quando Max estava com 18 anos.

Ao chegar ao serviço, em 2003, Max apresenta-se sem crítica, desorganizado e delirante. Destaca-se a identificação maciça que estabelece com o personagem dos quadrinhos “Batman”, fazendo com que em diversos momentos de crise use capas e roupas que remetam ao super-herói.

No que se refere a sua família, deve-se ressaltar que Max possui vínculos predominantemente frágeis. Em sua história de vida, são comuns episódios de violência doméstica, seja em relação à agressividade existente entre os pais, seja nas condutas tomadas por sua madrasta, agredindo-o e maltratando-o. Como conseqüência, existem relatos de que Max passava grande parte do tempo nas ruas, talvez como forma de escapar da violência doméstica. Nesse contexto, surge a hipótese, associada a algumas observações do caso, de que as crises de Max encontram-se vinculadas a situações de abandono, comuns em variados momentos de sua vida.

Outro ponto significativo no caso de Max refere-se à questão sexual. As mulheres, para Max, também eram elevadas ao estatuto de super-heroínas, ocorrendo inclusive momentos de grandes diálogos entre Max e essas mulheres. Ao mesmo tempo em que elas eram colocadas como parceiras nos períodos mais estáveis de seu tratamento, vinculando inclusive as vozes que escutava a uma mulher que lhe ajudava, deve-se ressaltar que nos períodos de maior desestabilização Max apresentava-se persecutório em relação a elas.

A relação amistosa que Max por vezes manifestava em relação às vozes logo fez com que questionamentos sobre a natureza do diagnóstico primeiramente atribuído a Max surgisse. Seu diagnóstico, nesse momento, era o de esquizofrenia paranóide, o que não condiz com a possibilidade de que o paciente escute vozes amistosas, uma vez que é comum que em fenômenos alucinatorios de cunho auditivo predominem vozes com conteúdo ofensivo e depreciativo. Max chega a mencionar que sente falta das vozes quando elas se vão, sentindo certo vazio em função disso. Deve-se acrescentar ainda que nos momentos de estabilização as vozes são associadas às heroínas que acompanham Max em sua caminhada. Tal questionamento fez com que se deixasse em suspenso, em caráter provisório, a natureza do diagnóstico, surgindo inclusive a necessidade de que as atenções se voltassem a posição que Max ocupa em relação ao Outro, ou seja, que se realize o diagnóstico de discurso de Max. Dessa maneira, foi possível que se elaborasse, por meio das conversações clínicas, que Max localizava-se diante do Outro a partir do binômio abandono-violência, o que possibilitou a hipótese de que suas crises estivessem estreitamente ligadas a situações em que Max se sentisse abandonado.

Toda vez que Max se vê diante de uma situação que interpreta como abandono, a realidade se torna insustentável para ele. É como se houvesse uma codificação na relação dele com o Outro estruturada por esse termo, o que faz com que cada um possa, virtualmente, ser por ele concebido como aquele que o abandona. (Teixeira, 2010, p. 92).

As crises recorrentes de Max fazem também com que a relação entre Max e a comunidade sofra prejuízos. Em momentos de crise, surgem momentos em que Max persegue moradores, o que faz com que Max seja visto como uma pessoa perigosa. Em um desses episódios, Max é agredido por parentes, além de ocorrerem confrontos entre ele e a polícia, e de também sofrer ameaças de linchamento por parte dos moradores de seu bairro. Uma das tentativas de se trabalhar essa questão por parte da equipe do CAPS relaciona-se a intervenção da assistente social junto à comunidade, buscando desconstruir e problematizar a imagem criada e associada a Max.

Deve-se acrescentar ainda a esse caso as dificuldades de manejo da equipe em relação às diversas peculiaridades que Max apresenta. Exemplo disso é a transferência maciça que se estabelece entre o paciente e a técnica de referência do caso, e a dificuldade de que um trabalho feito por muitos viesse de fato a acontecer. Nesse sentido, no tratamento de Max ocorreram momentos em que ele manifestou-se de forma persecutória em relação a sua psicóloga e também a seu psiquiatra, chegando até mesmo a tentar agredi-los. Ainda, a dificuldade para que existisse de fato um momento de discussão do caso com todos os profissionais do serviço faziam com que a condução do tratamento tivesse ainda mais problemas.

A intervenção por parte dos pesquisadores, nesse primeiro encontro, foi norteadada pela tentativa de apreender especificidades em relação às crises manifestadas por Max, além de se tentar problematizar intervenções possíveis para essas situações, intervenções essas que deveriam envolver a equipe como um todo. Dessa forma, tornaria possível indagar a respeito do lugar da instituição para esse caso, buscando-se assim localizar de que maneira a instituição como um todo exerce influência sobre o caso.

Esses questionamentos colocados fizeram com que se iniciasse um primeiro momento de construção do caso, possibilitando que se reconhecesse o valor que o paciente atribuía ao personagem Batman, se considerarmos que, em sua história, “Batman” é um herói também abandonado que consegue construir para si alguma autonomia. Se um dos lugares determinantes para Max diante do Outro é o de um abandonado, caberia a instituição a tentativa de criação de um lugar diferente desse, com o cuidado de que não surjam ou se reforcem posturas assistencialistas por parte da equipe, o que dificultaria que Max constituísse sua própria autonomia.

Na segunda conversação, além de se localizar alguns pontos que remetam a evolução do caso, é importante considerar que surge a hipótese de que Max se constitua enquanto um paciente que irá permanecer institucionalizado por toda a vida. Contudo, o que a construção do caso de Max sinaliza é a possibilidade de deslocamento dessa forma de institucionalização, uma vez que:

Se, de fato, Max é um sujeito que talvez permaneça institucionalizado pela vida inteira, “institucionalizado” aqui significa que ele precisa de uma instituição parceira que faça o papel de embaixador ou mediador na relação com o Outro, sem que seja preciso que ele esteja no CAPS necessariamente. (...). Evocou-se a importância de tornar a instituição o mais prescindível possível, mas não mais do que o possível, ajudando-o a encontrar, por si só, essas estratégias de mediação. (Teixeira, 2010, p. 97).

O caso de Max possui em si elementos que sinalizam certo “perfil de institucionalização”. Max possui, inicialmente, uma representação social de ser um louco perigoso para a sociedade, o que gera atitudes de violência direcionadas a ele, tanto por parte de familiares quanto por parte de alguns de seus vizinhos, sendo que essa situação só apresenta possibilidades de mudança após a intervenção da assistente social do CAPS. Associado a isso, encontra-se no caso uma dificuldade extrema de estabilização do quadro, com a existência de momentos em que Max manifesta-se persecutório inclusive em relação à própria equipe. O suporte familiar é frágil, e existem diversos relatos em que Max é efetivamente abandonado pelos familiares. Surgem dúvidas diagnósticas, e condutas estipuladas tem poucos resultados. Soma-se a isso ainda o amplo histórico de internações do paciente em diferentes hospitais psiquiátricos.

Max pode ser considerado um caso crônico? A nosso ver, diversos elementos importantes do caso, como os mencionados acima apontam para essa direção. Durante a discussão do caso surge inclusive o termo institucionalizado, o que dá, a princípio, a impressão de que é a institucionalização o destino que se encontra reservado a Max.

No entanto, a construção do caso permite que o termo institucionalizado seja recriado, no momento em que se atribui a idéia de institucionalização à possibilidade de se tornar parceira em seu tratamento, mediando as relações entre Max e o Outro, e auxiliando-o na busca de alternativas para as atribuições da vida. Nesse contexto, o uso do termo institucionalizado amplia-se, e torna-se possível que se considere Max institucionalizado mesmo quando ele não se encontrar no serviço.

Assim, encontramos no caso de Max os seguintes elementos a serem aprofundados em nossa pesquisa: as especificidades diagnósticas do caso, que muitas vezes colocam impasses na elaboração de condutas possíveis, a posição da equipe durante a condução do tratamento, e a forma como se dá a “cronificação” do caso de Max por meio da construção clínica, em todas as suas sutilezas, levando-o a “institucionalização”.

