



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Rosa Eliza Zago Naves

Esquizofrenia: cuidando de possibilidades

UBERLÂNDIA

2012



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Rosa Eliza Zago Naves

Esquizofrenia: cuidando de possibilidades

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre. Área de Concentração: Psicologia da Intersubjetividade

Orientador: Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini

**UBERLÂNDIA
2012**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

N518e Naves, Rosa Eliza Zago, 1957-
2012 Esquizofrenia : cuidando de possibilidades / Rosa Eliza Zago
Naves. -- 2012.
115 f.

Orientador: João Luiz Leitão Paravidini..

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia - Teses. 2. Intersubjetividade - Teses. 3. Esqui-
zofrenia - Teses. I. Paravidini, João Luiz Leitão. II. Universidade
Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
III. Título.

CDU: 159.9



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Rosa Eliza Zago Naves

Esquizofrenia: cuidando de possibilidades

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia –
Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia,
como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia.**

Área de Concentração: Psicologia da intersubjetividade

Orientador: Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini

**Banca Examinadora
Uberlândia, 22 /10/2012**

**Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini
Orientador (Universidade Federal de Uberlândia)**

**Prof. Dra. Anamaria Silva Neves
Examinador (Universidade Federal de Uberlândia)**

**Prof. Dr. Fuad Kyrillos Neto
Examinador (Universidade Federal de São João Del Rei)**

**Prof. Dra. Emilse Terezinha Naves
Examinador Suplente (Universidade Federal de Goiás/ Campus Catalão)**

**UBERLÂNDIA
2012**

2012

ROSA ELIZA ZAGO NAVES

PGPSI – Mestrado IP/UFU

Dedico

ao Milton, meu parceiro na vida;

ao Lucas, por sua existência;

e aos sujeitos que me inspiraram

na clínica das esquizofrenias.

Agradecimentos

Ao meu orientador professor doutor João Luiz Leitão Paravidini pela oportunidade, pelas contribuições com a estruturação desse trabalho e, sobretudo, com o enriquecimento da minha formação profissional e pessoal.

Aos participantes do Grupo “Solta a Língua” em especial, Marina, Martinho, Maria e suas famílias.

Aos professores doutores Fuad Kyrillos Neto, Anamaria Silva Neves e Emilse Terezinha Naves da banca de defesa de dissertação.

Aos professores doutores Luiz Carlos Avelino e Anamaria Silva Neves, pelas valiosas contribuições na banca de qualificação.

À professora doutora Maria Lúcia Castilho Romera pela rica contribuição neste processo.

À Cirlana Rodrigues, pelas conversas psicanalíticas e não psicanalíticas.

À Marineide e Alice, pela atenção dispensada.

À Coordenação do Programa de Saúde Mental da Secretária de Saúde da Prefeitura de Uberlândia.

À equipe da UAI Martins.

Aos companheiros da Saúde Mental.

Ao grupo Vórtice: estudos psicanalíticos da Teoria dos Campos.

Aos amigos de mestrado: Bruno, Carlos Segundo, Fabíola, Leonardo e Maraysa. Conviver com vocês foi uma experiência ímpar de companheirismo, obrigada.

À minha prima Cida, pelo incentivo constante.

E por fim, agradecimentos especiais ao Milton e ao Lucas por me darem sustentação nos momentos mais difíceis. Obrigada por fazerem parte da minha vida.

Palavra viva

Palavra com temperatura, palavra

Que se produz

Muda

Feita de luz, mais que de vento, palavra

[...]

Palavra minha

Matéria, minha criatura, palavra

Que me conduz

Mudo

E que me escreve, desatento, palavra.

Chico Buarque de Hollanda, *Uma palavra*

RESUMO

Os cuidados dispensados a pacientes esquizofrênicos, considerando a peculiaridade de sua linguagem, buscam, nesta pesquisa, responder a uma demanda institucional de resgate da cidadania e promover a clínica como possibilidade de tratamento a esses pacientes. A articulação entre teoria e clínica psicanalítica por meio da estratégia metodológica da construção de casos clínicos é pensada, neste trabalho, como modo de cuidado oferecido a esses pacientes esquizofrênicos, em um serviço público de saúde mental. Este trabalho tem como objetivo expor, por meio da narrativa de três casos clínicos, a construção dessa prática clínica viabilizando os cuidados dispensados a esses pacientes. De modo específico, o material de linguagem abordado são produções do grupo “Solta a Língua”, formado por pacientes esquizofrênicos, acompanhados em uma instituição pública de saúde da cidade de Uberlândia - MG. Com base na escuta psicanalítica, pode-se sustentar o lugar na transferência enquanto parceria com o paciente na construção de um saber. Para isso, o trabalho está fundamentado na teoria da representação em Freud articulada às contribuições da clínica psicanalítica contemporânea. Ainda, dentro da discussão de casos, fez-se um entrelaçamento com a política de saúde mental da cidade de Uberlândia (MG). Nessa lógica, buscou-se pontos que precisam ser revistos dentro dessa política e também aqueles pontos que se aproximam da clínica psicanalítica, deixando entrever os alcances e limites deste estudo. Nesse contexto de trabalho, foi possível reconhecer a importância da escuta cuidadosa na clínica das esquizofrenias em relação ao processo de transferência, sabendo da torção que esses pacientes sofrem no que concernem à sua linguagem por parte daqueles que estão na posição de escutá-los.