4.3 Alguns Comentários

Se fizermos o exercício de colocarmos esses dois casos lado a lado, a impressão que fica é que o caso de Max tornou-se mais permeável à tentativa de construção. Mesmo que consideremos que cada caso estrutura-se de uma maneira, e que ambos possuem elementos muito específicos, que não se articulam entre si, ainda assim permanece a sensação de que o caso de Max é o caso que foi efetivamente trabalhado em equipe. É possível alegar que Max

não foi vítima das reestruturações da rede, e que isso fez com que ele mantivesse um vínculo maior com a instituição, mas isso só escamotearia importantes pontos do caso, já que, conforme podemos observar, Eliseu tem como um de seus lugares a rua, local privilegiado para desempenhar a atividade de pedir, ao passo que Max é considerado um paciente que pode vir a ser institucionalizado. Como o caso de um paciente que corre perigo de ser novamente institucionalizado é o que pode ser considerado como um caso construído?

Dos diversos elementos que caracterizam cada caso, e atendo-se aos que recortamos para essa exposição, fica-nos a pergunta sobre o tipo de manejo possível ao caso de Eliseu, afinal, o que esse caso revela, e de forma mais intensa que o caso de Max, é o limite da Reforma Psiquiátrica.

O caso de Eliseu traz como questão se aquilo que a Reforma Psiquiátrica preconiza como o ideal para seus pacientes é de fato o que é o melhor para o tratamento desses pacientes. No limite, encontramos-nos diante de um paradoxo. Se, por um lado, é justamente a Reforma Psiquiátrica o que possibilita a criação e o aparecimento de novas formas de trabalho e tratamento junto à loucura, mantém-se o risco de que seu aparato ideológico se configure como um grande obstáculo para a condução dos casos clínicos. Dito de outra forma, se é o atual arranjo da Reforma que potencializa a discussão de casos por meio da perspectiva da construção do caso clínico, é também o atual arranjo da reforma que pode vir a limitar ou anular esse método de trabalho.

Em um texto denominado “A psicanálise cura a saúde mental”, Viganò (Viganò, 2012b) argumenta que, na atualidade, encontramos como ideais de saúde a tentativa de se descarregar a tensão existente nos indivíduos por meio de um sentido que evite e resolva qualquer tipo de conflito existente. Intervenções de cunho psicológico buscam, no limite, proporcionar a felicidade, fornecendo sentidos completos que apaziguem qualquer surgimento de mal-estar. Nesse contexto, para todo problema existe um sentido subjacente com potencial de resolutividade. A palavra, aqui, tenta se colocar de forma a se adequar completamente ao objeto, reduzindo a zero a possibilidade de que apareça o mal entendido. Na perspectiva de Viganò, a cura que a psicanálise pode proporcionar surge no momento em que ela relativiza essa forma maciça de encarar as situações, esquivando-se de intervenções que operem estritamente por meio do sentido. O autor, ao tentar responder em que medida a psicanálise cura a saúde mental, nos diz que:

A resposta da psicanálise é aquela que Lacan chama “trabalhar para a diferença absoluta”. Logo, andar mais além da diferença sexual centrada sob a função fálica, definida pela função fálica. (...). Em cada

caso há um gozo que não se pode dizer. Mas não se pode dizer não porque seja proibido falar, mas é aquele famoso gozo, se recordam maldito, rejeitado. (Viganò, 2012b, p. 43).

Nesse sentido, a posição do psicanalista em um trabalho em equipe é a de orientar suas intervenções para um lugar diferente dos que se encontram comumente nas condutas psicológicas, sendo que muitas vezes esse lugar produz efeitos de descoberta ou mesmo de novidade. Essa orientação, de certa forma, desamarra o trabalho de pressupostos ideológicos que fazem com que um caso tenha esse ou aquele destino. Para Viganò, a intervenção psicanalítica visa, em última instância, o sem sentido, mas ainda assim no discurso. (Viganò, 2012b)

A associação entre casos que se cronificam e o fracasso, portanto, tem estreita relação com o que se espera, em termos ideais, de um caso. Se um caso é entendido como um fracasso, é porque toda a expectativa que se colocava sobre aquela situação, toda a resolutividade, ou todo o sentido que poderia fornecer condutas seguras para esse caso, não obtém resposta. O fracasso na conduta de casos crônicos, em grande parte, é um fracasso ideológico, o que pode ser compreendido como uma incapacidade de se encontrar ideais que veiculem uma resposta efetiva na condução dos casos.

Dentro dessa lógica, percebemos as possíveis relações que podem se estabelecer entre a área da saúde mental e a ordem pública. Isso implica considerar que um caso de saúde mental é aquele caso que, de alguma maneira, perturba a ordem, e que cabe a saúde mental a reintegração dos pacientes a ordem social. Os ideais que encontramos e que se ligam diretamente a Reforma Psiquiátrica, sejam eles de cidadania, participação social, autonomia, entre outros, se configuram como uma ideologia necessárias a um indivíduo, que no mundo contemporâneo, busque se inserir na cultura. De acordo com Miller:

Os trabalhadores da saúde mental se reconhecem próximos aos da polícia e da justiça, que são trabalhadores também. E essa proximidade os ofusca, tratam de alinhar-se em outro lado, mas isso também é uma confissão. A saúde mental tem, portanto, como objetivo – não posso imaginar outro – o de reintegrar o indivíduo à comunidade social. (Miller, 1999b, p. 15).

Um caso que se cronifica por não responder aos ideais que subsidiam uma determinada prática é um caso que se torna rígido. Aqui, o nome crônico é relegado à baixa resposta a um tratamento, sendo que o termo configura-se como um nome que localiza um determinado caso de forma segregativa. No limite, o termo crônico é uma noção que racionaliza algo que não se mostra passível de racionalização. O caso permanece de forma

semelhante, a possibilidade de transformação que ele poderia fomentar é nula, ou anulada, levando-o, para utilizar um dos termos da descrição do caso de Eliseu, à desterritorialização.

Nesse sentido, a afirmação de que o caso encontra-se “desterritorializado” não se limita a uma questão da organização da rede. Mais do que isso, dizer que Eliseu encontra-se “desterritorializado” é afirmar que para ele, em sua singularidade, não se encontra em nenhum lugar, que o espaço reservado a ele é o espaço dos crônicos. Aqui, um caso cronificado é um caso absorvido, ao mesmo tempo que ignorado pela racionalidade. Absorvido, pois ainda se mantém presente um arcabouço discursivo que o determine. Eliseu é apropriado por um discurso que silencia aquilo que de singular ele possui, daí a idéia de que Eliseu encontra-se também desterritorializado. A vitalidade do caso, aquilo que faz questão aos instrumentos racionais, é silenciado por meio da alcunha crônico, que remete necessariamente à inexistência das perspectivas de tratamento.

Parece-nos, no que se refere a Eliseu, que uma orientação possível para esse caso seria o real, o que nos aproxima novamente da perspectiva da construção do caso. Para Lacan:

É o real que permite desatar efetivamente aquilo em que consiste o sintoma, ou seja, um nó de significantes. Atar e desatar que aqui não são apenas metáforas, mas a serem apreendidos como nós que realmente se constroem ao formarem uma cadeia com a matéria significante. (Lacan, 2003, p. 515).

Assim, Lacan argumenta que, para além do sentido, ou mesmo para além da razão, ou dos ideais, é possível extrair algum tipo de orientação do real, que possibilite, no limite, a condução de casos. O que nos parece é que a construção do caso clínico nos mostra uma porta de acesso ao real. Afinal, tomar a construção de cada caso nesse nível aproxima-se da perspectiva de se tomá-la como um ato, um ato que parte do analista, e que “demonstra o real contra o sentido” (Badiou, 1999 p. 70). Falar de construção de caso implica levarmos em conta que, se construimos, é no intuito de que se possa demonstrar o real em jogo, sem ignorar que essa demonstração, no fundo, deve ser caracterizada como um ato, um ato que nunca vem acompanhado sem angústia (Badiou, 1999).