Palavras-chave: esquizofrenia, representação, escuta psicanalítica, transferência, saúde mental.

ABSTRACT

This research looks to the care of schizophrenic patients, considering the peculiarity of his language, responding to an institutional demand for recovery of citizenship and to promote the clinic as a possible treatment for these patients. The relationship between practical psychoanalysis and its theory by means of a methodological strategy through the construction of clinical cases was designed, in this work, as a mode of care offered to these patients with schizophrenia in a public service. This work aims to expose, through the narrative of three cases, the construction of this clinical practice enabling the care of these patients. Specifically, the material of language production are discussed in the group "Solta a Língua", comprised of schizophrenic patients, followed for a public health institution in the city of Uberlândia - MG. Based on psychoanalytic listening, may hold the place in the transfer as a partnership with the patient in the construction of knowledge. For this, the work is backgrounded on representation theory articulated in Freud's contributions to contemporary psychoanalytic practice. Still, in the discussion of cases, it was an intermingling with mental health policy of the city of Uberlândia (MG). Following this logic, we sought points that need to be reviewed within this policy and also those points that are close to the psychoanalytic clinic, leaving a glimpse of the scope and limitations of this study. In this context of work, it was possible to recognize the importance of careful listening in the clinic of schizophrenia in relation to the transfer process, knowing the twist that these patients suffer in their language that concern by those who are in a position to listen to them.

Key – words: schizophrenia, representation, psychoanalytic listening, transfer, mental health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1 - A ESCUTA COMO CONDIÇÃO DE CUIDADO NA CLÍNICA DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS: ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS.....	17
CAPÍTULO 2 - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS: REPRESENTAÇÃO E NÃO REPRESENTAÇÃO EM FREUD.....	23
CAPÍTULO 3 - PALAVRAS E COISAS, UMA PORTA SE ABRE?.....	28
CAPÍTULO 4 - VÁRIOS CAMINHOS LEVAM À CLÍNICA.....	33
CAPÍTULO 5 – ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.....	43
CAPÍTULO 6 - OS CASOS CLÍNICOS.....	51
6. 1 - O caso da mulher que nasceu no gelo.....	53
6. 2 - Martinho.....	64
6. 3 - Maria.....	71
DISCUSSÃO	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105
ANEXOS.....	109
APÊNDICES.....	114

INTRODUÇÃO

Este trabalho de mestrado é fruto de inquietações ao longo de alguns pares de anos em minha trajetória como psicóloga na rede de saúde mental. Foi a partir do meu lugar dentro de um serviço público, ainda quando trabalhava no então ambulatório municipal de saúde mental da Prefeitura Municipal de Uberlândia, que comecei a aproximar-me daquilo que mais tarde viria a ocupar um lugar de reflexão dentro da minha história enquanto profissional envolvida com a clínica das psicoses, especificamente a clínica da esquizofrenia.

Durante o período em que atuei no Ambulatório Municipal de Saúde Mental e depois no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ¹, tive a oportunidade de trabalhar com pacientes esquizofrênicos nas mais variadas situações: oficinas terapêuticas, rodas de conversas, grupos de familiares, passeios e outras formas de criação de vínculos de acordo com a política nacional de reinserção social. À medida que experienciava o trabalho, aumentava meu desconforto diante da expressão singular, tantas vezes marcada pela falta de interesse no mundo, pela fragmentação do corpo e pelo modo rebuscado de usar a linguagem presente nesses pacientes.

O diagnóstico de esquizofrenia, aqui considerada, se faz orientar- pela psicanálise que postula a existência de três estruturas clínicas. Estas se dividem em neurose, perversão e psicose. Nas palavras de Quinet (2006), cada estrutura clínica é formada “conforme a maneira como sujeito lida com a falta inscrita na subjetividade, falta que condiciona a forma de cada um se haver com o sexo, o

¹ Dispositivo do programa de ações em saúde mental da secretaria de saúde de Uberlândia (MG).

desejo, a lei, a angústia e a morte” (p.10). Seguindo esse raciocínio, a psicose é repartida em dois grandes tipos, a paranóia e a esquizofrenia. Portanto, neste trabalho usarei os dois termos: esquizofrenia e psicose por se priorizar a nomenclatura psicanalítica.

Deste modo, esse diagnóstico que enfatiza a estrutura, vem mostrar que as leis do inconsciente estão presentes em todos os sujeitos. E, traz consigo uma ética que não dita conduta ou modos de agir válida para todos, mas por aquilo que o sintoma denuncia; “ética de bem dizer o sintoma” (Quinet, 2006, p.13).

Retomo aqui meu percurso no Programa de Saúde Mental. Assim, foi somente quando passei a trabalhar em uma Unidade de Atendimento Integrado (UAI)², na mesma cidade e ainda dentro do serviço público municipal, com um grupo de pacientes com diagnóstico também de esquizofrenia é que pude, enquanto profissional da saúde mental implicada com a psicanálise, transformar meu mal-estar em questões sistematizadas. Um exemplo dessas questões são indagações como: o que eu faço nesse grupo com pacientes esquizofrênicos? Será que isso que eu faço, nesse grupo, funciona? Não posso negar que essas questões moveram meu desejo de estudar e entender quais seriam as possibilidades de desenvolver um trabalho que se propusesse a tratar daquilo que parecia ser muito difícil, naquele momento: possibilitar cuidados a pacientes esquizofrênicos, considerando a peculiaridade de sua linguagem, e ainda dar conta de responder a uma demanda institucional de resgate da cidadania. Foi nesse contexto ambulatorial, dentro do serviço público de saúde, que tive a oportunidade de transformar minhas questões teóricas e clínicas em um projeto de mestrado com o intuito de poder *escrever a clínica* que tenho realizado junto a

² Unidade da secretaria de saúde de Uberlândia (MG) que presta serviço nas mais variadas especialidades no campo da saúde.

esse grupo. Para ocupar o lugar de enfrentamento de minhas inquietações, foi preciso abandonar todo conhecimento dado anteriormente. Para isso, foi necessário debruçar-me sobre as questões trazidas pela clínica e pensar a Psicanálise como uma forma de contribuir para minha prática.

Para tanto, um grupo foi proposto de modo a acolher o que era dito dando forma a uma premissa teórica em que a escuta do processo delirante é um dos modos de se possibilitar ao sujeito psicótico a busca pela palavra, pela sua palavra. A partir disso, passei a entender o trabalho com esse grupo como o trabalho de parceria entre a profissional e esses pacientes na construção de um saber. Assim, em um trabalho realizado em grupo, optei por uma metodologia de casos clínicos com o objetivo de demonstrar melhor a clínica que me propus a trilhar, tendo como ponto de partida a escuta de pacientes esquizofrênicos. Portanto, evidenciarei, ao longo deste trabalho, que essa clínica se dá de forma cuidadosa em cada caso, acolhendo as particularidades de cada um.

Para isso, percorro, neste texto, um caminho onde inicialmente apresento minha relação com o grupo “Solta a língua” que, afinal, serviu de cenário para os casos em questão. Posteriormente, exponho a fundamentação teórica que foi pensada para as temáticas suscitadas pelos casos. Desse modo, teço algumas considerações teóricas relacionadas à problemática das representações na esquizofrenia e, posteriormente, associo esse processo com a clínica das psicoses em Freud e sua relação com a clínica contemporânea na tentativa de buscar possibilidades de escuta para a não representação nas esquizofrenias.

Quanto aos casos clínicos, trago três personagens que compõem a estrutura narrativa com a qual proponho a discussão das possibilidades de escuta de pessoas com esquizofrenia. Apresento fragmentos dessas histórias com

algumas informações articuladas à teoria. Esses casos clínicos permitiram que eu pudesse analisar minha atuação enquanto profissional da saúde mental implicada com a Psicanálise, mas também serviram para trazer mais luz teórica à clínica das psicoses, em que me insiro. Portanto, considero que se trata de um trabalho clínico e teórico, pois entendo que em Psicanálise teoria e clínica estão intimamente relacionadas.

Com base nessas considerações, meus objetivos de pesquisa são:

a. Objetivo geral:

Expor, por meio de três relatos de casos clínicos, a construção de práticas clínicas que viabilizem a possibilidade de cuidados a serem dispensados a pacientes esquizofrênicos, tomando por base o singular de sua linguagem.

b. Objetivos Específicos:

1. Pensar cada caso em sua singularidade, acolhendo o particular de cada um por meio da transferência;
2. Levar em conta o cidadão e também o sujeito do inconsciente ao considerar o os cuidados que fazem parte do tratamento;
3. Discutir questões que possam subsidiar a clínica com esquizofrênicos.