Cabe ressaltar que no final do segundo capítulo elaboramos a hipótese de que a construção do caso incidiria principalmente sobre o tema da verdade. Seria possível a manutenção dessa hipótese, mesmo no momento em que introduzimos a noção de real, e a aproximarmos da perspectiva da construção? Se a ideia principal é a de que o analista em uma equipe visa a demonstração do real que se encontra em jogo em um determinado caso, ficamos inclinados em pensar os pontos de articulação entre real e cronicidade. De um lado, portanto, temos construção e verdade, e de outro real e cronicidade. A articulação das duas

instâncias aparecem na busca por se construir o caso crônico, ou, para utilizar outros termos, em se verificar em que medida a verdade se relaciona com o real. Assim, surge a impressão de que essa discussão por nós sinalizada não se contrapõe ao que foi trabalhado anteriormente, principalmente se nos apoiarmos na passagem lacaniana, em que o autor, ao introduzir a entrevista publicada sob o título de *Televisão* (2003b) afirma que: “sempre digo a verdade, não toda, porque dizê-la toda não se consegue. Dizê-la toda é impossível, materialmente: faltam palavras. É por esse impossível, inclusive, que a verdade tem a ver com o real” (Lacan, 2003b, p. 508). Verdade e real encontram-se intrinsecamente relacionadas por meio de uma impossibilidade, sendo que o recurso que se tem para a abordagem do problema, isto é, a linguagem, rateia em alguma medida.

A passagem de Lacan argumenta que a articulação entre verdade e real se dá por meio de um impasse, e é justamente esse impasse que de alguma forma demonstra o que de real é possível que se encontre em um caso. O grande desafio é que se opere a partir desse real, fazendo com que ele se estruture enquanto um agente ativo na condução de cada tratamento, desatando os nós de cada caso. A pergunta que nos surge em relação ao real é, portanto, semelhante à que fazemos em nosso estudo sobre a cronicidade, a saber: em que medida é possível que se viabilize essa mudança de estatuto, em que se torne possível a extração de potencialidades para situações que, comumente, são considerados impasses?

Se, por um lado, sinalizamos a possibilidade de que nossa discussão aborde pontos de convergência entre real e crônico, por outro lado, consideramos importante termos em mente os encontros insinuados por nós entre as noções de construção e verdade. Se, conforme Lacan (2003b) mesmo aponta, a verdade tem a ver com o real por meio de uma impossibilidade, seria também por meio de uma impossibilidade a forma que a construção pode ter a ver com a cronicidade? É possível que construa uma crônica? De que forma?

Construção e cronicidade somente teriam relação se, no limite, a cronicidade se aproximasse da possibilidade de poetização, ou, para ser mais exato, da poetização do cotidiano, conforme a definição fornecida por Massaud (1983). Aqui, a poetização deve ser entendida como a possibilidade de recriação de um evento sob um novo olhar, sob uma nova perspectiva, que possibilite a invenção a partir de uma situação dada como cotidiana. O sentido com que Massaud trabalha é o de que se pode ver o comum de outras formas, o que possibilita que isso que é considerado comum seja encarado por uma perspectiva única, inédita. Poetizar o cotidiano é recriá-lo, atribuindo-lhe, como consequência, um novo contorno.

Contudo, apesar de incidir sobre o que é considerado banal, é necessário precisar que, em sua acepção literária, a crônica nutre-se do que de imprevisto existe em uma situação para se fazer presente. Busca-se o que provoca surpresa dentro do cotidiano. No limite, a definição de uma crônica literária relaciona-se ao inusitado que surge em uma situação diária. É justamente por meio do que é inusitado que se torna possível que todo um quadro ganhe um novo colorido, e que novas facetas do acontecimento sejam reveladas.

Assim, a possibilidade de criação de uma crônica surge por meio daquilo que abala estruturas pré-concebidas, muitas vezes previsíveis e já definidas de antemão. Esse abalo, que por diversas vezes pode ser caracterizado como real, é o responsável pelo ato de problematização da realidade.

Essa abertura de criação, vinculada a elementos que escapam de situações já estabelecidas e tidas como já conhecidas, pode ser intrinsecamente vinculada à civilização em sua relação com a arte. Em *Lituraterra* (2003a), Lacan afirma que a civilização, na verdade, nada mais é que um esgoto (Lacan, 2003a, p. 15). Por meio desse artigo, Lacan trabalha com a ideia de que existe uma proximidade entre a cultura e o dejetivo, sendo o dejetivo entendido como aquilo que escapa às formações discursivas. Essa proximidade torna-se mais explícita a partir do século XX, por meio de diversas manifestações artísticas e literárias ocorridas no período.

O papel da cultura seria o de agenciar a distribuição de lixo, realizando certo tratamento desses dejetos. Trata-se de conferir no discurso algo que esse mesmo discurso, em um primeiro momento, parece não querer se haver. Um artista, dessa forma, possibilitaria localizar algo que se tem como um excesso, e que por ser um excesso escapa ao campo de saber. Esse excesso caracteriza-se por ser um elemento de cunho estrutural, que surge como consequência do traumatismo proporcionado pela linguagem. Cabe ressaltar que a posição do artista se difere do que se encontra em outras formações discursivas vinculadas aos pressupostos racionais. Ao passo que, conforme mencionamos, a apreensão racional daquilo que escapa se dá por meio de um silenciamento, o exercício de localização feito pelo artista vai no sentido de legitimar e converter um lugar para aquilo que se encontra fora do discurso, mantendo ainda assim as suas especificidades. Aqui, condutas opostas surgem. Por um lado, a razão veicula uma conduta que pode ser chamada de segregativa, tendo como contraponto outra que busca incluir aquilo que, de certa maneira, não tem lugar.

O que Lacan propõe, em *Lituraterra*, é uma mudança do estatuto da linguagem. Afinal, Lacan busca legitimar o que escapa à linguagem, convertendo-lhe um lugar. A lição que fica é justamente a possibilidade de se manejar esse elemento excessivo, de se incidir sobre esse

resto (lixo) irreconhecível em algo que, de alguma forma, localize e oriente o sujeito. É isso que encontramos em Lituraterra, a partir do momento que consideramos que elaborar uma Lituraterra remete-nos diretamente ao fundo obscuro da *literatur*, ao que dela escoa. A arte, portanto, para Lacan em Lituraterra, configura-se justamente como um processo de criação frente a algo que se encontra para além do aparato da linguagem. Por meio desse processo, processo esse que é eminentemente criativo, aquilo que escapa encontra lugar para se apresentar. Esse processo de criação diante de algo que não é apropriável pela linguagem pode ser relacionado à psicose, o que nos remete a seus aspectos criacionistas.

Em um texto intitulado “A psicose no texto de Lacan” (1999a), Miller realiza o trabalho de vinculação e ao mesmo tempo de desvinculação entre a psicose e a poesia. De forma breve, encontramos nesse texto passagens que aproximam tanto a psicose quanto a poesia de um processo ficcional, relacionado intensamente a uma atividade intensa de criação. Nesse sentido, a poesia, como um processo literário, se encontra fundamentalmente vinculada a linguagem enquanto um processo de criação que se inicia a partir de um ponto de excesso.

Em outra vertente, e de forma curiosa, têm-se, nesse mesmo texto, as possíveis disjunções entre a psicose e a lógica, com a ressalva de que ambas as entidades estabelecem-se sobre aquilo que é anterior ao sentido. Assim como na poesia, prevalece a perspectiva da criação: se falamos de poesia e psicose (em que se trabalha com processos de cunho ficcional), ou se mencionamos os campos da lógica e da psicose, encontram-se em relevo a ideia de criação, sendo esta uma criação que se estabelece a partir do nada, ou, em outras palavras, a partir de um impasse. Nesse sentido, encontramos-nos com uma interessante aproximação entre os processos lógicos, psicóticos, literários e aos que se relacionam a construção do caso clínico. Todos eles surgem a partir de um ponto não preenchido pela linguagem, sendo que o que justifica a existência desses procedimentos são as consequências que podem ser tiradas do próprio procedimento, executadas sempre de forma rigorosa.

Nesse contexto, diferentes perspectivas estruturam-se por meio de um ponto do qual não encontramos referência na realidade. Para Miller, “a partir do momento que se define, como eu o fiz, o delírio como uma montagem da linguagem que não tem correlato de realidade, a lógica, a psicose e a literatura podem ser colocadas sob a rubrica do delírio” (Miller, 1999a, p. 82). Em nosso caso, pensamos ser legítimo considerar que a literatura aqui encontre sua relação com a crônica, enquanto que a psicose se aproxime da construção do caso clínico. Em ambos os casos, tratam-se de processos criativos. Logo adiante, Miller complementa, enfatizando o que surge por meio dessa montagem, ou seja,

O saber do qual se trata não é um saber referencial, mas um saber textual. O saber textual como tal, ou seja, aquele que não é um saber de referencia, mas um saber das articulações internas do texto. O saber textual, segundo a definição que propus, é sempre delirante. (Miller, 1999a, p. 83).