CAPÍTULO 1 - A ESCUTA COMO CONDIÇÃO DE CUIDADO NA CLÍNICA DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS: ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS

Só se pode viver perto de outro, e conhecer outra pessoa, sem perigo de ódio, se a gente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura.

João Guimarães Rosa

Quando se falar de cuidado, neste trabalho, refiro-me àquela parcela dispensada na clínica às pessoas em sofrimento psíquico e, por isso, será preciso levar em consideração as mais variadas situações onde se desenvolveu a escuta com pacientes esquizofrênicos, evidenciando a clínica que permite reconhecer a singularidade de cada sujeito. Neste contexto, cuidado e escuta estão intimamente ligados quando o que se pretende é uma escuta cuidadosa que seja aberta ao reconhecimento das diferenças.

Se por um lado venho considerando o cuidado como um ato direcionado por uma escolha feita pelo profissional e que, a partir daí, possa haver uma abertura relacional ao outro num processo que se inicia por uma escuta, por outro lado, venho percebendo que se encontra na escolha do paciente a possibilidade em se eleger ou não o tratamento. Em minha clínica observo que um psicótico nem sempre procura tratamento, geralmente é levado por um familiar ou, ainda, apenas cumpre o protocolo do hospital ao sair da internação após uma crise.

Desse modo, ao colocar o foco na escuta estou trazendo à baila a discussão sobre a contribuição que a psicanálise pode oferecer para a construção de atendimento aos psicóticos no contexto institucional, pois acredito que este

caminho, no sentido de valorizar seus dizeres, possa contribuir para facilitar não só o vínculo com esses pacientes, mas também para lhes oferecer um espaço de expressão.

Este cuidado vem se realizando em forma de conversas no grupo “Solta a língua” onde os pacientes são convidados a falar de si, a contar suas histórias de modo a tentar aproximar essa prática da clínica que leva a escuta em consideração.

“Solta a língua” é o nome de um grupo de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia que funciona nas dependências de uma das unidades de atendimento integrado (UAI) da cidade de Uberlândia, sendo muitos desses pacientes egressos dos CAPS e alguns com histórico de internação. O grupo é coordenado por mim e cheguei até eles por dois motivos. O primeiro motivo é muito simples: quando comecei a trabalhar nessa unidade de atendimento constatei que não havia um serviço disponível para acolher a fala desses pacientes. O segundo motivo decorreu de uma motivação minha em querer desenvolver um trabalho com eles. A partir de então, passei a ter como objetivo, neste meu trabalho como psicóloga, fazer com que eles se vissem para além do sintoma e pudessem expressar seus sentimentos e pensamentos. Também pensei numa outra via de trabalho que envolvesse simples orientações aos familiares desses pacientes participantes do grupo, como: propiciar discussões acerca da importância da sequência do tratamento; orientações sobre a marcação das consultas psiquiátricas e observância dos retornos às mesmas; discussões sobre a importância da medicação; sobre a importância do acompanhamento psicológico e até questões mais elaboradas relacionadas à escuta de suas angústias relativas ao convívio entre pacientes e familiares.

Não era uma proposta nova para mim, como profissional da saúde mental, pois já havia trabalhado em um ambulatório de Saúde Mental, no CAPS, no antigo NAPS³ que, de certa maneira, tem projetos que se assemelham ao que eu propunha na UAI. Começamos nos encontrar às terças-feiras, sem saber se iria dar certo porque ali contávamos apenas com minha pessoa enquanto técnica, muito diferente do CAPS onde eu estava e onde estava habituada a trabalhar em dupla e contava com apoio de toda equipe. Mas, felizmente fui conquistando o espaço do grupo na UAI e, junto a esse espaço institucional, o respeito com o trabalho realizado.

A forma como busquei construir esse grupo foi por meio de discussões com os pacientes e seus familiares. Com esses últimos, as discussões geralmente acontecem antes ou depois do grupo de conversa com os pacientes, pois se trata de um espaço aberto aos que dele queiram fazer uso. Fica claro que as coisas não funcionavam, desde o início, bem nessa lógica neurótica padrão, pois, às vezes, surgia uma mãe no meio do grupo só de pacientes querendo dizer algo. Quanto a isso, Herrmann (1997) chama-nos a atenção para o fato de que o trabalho com psicóticos envolve muitas variáveis, tais como a família do paciente, o tratamento medicamentoso e administrá-las sem perder o pé na análise, “só se cumpre a contento quando o próprio paciente é convidado a participar do governo do seu mundo.” (p.208)

Percebo que este espaço, ainda que resguardada sua singularidade relacionada ao *setting* psicanalítico, é onde esses pacientes e familiares sentem-se ouvidos e acolhidos em suas demandas, seja na sala de atendimentos, na casa

³ Núcleo de Assistência Psicossocial.

de um deles ou na praça do bairro para jogar bola ou simplesmente só para ouvir o canto dos pássaros.