Essas articulações internas permitem que se investigue a verdade da construção que se encontra em jogo naquele momento. Como não encontramos, por meio do instrumento da linguagem, uma forma de apreender o ponto que possibilitou o surgimento dessa montagem, resta a investigação rigoroso da coerência dos pontos que viabilizaram o surgimento dessa saída. De alguma forma, o que nos parece é que essa investigação, ao se configurar como um elementos de saber, permite que se vislumbre algo a respeito da verdade daquele caso em questão.

Essas reflexões parecem incidir diretamente sobre a nossa proposta de mudança de estatuto a respeito do termo crônico. Afinal, o movimento que sugerimos, ao utilizarmos a expressão “poetização do cotidiano”, pode ser caracterizado como uma tentativa que visa acomodar e converter um lugar a esse resto diferenciado em toda a sua especificidade. Esse resto é o caso clínico que mesmo que tente ser apreendido pela razão, de alguma forma ainda resiste, tendo seu cerne escoado por entre os dedos. Nesse contexto, a evocação de “Lituraterra” mostra seu valor no momento em que sinaliza, em alguma medida, a proposta de mudança de estatuto da própria literatura, o que incide diretamente sobre os casos crônicos. Nossa visita ao campo de saber da literatura encontra aí seu ponto de ancoragem, pois recorrermos a definição de crônica literária sonda também àquilo que surpreende e escapa ao que é determinado.

Outro ponto que marca os casos abordados, em especial o de Max, relaciona-se ao entendimento de que se encontram ausentes elementos que possibilitem a condução do caso. A questão do diagnóstico ganha relevância justamente nessa consideração, afinal, impasses diagnósticos fazem com que a equipe não encontre balizadores entendidos como seguros que permitam a definição de condutas. Muitas vezes, é o diagnóstico de um caso que viabiliza que um diálogo entre diversos saberes, cada um com sua especificidade, seja possível. Tal instrumento mostra sua pertinência, por exemplo, durante a discussão de um caso que envolve psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros, cada um com sua formação particular e seu modo de funcionar.

No entanto, é fundamental que não tomemos, como condição para um trabalho em equipe, a existência de um consenso diagnóstico. O cotidiano do trabalho institucional mostra que isso é extremamente raro, e cabe ainda a pergunta se a existência de um diagnóstico (de forma consensual) funciona de fato como uma garantia. Encontramo-nos, portanto, com dois

aspectos da construção do caso clínico de grande importância para a abordagem dos casos de saúde mental: a possibilidade de se estabelecer o diagnóstico de discurso de um caso, e a idéia de que o caso deve ser tratado como uma autoridade clínica. Ambas as noções, intrinsecamente relacionadas, possibilitam que os saberes que envolvem o caso sejam colocados entre parênteses, permitindo um novo posicionamento em torno do caso.

No que se refere à questão diagnóstica, consideramos válido resgatar aqui uma discussão realizada por Miller (2003), em que ele relaciona o ato de se diagnosticar um caso a uma arte, porém em uma vertente diferente da qual trabalhamos anteriormente. A arte, tal como é abordada por ele, encontra-se vinculada a um juízo a ser estabelecido em relação a uma situação. Trata-se de julgar se, para aquela situação, uma regra se aplica, isto é, de avaliar se uma noção tida como geral, universal, pode desempenhar algum papel diante de uma situação específica. Esse julgamento é o que permite a vinculação entre a teoria e a prática. Tal momento de julgamento é considerado uma arte, isto é, a arte é o que possibilita que se julgue se determinada regra aplica-se ou não a uma determinada situação.

O juízo ou julgamento que é toda prática que não é um conhecimento, nem teoria, mas uma arte. Nesta dimensão, a prática não é aplicação da teoria. (...). É precisamente a prática que deve descobrir ou redescobrir, em cada caso particular que se apresenta aqui e agora, os princípios que poderiam governar o caso. Trata-se de descobrir os princípios do caso em cada um deles. (Miller, 2003, p. 28)

Nesse contexto, o entendimento do diagnóstico enquanto uma arte relaciona-se a um movimento que é anterior ao encontro com uma definição que forneça diretrizes pré-estabelecidas para um caso. Fica ainda a impressão de que o trabalho de escuta ganha aqui grande pertinência, ao possibilitar que o próprio caso nos forneça os caminhos por onde se deve seguir. Conforme pudemos observar, diante de um impasse diagnóstico no caso de Max, tem-se como saída o deslocamento da questão, o que faz com que surja uma problematização do sujeito e sua posição no discurso. De alguma maneira, julga-se que não é o momento de se avançar numa tentativa de se elucidar o diagnóstico psiquiátrico do paciente, ao invés disso, o que se tem é o esforço de se localizar especificidades do sujeito em sua singularidade:

O universal da classe, seja ela qual for, nunca está completamente presente num indivíduo. Como indivíduo real, pode ser exemplar de uma classe, mas é sempre um exemplar com uma lacuna. Há um déficit da instância da classe num indivíduo, e é justamente por causa desse traço que o indivíduo pode ser sujeito, por nunca poder ser exemplar perfeito. (Miller, 2003, p.25).

Nesse sentido, o ato do juízo, na medida em que exerce a operação de localizar o que é exceção em um caso, ou o que é um excesso para uma dada concepção, possibilita que surjam

novas coordenadas para a abordagem de uma situação antes considerada como um impasse. Essa constatação potencializa a invenção de uma nova abordagem para certos casos, por meio de um processo que podemos considerar como investigativo, se considerarmos que a investigação refere-se à busca do que é novo, busca essa incapaz de nos fornecer algum tipo de certeza. (Miller, 2003).

Mesmo que a perspectiva da arte do diagnóstico possua diferenças que se relacionem a arte enquanto uma possibilidade de tratamento do resto, tal como é colocado em “Lituraterra”, (Lacan, 2003) vale a pena destacar que, em ambos os casos, o ponto de visada é o ponto singular que escapa ao saber. Afirmar que a arte do diagnóstico implica na capacidade de se definir quando um caso faz exceção nos leva a considerarmos o que fazer com essa exceção, e de que forma deve-se tratá-la. A pergunta que se faz, pergunta essa que se configura como um ponto importante de orientação, relaciona-se a qual caminho é passível de ser criado para que o que se considera como resto tenha seu lugar, ao mesmo tempo em que tenha a sua singularidade preservada. Em Max, é justamente isso que acontece, no momento em que novas possibilidades de entendimento do caso surgem por meio da tentativa de localização de como se estrutura sua relação com o Outro. Essa relação forma-se de maneira única, e já sinaliza que destino ele dá aquilo que de excesso ele tem em si mesmo.

A cronificação de casos, portanto, encontra uma estreita interface com a questão diagnóstica, uma vez que um caso que se cronifica a partir do estabelecimento de diagnósticos psiquiátricos é completamente diferente de um caso que se cronifica por meio do entendimento do diagnóstico compreendido enquanto uma arte. Crônica, construção e diagnóstico encontram-se, cada um a sua maneira, no terreno do que é contingente, operando a partir daí.

Finalmente, temos como outro ponto digno de nota a forma como o trabalho em equipe acontece e suas consequências para o caso. Conforme observamos, no caso de Max, o momento para a discussão de caso nem sempre encontra meios para acontecer. As reuniões de equipe nem sempre contam com a presença de todos os profissionais do serviço, e muitas vezes condutas desarticuladas surgem em função disso. Seria esse um elemento que comprometeria a condução do caso?

A esse respeito, o que temos a assinalar é que a hipótese levantada pela equipe de pesquisadores é a de que Max talvez permaneça institucionalizado para toda a vida, mas que é necessário que essa institucionalização ocorra de forma que a instituição lhe auxilie em sua relação com o Outro, funcionamento como mediadora das relações entre Max e a sociedade. Tal conduta, que se caracteriza por ser extremamente complexa, tem como uma de suas

exigências a articulação da rede. Essa é a condição para que a instituição mantenha-se coesa junto a Max, inclusive nos momentos em que Max não se encontrar no serviço. Nesse caso, e no que se refere a uma das saídas apontadas, o tratamento de Max encontra-se diretamente vinculado a um trabalho em equipe bem articulado.