O *setting* não está limitado às salas da UAI. Tanto é que já fui à casa de uma das pacientes para comer melancia, o que de certo modo rendeu um sarau. É, um sarau de verdade com declamação de poesia e canto. Neste dia, Maria, uma das pacientes do grupo, apresentou um dos cânticos de sua igreja e impressionei-me ao perceber tamanha afinação. Mas, a mãe dela não deixou por menos e recitou em alto e bom tom um poema de Ferreira Goulart. Em outro dia, fui à casa de outro paciente para conhecer a horta de que ele tanto falava no grupo e me mostrou com orgulho que estava conseguindo cuidar de três pés de couve. Além dessas situações, o formato que encontrei para trabalhar esse “soltar a língua” foi a partir de situações em que ouvimos música, lemos poesias, revistas, jornais e até um diário de uma paciente que continha pequenas poesias e trovas escritas por seus amigos. Assim, soltar a língua passou a ser fundamental em um trabalho deste tipo com psicóticos.

Nesse grupo de pacientes e familiares constroem-se amizades, discutem-se o projeto terapêutico, buscam-se medicamentos, informações para atendimento médico, não só psiquiátrico, mas de outras especialidades médicas, trocamos informações, alegrias e angústias, o que me faz pensar que, a partir dos encontros, estava-se criando uma incipiente rede social dado ao processo identificatório entre eles.

Esses detalhes do “Solta a língua” levam-me a refletir que as questões relacionadas ao *setting* de sua realização não é o fundamental nessa clínica que proponho; a mim, interessa muito mais o espaço da escuta que evidencia a singularidade da palavra dita. Como nos três casos clínicos que serão

apresentados, posso entender, a partir da escuta, uma estruturação muito peculiar na linguagem desses pacientes como já nos indicava Freud (1915). Buscar entender esse modo peculiar de falar, por meio de uma aposta na construção de cada caso, pôde permitir-me abrir caminhos, por meio da escuta e, deste modo, facilitar a esses pacientes contar suas histórias. Em meu percurso, ao longo desses anos junto a esse grupo de pacientes, aprendi que escutar implica em acolher o dito do paciente ao invés de se querer saber se é alucinação verbal ou sensorial, isto é, a ouvi-lo simplesmente e conversar aquilo que é trazido por eles sem a preocupação de atribuir significados ao que foi dito de forma tal que a direção da conversa acaba por seguir o caminho daquilo que é dito.

Por isto acredito que escutar é uma forma de acolher, compartilhar, oferecer um espaço para a possibilidade de encontrar uma palavra contemplando, dessa forma, a ética do bem dizer sustentada pela Psicanálise que mostrou desde o início era preciso deixar o paciente falar.

No mais, importa frisar que o tratamento dispensado, por mim, aos pacientes que participam do grupo “Solta a língua” tem a escuta como sua ferramenta essencial. O fato de considerar este modo de ouvir cada paciente, dentro de um grupo e também deixando um espaço aberto para seu familiar, me leva a pensar em outro modo de entender o tratamento guiado pela escuta. A abordagem clínica em psicanálise aqui me convida a problematizar a questão do estudo de caso e, dessa forma, perceber que o caso clínico pode auxiliar nesse processo de tomar em consideração cada um em sua singularidade, dentro de um grupo. Dentro dessa linha de pensamento, aproximo-me do próprio Freud que ao escrever seus casos clínicos mantinha a repetição diferencial da série dos

mesmos e, desse modo, também criava seu método nada cartesiano. Como isso pode ser feito com ou sem sucesso só a história de cada caso poderá dizer.

CAPÍTULO 2 - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS: REPRESENTAÇÃO E NÃO REPRESENTAÇÃO EM FREUD

Com a finalidade de discutir o processo de representação e sua relação com as esquizofrenias e sua linguagem, terei como norte a teoria freudiana das representações. Trabalharei também com alguns outros autores do campo psicanalítico e da saúde mental com o objetivo de ampliar a compreensão da teoria representacional freudiana.