Um trabalho em equipe bem articulado é um trabalho que mobiliza esforços constantes de organização de uma rede de cuidados. É um trabalho que tende a fomentar, para utilizarmos a expressão de Garcia empregada anteriormente, a construção de uma “rede de redes”.

Cabe ao sistema como um todo não se apresentar sempre no mesmo lugar. A primeira a reincidir é a instituição em sua mesmice, seu anacronismo, seus hábitos, quando tudo em volta já evoluiu. Damos um exemplo: o psicótico usuário, ao procurar um serviço de toxicomania, muitas vezes, é reenviado ao atendimento em centro psiquiátrico onde iniciou seu tratamento. Em seguida, é reencaminhado ao primeiro, numa trajetória desconcertante. (Garcia, 2011, p. 124-125).

A ideia de que o sistema não se apresente sempre da mesma maneira remete-nos às perguntas vinculadas a cronificação da instituição no que se refere ao tipo de cuidado ofertado ao paciente. Garcia vem demonstrar, em alguma medida, que um trabalho institucional que se proponha a acolher de fato os usuários do serviço em sua singularidade deve se colocar de maneira apta a perceber o que de inusitado cada situação oferece, e que esse pode ser o momento de uma construção.

Conforme mencionamos anteriormente (capítulo I), Viganò traça uma importante diferenciação entre o trabalho em rede e o trabalho realizado em um hospital psiquiátrico¹⁰. De alguma medida, essa diferenciação torna ainda mais complexa a comparação entre as duas propostas de trabalho, uma vez que, para Viganò, ao passo que um manicômio se configura como um local que fornece aos pacientes uma estrutura física e simbólica na qual os pacientes podem se orientar, uma rede caracteriza-se por ser um espaço onde existe a possibilidade de circulação. Isso não significa que em uma rede assistencial não possa se organizar um ponto de orientação simbólica para os casos, mas que esse ponto deve, necessariamente, ser construído, e que essa construção varia de caso para caso. Uma rede de assistência deve, portanto, se constituir, em cada caso, e de maneiras variadas, como uma rede de cuidados. De alguma forma, é em torno disso que se relaciona o termo institucionalizado para Max, no

¹⁰ A citação a qual nos referimos é a seguinte: “A passagem do manicômio a rede não é necessariamente um progresso. Pode ser alguma coisa pior que o manicômio. Uma rede puramente institucional traz danos definitivos para os psicóticos. Como dizia antes, o manicômio, enquanto um lugar simbólico, produzia. A rede não produz nada. (...). A rede é uma possibilidade de circulação”. (Viganò, 2012c, p. 80).

momento em que ser institucionalizado vá para além de qualquer tipo de contenção intramuros.

De acordo com Garcia, o trabalho em rede deve ser capaz de propor um “*pro-jeto*”.

Para esse autor:

Ao escrever separando as sílabas, destacamos o termo *jeto* (lançar-se, lançamento), assim como o prefixo *pro*. Um projeto está isento das representações habituais: escolha de profissões por parte dos filhos de classe média ou alta, metas governamentais definidas em termos de a *única política possível*. Um *pro-jeto* produz alguma coisa sobre a qual não temos controle absoluto, já que é pensado sem insistência nas identificações encontradas na história de cada um, pensado longe das exortações habituais fundadas nos ideais. (Garcia, 2011, 127).

Nesse contexto, a elaboração de um *pro-jeto*, tal como colocado por Garcia, nos remete necessariamente a apropriação que fizemos da crônica literária para os casos crônicos, isto é, localizar algo de inusitado e tomar isso como ponto de orientação para um caso. Deslocar o trabalho em rede, organizado por equipes nesse sentido, tornando-o apto a legitimar aquilo que de inapreensível surge em cada caso, o que legitima, em última instância, o movimento de se apostar em um determinado caso, ou em uma determinada conduta.

Até o momento, parece-nos que toda a discussão desenvolvida por nós gira em torno de uma única pergunta: o que fazer com aquilo que resta em um discurso? De alguma maneira, a tentativa de nossa empresa é fornecer elementos que possibilitem a subversão do que não se mostra apreensível pelo saber, ou mesmo por coordenadas discursivas. Nesse sentido, o que temos procurado elaborar incide justamente sobre as noções que compreendemos que se configuram de forma mais rígida na condução de casos e que, dependendo da forma como trabalhadas, determinam de forma definitiva as vicissitudes de um caso. Tais noções são o próprio conceito de crônico, a perspectiva do diagnóstico, e as conseqüências dos ideais da Reforma Psiquiátrica nos tratamentos. Aqui, o movimento executado é o de tentar estabelecer um novo lugar para casos que são acolhidos em um campo de saber, porém de uma maneira segregada. Para esses casos, o lugar que lhes é reservado, ao entrar nesse universo novo mantém-se como exclusão.

Contudo, ao denunciar essa maneira de lidar com a situação, mesmo no campo da Reforma Psiquiátrica (campo esse que tem como uma de suas maiores características incluir o que se encontra excluído), existe o risco de conseguirmos, no final das contas, tirar novamente do universo que havia acolhido os casos crônicos, deslocalizando-os novamente, ou talvez desterritorializando-os, banindo-os do discurso. O que percebemos é que, mesmo dentro de uma reforma que se propõe a criar um lugar para a loucura, isto é, para aqueles que se

encontram a margem do mundo racional, fazem-se presentes situações diante das quais essa mesma reforma não sabe o que fazer. Casos que se cronificam (utilizando a acepção que remete a estagnação) são os maiores exemplos disso, uma vez que eles simbolizam os pacientes que resistem às propostas terapêuticas e às mais diversas intervenções. Tratam-se, no limite, de excluídos dos excluídos, de casos que se excluem dentro do campo da loucura. Qual a saída possível?

De acordo com França Neto (2011), a loucura, durante os diversos períodos da civilização, sempre foi alvo de diferentes intervenções. Contudo, todas elas visavam sempre um mesmo objetivo: a absorção, ou o controle de um excesso que era em si mesmo veiculado pelo louco: “Esse excesso de natureza quantitativa, inapreensível pela razão, sempre incomodou ao homem racionalista, ao homem do conceito. Ele via-se naturalmente impelido a decodificar, explicar o excesso, ou seja, impelido a eliminá-lo, absorvê-lo nas malhas da razão.” (França Neto, 2011, p. 3).

No entanto, mesmo que seja constante esse esforço racional pela absorção de um objeto considerado estranho a forma de organização racional, ainda assim esse ponto que escapa teima em ressurgir, de formas diferentes e inusitadas. De alguma maneira, o ciclo se repete, seja lá em que época for: por meio de conceitos, o homem se vê impelido a absorver aquilo que lhe escapa continuamente. Mesmo que a princípio fique a impressão de que isso tenha sido um sucesso, em um momento posterior aquilo que foge a razão se presentifica, de forma ainda não imaginada pelo homem racional.

Nesse contexto, nosso esforço, a partir da subversão do termo crônico, ou mesmo por meio do resgate de noções elaboradas por Garcia, como a criação de *pro-jetos*, tem sido o de converter um lugar para aquilo que se encontra excluído. Porém, cabe ressaltar que a impressão de que casos crônicos se configuram como casos excluídos de casos já excluídos (os loucos dos loucos) logo se desfaz, se considerarmos que o ponto de excesso que permeia as formações discursivas não é um privilégio de casos crônicos, ou mesmo da loucura.

Estruturalmente, esse elemento que não é apreensível tem como uma de suas mais significativas características possibilitar a existência de um campo. Nessa linha de raciocínio, a conclusão a que se chega é que a exclusão de um dado elemento é o que possibilita que um campo se constitua, seja ele de qualquer natureza. Nesse contexto, é o excesso não racional que condiciona o mundo racional, sendo que é justamente o fato de ele se manter fora que possibilita que o que existe dentro se mantenha coeso.

Nesse sentido, o que França Neto vem demonstrar é que o esforço de um movimento como a Reforma Psiquiátrica deve ser o de incluir, em alguma medida, o que se encontra

excluído, porém de uma forma muito precisa, uma vez que é necessário que aquilo que singulariza o que se encontra excluído se mantenha, pois “trata-se de uma inclusão que é o oposto da assimilação. O objetivo aqui não é eliminar o excesso, escondendo-o intramuros ou assimilando-o. Trata-se de incluí-lo, deixando-o viver enquanto diferença, ou enquanto resto irreduzível ao campo do saber.” (França Neto, 2011, p. 05).