Ainda que a noção de representação tenha sido utilizada em outros contextos como a Filosofia, Freud já nos trabalhos *O Projeto para uma psicologia científica* (1895), na *Carta 52* (1896), n' *A interpretação dos sonhos* (1900) e n' *O inconsciente* (1915) atribui-lhe um significado muito próprio. Hans (1996) indica que se trata “de um suporte que representa a pulsão na esfera do inconsciente” (p.399). Isso me faz pensar que ela se faz presente no conjunto das ações humanas e se inscreve como tal. Desse modo, o homem passa a conhecer o mundo e a si mesmo por meio de suas experiências de representar. Pode-se pensar que o homem se insere no mundo pela via da representação. É por meio dela que ele se coloca em todas as ações humanas como pensar, ver, andar e falar. É por meio da relação com os processos de representação que ele conhece o mundo, o outro e a si mesmo. Assim, é possível cogitar que a representação exerce sua função como uma ferramenta usada pelo homem para adquirir conhecimento, sendo uma forma de se fazer conhecer. Por isso, pode-se entender que, ao se representar, supõe-se um pensamento que permita uma linguagem que sustente o se fazer conhecer.

Esse é um conceito muito caro a quem se dedica a estudar os modos de representação na esquizofrenia e sua relação com a linguagem. Por isso, irei tratá-lo com o cuidado que merece. Para tanto, considero necessário tecer uma breve consideração da edificação freudiana desse conceito.

Freud começa a construir o conceito de representação no texto sobre *As Afasias*, de 1891, que, com base nas leituras realizadas, percebo que se trata de uma referência capital em qualquer estudo voltado aos fundamentos da concepção freudiana sobre a linguagem, uma vez que é nesse texto que ele apresenta os conceitos fundamentais, para minha articulação, de “representação de palavra” e “representação de objeto”.

Segundo Loffredo (2004), esses conceitos são elementos que constituem a construção metapsicológica freudiana. Vale ressaltar que os elementos citados vieram a constituir nada menos que aparelho psíquico freudiano considerado por alguns autores (Birman, 1991; Garcia-Roza, 2008) como “aparelho de linguagem”. Isso me faz pensar que as palavras são, de fato, o instrumento essencial para a Psicanálise e que sua importância está presente desde o seu começo, quando Freud (1882) já proferia “uma cura pelas palavras” (p.65).

É importante frisar que o aparelho de linguagem criado por Freud (1891) não está pronto desde o nascimento, mas é construído na relação com outro aparelho de linguagem, o que me leva a inferir que ele é resultado de um processo de construção e aquisição. Portanto, não se trata de algo dado *a priori*. Loffredo (2004) apresenta a ideia de que Freud se aproximou dos modos de formação das associações linguísticas preconizados pelo filósofo Stuart Mill (1806-1873) e do conceito de *processo*, inserido pelo linguista John Hughlings Jackson (1835-1911). Essa afirmativa da autora vem confirmar a ideia freudiana

da “palavra” enquanto uma representação complexa (Freud, 1891) derrubando o conceito localizacionista que prevalecia na época. A partir de então, passa a vigorar a noção de que o aparelho da linguagem viria a ser o responsável pela associação entre as diferentes funções psíquicas. Sendo assim, a autora argumenta que Freud inaugura um modo inovador para tratar da linguagem via o aparelho de linguagem e, dada a sua importância, estará presente em toda a obra freudiana. Neste ponto, também destaco que o estudo sobre as *Afásias*, embora tenha partido de um modelo eminentemente neurológico, foi o primeiro modelo freudiano de aparelho psíquico.

É importante frisar que durante o processo de construção da noção de representação há uma mudança na qual a representação de objeto reaparecerá no texto metapsicológico *O inconsciente*, nomeada por *representação de coisa*, conforme Freud (1915) mostra, de modo específico: “a representação consciente abrange a apresentação de coisa mais a apresentação de palavra que pertence a ela, ao passo que a apresentação inconsciente é a apresentação da coisa apenas” (p.206). Tal mudança terminológica na trama conceitual do aparelho psíquico se deu em função das alterações da linguagem observadas na esquizofrenia. Embora Freud tenha mudado o termo, a função permanece parecida ao do texto de 1891 sobre as afásias (Migueluez, 2011).

Nesse texto publicado pela primeira vez em 1915, Freud observa que a representação de coisa é a representação de objeto enquanto que a representação de palavra se refere à palavra ouvida. Diante disso, posso inferir que o elemento organizador de uma representação de palavra é a imagem acústica enquanto que o da representação de objeto é a imagem visual, em acordo com Loffredo (1999).