Como observamos, a utilização do termo crônico mostra-se enquanto uma estratégia de absorção racional daquilo que tem se manifestado como excesso, fornecendo uma explicação coesa para algo que se mostra como impasse. Por meio desse fornecimento de sentidos, o caso é silenciado, e o resultado dessa explicação é o de que não há nada que se possa fazer a respeito. França Neto, apoiando-se em Badiou, revela que a orientação de um pensamento que busque alguma forma de incluir a exclusão em suas características é o pensamento genérico, caracterizado por ser um tipo de pensamento que é capaz de incluir aquilo que se caracteriza por ser indiscernível, e que, por conseguinte, escapa ao campo da representação. O saber, ou a linguagem que constitui determinada situação, mostra-se, portanto, incapaz de apreender esse ponto indiscernível, ou genérico, pelo menos naquele instante. (Badiou, 1996). Contudo, isso não impede que esse ponto de exceção se apresente, e de alguma forma oriente um trabalho possível.

Cabe ressaltar que condutas orientadas por esse tipo de pensamento encontram-se com os mais diversos desafios, posto que, ao mesmo tempo em que esse excesso vivo no campo torna-se agente das mais diversas problematizações e reflexões, por colocar em cheque condutas já institucionalizadas e estabelecidas, ele também incomoda, provoca mal estar, abalando estados de tranquilidade.

O trabalho clínico na saúde mental orientado pelo pensamento genérico ganha também aspectos políticos. Para França Neto

Ambas as vertentes tem algo em comum. Elas transitam pelo mesmo espaço, que é aquele da terapêutica. Tanto é necessário tratar o doente mental, retirando-o de sua crise e dando-lhe condições mínimas de funcionamento no registro da linguagem, como também é de fundamental importância tratar a sociedade, permitindo que sua exclusão constitutiva permaneça viva, de forma imanente, produzindo efeitos e causando transformações. (França Neto, 2011, p. 07)

Nesse sentido, a possibilidade de se construir um caso crônico, por meio de um procedimento que pode ser aproximado de um processo de poetização do cotidiano, isto é, por meio de um processo de localização e de orientação a partir do que o próprio caso nos sinaliza, permite que diversas situações sejam efetivamente incluídas em certo circuito, mantendo, no entanto, tudo aquilo que de subversivo persiste na situação, ou no caso clínico.

Argumentar a favor das possibilidades de construção de um caso crônico remete-nos a uma posição política, que tem como ponto de orientação a singularidade de cada caso, e tudo aquilo que advém daí, tanto no que se refere aos incômodos quanto as potencialidades. Restamos, para operar com o resto, o lançamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma consideração preliminar a ser feita no final desse trabalho, que de forma alguma se encontra esgotado, é a de que optamos, em todo o seu desenvolvimento, por um percurso diferente, que, apesar de não desconsiderar as especificidades de cada caso trabalhado, procura incidir de maneira privilegiada sobre as formas possíveis de se manejar cada situação, formas essas que, via de regra, escapam a qualquer tipo de definição anterior. Daí encontra-se um dos pontos que justificam o forte aspecto clínico do trabalho.

Nesse contexto, ao invés de um levantamento bibliográfico a respeito de todos os saberes que se debruçam sobre a loucura, escolhemos por privilegiar pontos cruciais que recaem na forma de trabalho possível de ser desenvolvida diante desse público. A justificativa pela adoção dessa posição encontra-se na própria natureza do objeto de nosso estudo, a saber, os casos crônicos. De alguma forma, o que esses pacientes sinalizam é que todo o conhecimento acumulado a respeito de pacientes psiquiátricos não fornecem direcionamentos seguros quando nos deparamos, em um serviço, com um caso que recebe a nomeação de crônico. Nesse ponto, o que parece é que o saber não consegue abarcar o que acontece naquele momento, e que a própria definição “cronificação” pode ser relacionada, em última instância, a um movimento defensivo executado pelo mundo da razão.

Dessa forma, o que se encontra em pauta na discussão por nós realizada é justamente algo que teima em escapar, por mais que existam diferentes tentativas de apreensão desse objeto. Se se trata de algo que permanentemente foge ao alcance, de que forma abordá-lo? Em nossa perspectiva, é justamente nesse ponto que o terreno torna-se propício para a consideração da metodologia da construção do caso clínico e da pluralização dos sentidos que podem ser atribuídos ao termo crônico.

No limite, o que percebemos é que nosso trabalho foi o de tentar diminuir a rigidez de uma expressão que se apresentava de forma inflexível, possibilitando-se assim novas aberturas e novos questionamentos de determinados acontecimentos. Julgamos que a expressão encontrava-se ligada a um significado predeterminado, que direcionava de saída qualquer pensamento que pudesse surgir a respeito do tema. A tentativa de diminuir a rigidez na qual a expressão cronicidade se ligava fez com que, no limite, encarássemos a expressão “cronicidade” como um significante, que, no fundo, não significa nada. Nesse contexto, encontramos-nos com a citação de Lacan, que afirma que:

Nosso ponto de partida, o ponto a que voltamos sempre, pois estaremos sempre no ponto de partida, é que todo verdadeiro significante é, enquanto tal, um significante que não significa nada. A experiência o prova – quanto mais um significante nada significa, mais indestrutível ele é (Lacan, 1998, p. 212).

Seria o caso de considerarmos o termo crônico um significante que, no fim das contas, não significa nada? Tal afirmação não deixa de ser curiosa, se, conforme mencionamos no terceiro capítulo, é digna de nota uma preocupação que se refere aos vários sentidos nos quais a área da saúde mental encontra-se submetida. Conforme mencionamos, a partir das considerações de Viganò (2012), é comum que se encontrem, como diretrizes de tratamentos atuais, perspectivas que visam, em última instância, o silenciamento dos sujeitos, por meio do fornecimento de sentidos que impeçam questionamentos que permitam a mudança de sua posição subjetiva. A inversão que se faz, portanto, é a do significado ocupando o lugar do significante, significado este que fixa o caso, e por vezes não permite deslizamentos que possibilitem o surgimento de novas perspectivas.

Por meio do resgate dessa concepção clássica sobre a noção do significante, encontramos-nos com a possibilidade de se entender o termo crônico a partir de um novo viés. Ele, no limite, sinaliza um impasse, que nos ensina que o crônico deve ser construído enquanto tal, e que os pontos de orientação para essa construção escapam às formações discursivas que tentam balizar condutas de tratamento.

Dessa forma, devemos considerar que nossa tentativa, durante esse trabalho, foi a de fazer com que “crônico” fosse entendido como um significante, e não como o quê significa um fracasso. Ora, se crônico surge diante de nós como um significante, torna-se possível que algo novo seja criado para esses casos, por meio de um trabalho de escuta que levem a deslizamentos.

Alguns pontos de elaboração merecem destaque. O primeiro deles refere-se ao fato de recorrermos à Literatura na tentativa de invenção de novas formas de abordagem desses casos. Para além do percurso teórico por nós adotado nesse estudo, cabe ressaltar que permanecem ainda questões relacionadas ao tema, como o lugar da Literatura nesse trabalho direcionado à saúde mental, e às possibilidades de intervenção efetivas que podem advir desse diálogo entre os campos. Por mais que não seja difícil encontrarmos obras que relacionem a Literatura e a Loucura, ou a Poesia e a Loucura, gostaríamos de assinalar que o caminho adotado aqui foi operativo, o que significa considerar que nosso esforço foi o de extrair pontos concretos para que se estabeleçam orientações de tratamento. Assim, ainda que seja necessário considerar a importância de trabalhos teóricos a respeito de loucos poetas, e quais ensinamentos podem daí ser extraídos, insistimos que nossa tentativa foi a de iniciar uma

discussão orientada ao estabelecimento de uma forma de trabalho que possua em si aspectos literários, sendo justamente esses aspectos que podem permitir a criação de novas possibilidades de tratamento.

Com essa proposta, almejamos pura e simplesmente chamar a atenção para aquilo que de inventivo pode surgir em um tratamento, tanto no que se refere às especificidades de uma conduta estipulada em equipe quanto ao que de particular cada caso pode criar como alternativa a seu sofrimento. No entanto, ainda assim consideramos que um aprofundamento sobre o tema da escrita em psicanálise pode fornecer interessantes ferramentas que nos permitam avançar nessa temática.