Posto isso, parto do princípio ao qual para um sujeito falar está implicada uma operação simultânea de funções pertencentes a mais de um ponto do campo da linguagem. Isso significa dizer que as associações são fundamentais ao processo de representar. Além disso, acredito que a linguagem de um sujeito se constitui ao longo de sua vida por meio de suas experiências com os outros e consigo mesmo. Entretanto, nas esquizofrenias o processo de representação se dá de modo diferente. Aqui é interessante destacar que, a partir da visão teórica acima delineada e dos casos em questão a serem apresentados, a esquizofrenia é entendida, entre outros modos de concebê-la, como mostrarei mais adiante, como um processo que exige uma retirada de investimento de carga libidinal da representação de objeto para concentrar um maior investimento nas representações de palavra. Seria propriamente a “palavra como coisa” de Freud (1915), onde se trocou a representação de objeto por representação de palavra. Tem – se, então, um fenômeno psíquico em que a representação de coisa do objeto será recusada enquanto que a representação de palavra será super investida.

Disso tudo, é importante entender que, para abordar a relação da esquizofrenia com a linguagem, Freud (1915) enfatizou o jogo das pulsões sempre pensando numa relação de forças onde as representações de palavra terão uma carga energética maior que a representação de coisa. A palavra passa a ter a primazia e vai ocupar o lugar de coisa, dificultando a articulação entre concreto e abstrato. Ou seja, as palavras são tomadas como se fossem coisas na propriedade em que são ditas; a concretude da fala explicita um enunciado sem a articulação dos representantes psíquicos com o funcionamento inconsciente

(representantes de coisas), sendo que todo esse fenômeno faz com que o esquizofrênico recorra a “palavras em vez de coisas” (Freud, 1915, p.208).

Neste caso, a peculiaridade da linguagem na esquizofrenia, nas palavras de Freud, é o fato de que essa linguagem é “afetada e preciosa” (Freud, 1915, p.202), deixando a impressão de que não remete a coisa alguma. O sintoma seria então, uma “desorganização estrutural que as fazem parecer desprovidas de sentido” (Freud, 1915b, p.46) para a maioria dos falantes. É esta a visão que naquele momento dos estudos freudianos fundamentava a questão da representação nas esquizofrenias.

Diante do exposto, entendo que tomar a palavra como coisa é destituí-la de sentido. Tais reflexões me fazem pensar em Clarice Lispector que ao longo de seu trabalho tentou fazer da palavra coisa. Entretanto, não pretendo, com isso, entrar no campo de estabelecimento de diferença entre palavra usada como coisa na esquizofrenia e na literatura, mas mostrar a beleza que se pode extrair quando a palavra usada como coisa encontra um caminho poético. Para tanto, trago, neste ponto de minha escrita, um fragmento da escritora em seu livro *Uma aprendizagem ou O livro dos prazeres*, onde discorre sobre o silêncio:

Tenta-se em vão ler para não ouvi-lo, pensar depressa para disfarçá-lo, inventar um programa, frágil ponte que mal nos liga ao subitamente improvável dia de amanhã. Como ultrapassar essa paz que nos espreita. Montanhas tão altas que o desespero tem pudor. Os ouvidos se afiam, a cabeça se inclina, o corpo todo escuta: nenhum rumor. Nenhum galo possível. Como estar ao alcance dessa profunda meditação do silêncio? Desse silêncio sem lembrança de palavras. Se és morte, como te abençoar? (LISPECTOR, 1969, s/p)

CAPÍTULO 3 - PALAVRAS E COISAS, UMA PORTA SE ABRE?

Serão essas – as de alguma coisa excepta – as de pronta valia no que aqui se quer tirar: seja o leite que a vaca não prometeu. Talvez porque mais direto colidem com o não senso, a ele afins; e o não senso, crê-se reflete por um triz a coerência do mistério geral, que nos envolve e cria. A vida também é para ser lida. Não literalmente, mas em seu supra-senso.

João Guimarães Rosa

Em continuidade à sua teorização sobre a noção de representação, Freud (1915) aborda a esquizofrenia de modo a facilitar a compreensão do inconsciente, o que, em suas palavras, se justifica “na medida em que parece indispensável a uma compreensão geral do *Ics*” (p.207). Assim, palavra e coisa também se tornarão fundamentais à constituição do inconsciente. Em sua tese de doutorado, Miguelez (2011) afirma: “palavra e coisa abrem-se para uma teoria da constituição do inconsciente e para o jogo de representatividade da pulsão” (p.66).