Outro ponto digno de nota relaciona-se ao tema da verdade, tema que se mostrou rico quando colocado em relação à perspectiva da construção do caso clínico. Afinal, afirmarmos que a construção incide sobre a questão da verdade pode se configurar como uma provocação que nos possibilita o questionamento de diversos elementos de um serviço de saúde mental. No trabalho realizado em uma instituição de saúde mental, é comum nos depararmos com questões que se relacionam com a veracidade de informações fornecidas por pacientes, ou mesmo familiares. Muitas vezes, escutamos técnicos que perguntam em uma reunião de equipe: “Isso que você escutou na consulta é verdade?”, ou “Será que essa informação não se trata de um equívoco?”, ou ainda, “Não será necessário confirmarmos esses dados com alguns dos familiares?”. De uma forma ou de outra, por diversos momentos a condução de um tratamento se vê às voltas com questionamentos que colocam em pauta elementos considerados incertos na fala do sujeito que se insere no serviço.

Assim, percebemos um interesse especial nas instituições que intervêm sobre a loucura pela questão da verdade, mas se trata, nesses casos, de uma verdade factual, relacionada a certa objetividade. Sejam em entrevistas psiquiátricas, ou em relatórios judiciais, o que está em jogo é uma completa correspondência ao que é observado e o que é registrado na forma de documento. Busca-se o que é verossímil, sendo que os objetivos dessa busca podem ser vários: a procura de uma garantia para a realização de uma intervenção de urgência, a resposta adequada a um ofício, ou mesmo o estabelecimento de um ponto de ancoragem para a criação de um projeto terapêutico consistente para o tratamento.

No entanto, conforme pudemos observar, ao relacionarmos o trabalho de construção ao tema da verdade surgem mudanças significativas de perspectiva. Se, tradicionalmente, concebe-se a verdade como aquilo que é o resultado de um procedimento, isto é, como uma complementaridade e coerência relacional entre proposições e juízos, ou mesmo à correspondência entre um objeto e o que o define, agora o que nos surge é a verdade enquanto

um procedimento em si. A perspectiva psicanalítica opera, portanto, com uma subversão. Propõe uma ruptura radical entre o que se concebe como uma verdade essencial em detrimento de seu lado manco e fragmentário, por diversas vezes inapreensível. De acordo com Iannini, “a verdade não mais pertence à ordem das essências, nem tampouco ao campo dos sentidos. Ao contrário, ela pulula insidiosamente onde menos se espera: no sem-sentido das formações do inconsciente, no mais grotesco uso da língua” (Iannini, 2012, p. 85).

No que se refere ao tema da construção, não é demais lembrar que Freud, ao responder os ataques sofridos pela psicanálise, ao ser acusada de sempre se arranjar para que os analistas tenham razão, argumenta que uma análise relaciona-se a um processo que leva em conta outros elementos para o prosseguimento do trabalho, não se limitando simplesmente a confirmação ou refutação de um determinado enunciado (Freud, 1937/1996). Freud nos diz que o importante, em uma análise, é o que surge de maneira indireta, e é sobre isso que deve incidir a atenção do psicanalista para a continuidade da análise. Em outros termos, a crítica colocada a Freud argumenta que o psicanalista busca ter sempre consigo a verdade durante uma psicanálise, ao passo que a resposta de Freud revela que a verdade de uma psicanálise se dá à medida que ela mesma avança, de forma processual, inacabada e indireta.

Em nossa pesquisa, consideramos que a vinculação entre a construção do caso clínico e o tema da verdade vincula-se à ótica psicanalítica, e fornece-nos pontos de orientação para a condução de tratamentos, sendo que o que está em jogo é o movimento próprio de uma situação, e a forma como esse movimento se desenrola, com todas as suas especificidades e impasses. É isso que revela por vezes aspectos que fogem ao sentido e à compreensão, que tem maior correspondência com a verdade. Torna-se possível, por meio desse movimento, que se encare um paciente da saúde mental de outra forma, que não se limite a um juízo, por diversas vezes moral, que se faz de um caso. Para Iannini, o trabalho junto à loucura é rico justamente nesse ponto, já que ele pode:

Mostrar como a experiência da loucura nos fornece as coordenadas de uma nova cartografia das relações da subjetividade com o sentido e o não sentido, a verdade e o saber, a razão e a linguagem. Lacan inicia uma espécie de reestruturação das relações entre o normal e o patológico. (Iannini, 2012, p. 91).

Nesse sentido, a relação entre verdade e loucura encontra-se localizada em um lugar diferente das perspectivas de normatização. Afinal, é isso que a citação de Iannini sinaliza, no momento em que ele argumenta a favor de uma reestruturação das relações entre o normal e o

patológico. O que se vislumbra aqui, portanto, é que a verdade, em associação com a loucura, não pode ser normatizável, não respondendo a modelos ou normas institucionalizadas.

Por meio dessa problematização, percebemos que, em uma instituição de saúde mental, o tema da verdade perpassa diferentes situações, não se limitando somente à temática da construção. Nesse sentido, consideramos que existe aí um interessante campo de pesquisa, que pode incidir sobre os tipos de tratamento oferecidos aos sujeitos que se inserem em uma instituição. De que forma a questão da verdade pode vir a ser um efetivo balizador na condução de tratamentos? A concepção tradicional de verdade auxilia numa proposta como essas, ou é necessário um aprofundamento a respeito de como a psicanálise lida com essa questão?

Outro tema que surgiu no decorrer da dissertação refere-se à forma de se operar por meio do real em um trabalho em saúde mental. Apesar de admitirmos uma ampla produção nos últimos anos a respeito da instância real, que ganha cada vez mais destaque no meio psicanalítico e filosófico, consideramos que ainda se fazem necessárias elaborações de formas de abordagem dessa temática em outros espaços, concernentes ao campo da psicanálise aplicada. No limite, perguntamo-nos se é possível que um trabalho em equipe, realizado por muitos, possa se orientar pelo real. É possível que a psicanálise encontre lugar aí para sua expressão?

Mesmo que nossa pesquisa sinalize que esse é um campo de investigação possível, a partir do momento que considera que a construção do caso clínico incide justamente sobre o que há de real em cada caso (item 4.1 “O Pedinte e o Provedor”), cabe ressaltar que um tema como esse esbarra em inúmeras especificidades não abordadas por nós, em função do distanciamento que tais problematizações tomariam de nosso objeto de trabalho. Para citá-las rapidamente, tais problematizações relacionam-se, em sua maioria, às nuances existentes no trabalho de um psicanalista em uma instituição, a forma como o discurso psicanalítico se faz presente no contexto institucional, e as especificidades discursivas que definem e determinam o trabalho de tais profissionais. A psicanálise, em seu movimento de permanente redescoberta, se modifica, e com ela a forma como ela se insere no mundo e nas instituições.

No que se refere às limitações experienciadas por nós na confecção desse trabalho, uma em especial merece destaque. Refere-se a não realização de um trabalho de campo, que, a princípio, gera estranhamento em função da natureza da dissertação. Conforme mencionamos anteriormente, trata-se de uma dissertação que possui como uma de suas características mais marcantes seu viés clínico. Como é possível que todo um trabalho clínico tenha sido realizado sem que se escutasse efetivamente pacientes e profissionais? Apesar de

considerarmos que o material bibliográfico por nós selecionado permitiu que nossa investigação fosse levada adiante, concordamos com o fato de que uma ida a campo traria uma riqueza maior de dados, que resultariam em variadas análises e interpretações. O que é possível levar em conta, diante desse fato, é que a execução de uma pesquisa de campo não se encontra descartada, e que pode possibilitar o aprofundamento da pesquisa iniciada aqui. Parte da reflexão desenvolvida é fruto da experiência cotidiana e convívio com profissionais com formações diversas em cinco anos de trabalhos em serviço público de saúde mental, que, embora não tivesse como foco a pesquisa, foram fundamentais para a identificação dos desafios enfrentados na prática em relação à temática dos casos crônicos.

Outro ponto passível de questionamentos refere-se a nossa tentativa de nos apropriarmos de saberes oriundos de outras áreas, como o saber médico (principalmente no primeiro capítulo) e a Literatura (onde existem reflexões existentes nos três capítulos que compõem a dissertação). Logo no momento em que nos vimos diante dessa tarefa, foi possível observar que mesmo que haja um risco nesse ato, era justamente esse movimento que permitiria o desenvolvimento da reflexão. Ainda que seja possível que se questione a forma como alguns termos foram apropriados, e se é legítima a maneira como um mesmo termo foi entendido em diferentes perspectivas, perguntando-se inclusive se tal movimento não foi realizado de maneira abrupta ou imprudente, o que podemos considerar é que, no momento em que realizávamos tais associações, nos colocávamos em risco. Acreditamos que a continuidade de estudos poderá fornecer novos aspectos ainda não revelados sobre essa temática, confirmando ou refutando as relações estabelecidas entre diferentes saberes. Contudo, deve-se destacar que, como já colocado, as tentativas vinculadas a esse momento relacionam-se a uma investigação clínica, o que nos legitimou, de certa forma, a seguir adiante com nossas hipóteses e dúvidas, uma vez que o próprio trabalho clínico o permitia. Trata-se, no limite, do princípio da “autoridade clínica” (itens 3.1 Revisitando as construções de Freud e 3.2 Algumas pontuações clínicas de Freud sobre as construções em análise: a Jovem Homossexual e o Homem dos Lobos e “Batem em uma criança”), que tentamos levar a cabo nesse texto.

Finalmente, para concluir momentaneamente esse trabalho, consideramos válido recorrer a Canguilhem, que afirma que “a doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida” (Canguilhem, 2010, p. 138). Se nos voltarmos ao nosso objeto, consideramos que nosso esforço, em última instância, foi o de tornar o termo “cronificação” algo menos mortificante, localizando e legitimando aquilo que, nessa palavra, se relaciona à vida. Afinal, é isso que está em jogo quando evocamos o que há de inusitado e

excessivo em cada caso, e que possui, em decorrência disso, um potencial de questionar e até mesmo transformar uma dada realidade.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Badiou, A. (1999) *Conferencias de Alain Badiou no Brasil*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Badiou, A. (1996). *O ser e o evento*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Barreto, Francisco Paes. (1999). *Reforma Psiquiátrica e Movimento Lacaniano*. Belo Horizonte: Editora Itatiaia.
- Barros-Brisset, Fernanda Otoni de. (2009). *Gênese do Conceito de Periculosidade*. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte:
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. (3ª ed.) Rio de Janeiro: Graal.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2008). *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2003). *Manual do Programa "De Volta pra Casa"*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. *Lei 10.216* (06 de Abril de 2001). Recuperado em 15 de Novembro de 2013, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Canguilhem, G. (2010). *O Normal e o Patológico*. (6ª edição revista). Rio de Janeiro: Forense Universitária
- Caponi, Sandra. (2011). As classificações psiquiátricas e a herança mórbida. São Paulo. *Scientle Studia*, v 9, (n1), p. 29-50.
- Castiglioni, Arturo. (1947) *Historia da medicina*. São Paulo: Biblioteca do Espirito Moderno. Historia e biografia. 2v.
- Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Ey, H.; Brisset, C.; Bernard, P. (1981). *Manual de psiquiatria*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Masson do Brasil.
- Foucault, Michel. (2011). *O nascimento da clínica*. (7ª edição). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, Michel. (2010). *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.
- França Neto, Oswaldo. (2009). O impasse causal da psicopatologia – problema ou solução para a clínica? Ipatinga/MG. *Cartas de Psicanálise*. Ano 4, v.1, (nº 5).
- França Neto, O. (2011) Reforma Psiquiátrica – Uma Questão Clínica ou Política? (Versão Eletrônica) *CliniCAPS – Impasses da Clínica*. V. 05, (nº 14). Recuperado em 05/11/13, de: http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_revista_14_art_02.html.
- Freud, S. (1919/2010). Batem em uma criança: contribuição ao conhecimento da gênese das perversões sexuais (1919) In: Freud, S. (2010) *História de uma Neurose Infantil (O Homem dos Lobos), Além do Princípio do Prazer e outros textos*. Tradução e notas Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1918/2010). História de uma Neurose Infantil (O Homem dos Lobos) (1918). In: Freud, S. (2010) *História de uma Neurose Infantil (O Homem dos Lobos), Além do Princípio do Prazer e outros textos*. Tradução e notas Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1937/1996). Construções em análise (1937). In: Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos. In: Freud, S. (1996). *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. 23.
- Freud, S (1920/1996). A Psicogênese de um caso de Homossexualismo numa Mulher (1920). In: Freud, S. (1996). *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. 18.
- Garcia, C. (2011). *Interfaces*. Belo Horizonte: Oficina de Arte e Prosa
- Hipócrates. (2003). *Aforismos*. São Paulo: Editora Martin Claret.
- Hipócrates; Salem, Jean; Silva, Dunia Marinho (2002). *Conhecer, cuidar, amar: o juramento e outros textos*. São Paulo: Landy.
- Hipócrates; Campos, Rogério de. (2011). *Sobre o riso e a loucura*. São Paulo: Hedra.

Iannini, Gilson. *Estilo e Verdade em Jacques Lacan*. (2012). Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Lacan, Jacques. (1998) *O seminário: livro 3: as psicoses*. 2. Edição. Rio de Janeiro: J. Zahar.

Lacan, J. (2003a). Lituraterra. In: Lacan, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar

Lacan, J. (2003b). Televisão. In: Lacan, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar

Lobosque, A. M. Souza, M. E (Orgs.). (2006) *Atenção em saúde mental*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Margotta, Roberto. (1998). *História ilustrada da medicina*. São Paulo: Manole.

Massaud, M. (1983). *A criação literária: prosa*. São Paulo: Editora Cultrix

Mattos, C. P. (2011) O “Homem dos Lobos”: uma lição clínica. In: A. M Figueiró & S. Laia. *O Homem dos Lobos*. Belo Horizonte. Scriptum Livros.

Mielke, Fernanda Barreto; Kantorski, Luciane Prado; Jardim, Vanda Maria da Rosa; Olschowsky, Agnes; Machado, Marlene Silva. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva* vol.14 (no.1) , 159-164.

Miller, Jacques-Alain. (2003). A arte do diagnóstico: o rouxinol de Lacan. São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise, Seção São Paulo. *Carta de São Paulo*, v.10, (n.5), p.18-32.

Miller, J-A. (1999a). A Psicose no Texto de Lacan. Belo Horizonte: EBP-MG. *Curinga – Psicanálise e Saúde Mental*. Nº 13, p. 14-24.

Miller, J. A. (1996) Marginalia de Construções em Análise. São Paulo: Edições Eólia. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira de internacional de psicanálise*. nº17, 92-107.

Miller, J-A. (1999b). Saúde Mental e Ordem Pública. Belo Horizonte: EBP-MG. *Curinga – Psicanálise e Saúde Mental*. Nº 13, p. 14-24.

Nietzsche, F. (2006). *A Gaia Ciência*. São Paulo: Editora Escala.

Organização Mundial de Saúde (2005). *Prevenção de Doenças Crônicas: um investimento vital*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.

- Pande, M. N. R., Amarante, P. D. C. (2011). Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (4), 2067-2076.
- Rebollo, Regina André. (2003). Considerações sobre o estabelecimento da medicina no tratado hipocrático “Sobre a Arte Médica”. São Paulo: USP. *Revista Scientae – studia*, v 1, (n 3), 275-297.
- Rebollo, Regina André. (2006). O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. São Paulo: USP. *Revista Scientae – studia*, v 4, (n 1), 45-81.
- Teixeira, A. (2010) *Metodologia em ato*. Belo Horizonte: Scriptum livros.
- Viganò, C. (2012a). A construção do caso clínico. In: Alkmim, Wellerson Durães de (org.). (2012). *Carlo Viganò: Novas Conferências*. Belo Horizonte: Scriptum Livros.
- Viganò, C. (2012b). A psicanálise cura a saúde mental. In: Alkmim, Wellerson Durães de (org.). (2012). *Carlo Viganò: Novas Conferências*. Belo Horizonte: Scriptum Livros.
- Viganò, C. (2012c). Trabalho em Equipe na Rede: a Enfermeira e a Instituição Parceira. In: Alkmim, Wellerson Durães de (org.). (2012). *Carlo Viganò: Novas Conferências*. Belo Horizonte: Scriptum Livros.
- Zenoni, Alfredo. (2000). *Psicanálise e Instituição: a segunda clínica de Lacan*. Belo Horizonte: Abrecampos.