Pela leitura que foi realizada do problema das representações nas esquizofrenias em Freud, apoiada na argumentação de Miguelez (2011), é preciso levar em consideração o inconsciente e o processo primário que regulamenta a circulação das palavras. Portanto, ressalto que as palavras serão tratadas como a coisa inconsciente uma vez que a posição freudiana aponta para a ruptura da divisão entre sistemas inconsciente e pré-consciente/consciente no caso das esquizofrenias. Por isso, se diz que nessa patologia o inconsciente está

“a céu aberto”, o que na clínica é observado por meio da forma direta, sem rodeios e sem postergação com que os esquizofrênicos falam. Desse modo, tomando-se contato com o inconsciente e com o mundo por meio da linguagem e se é por meio dela que esses se fazem existir, então, pode-se inferir que na esquizofrenia, inconsciente e mundo também deixam de existir?

Inicialmente parece que sim, quando ao longo do desenvolvimento da teoria das representações, Freud (1917) enfatiza essa posição colocada por meio de uma análise das representações de palavra num processo comparativo entre a elaboração dos sonhos e a esquizofrenia. Freud (1917, p.235) destaca que:

Na esquizofrenia o que se torna objeto de modificação pelo processo primário são as próprias palavras nas quais o pensamento pré-consciente foi expresso; nos sonhos, o que está sujeito a esta modificação não são as palavras, mas a apresentação da coisa à qual as palavras foram levadas de volta.

Com isso, ele demonstra que a diferença entre os dois processos é significativa, porém traçada por uma sutileza em que se denota que na esquizofrenia as palavras são transformadas “em coisas sem coisas” (Miguel, 2007, p.112), enquanto que no sonho fica estabelecido um câmbio entre palavras e coisas. Isso me faz pensar que a vivência de delírio é a mesma que temos a cada noite em nossos sonhos, no entanto há algo que nos separa do delírio quando despertamos. A questão do esquizofrênico decorre justamente da ausência disso. Na clínica isso significa dizer que no sonho será possível o trabalho de interpretação enquanto que na esquizofrenia, nem sempre. Desse modo, conforme veremos nos casos clínicos a serem apresentados, o esquizofrênico fica diante da ímpar tarefa de se fazer representar, principalmente em presença dos fenômenos de condensação e deslocamento presentes em sua

fala. Percebe-se que a condensação na formação das palavras poderá ocorrer de tal forma que uma só palavra pode vir a representar todo o pensamento, tendo o efeito de holófrase - termo usado pela Linguística que caracteriza como frase de uma só palavra ou quando suas várias palavras são pronunciadas todas juntas como se fosse um termo único. Um exemplo de condensação é a palavra “**inução**”⁴ enunciada pela paciente Marina que pode tanto se referir a questões relacionadas à esperança ou a falta dela quando deixa entrever seu desamparo.

Com relação ao fenômeno de deslocamento, pode-se considerá-lo quando um conceito toma o lugar do outro. Neste caso, lembro-me das palavras de Maria que em seu afã em ser útil me oferece seus préstimos: **“Sempre que eu puder ajudar, eu quero ajudar você. Com o seu serviço, melhor com as nossas causulas”**. A palavra “**causulas**” tem o caráter claramente neológico e parece ter tomado aqui o lugar de nossas causas. Assim, diante desses fenômenos, o esquizofrênico segue experimentando formas de se representar que me parecem, de início, sem sentido. Isso significa dizer que ele não tem o domínio da linguagem, melhor dizendo, não tem a ilusão de que exerce algum controle sobre a linguagem. Fica claro que na esquizofrenia há uma regressão a um modo de funcionamento inconsciente de representar.

Entretanto, uma porta parece se abrir quando Freud (1917) postula esse processo como sendo congruente à “primeira das tentativas de recuperação ou cura que tão manifestamente dominam o quadro clínico da esquizofrenia” (p.208) e que o esquizofrênico busca, por meio das palavras, encontrar o objeto perdido e, será também por meio das palavras, que ele tentará reconstruir seu mundo.

⁴ A título de padronização, neste trabalho, as falas trazidas à análise – minhas e dos pacientes -, após transcrição livre de sessões do grupo gravadas, serão apresentadas apenas em negrito quando compõem recortes de diálogos ou em negrito e entre aspas quando vierem isoladas no corpo do texto.

Parece – me uma busca por uma via singular com o intuito de ultrapassar a loucura. Então, cabe ao esquizofrênico seguir usando formas variadas e complexas nessa tentativa de religação com a linguagem e com o mundo, pois se na neurose a linguagem é falocêntrica, na psicose ela é construída. Isso lhe imputa um caráter diferente, mas não deficitário. Contudo, isso não quer dizer que esses pacientes não precisem de cuidados, independente de sua singularidade representacional.

Rinaldi (2001) entende que o delírio visto por este prisma, tal qual colocado por Freud conforme venho abordando, sustenta uma clínica cuja dimensão é o fenômeno psicótico inscrito em um campo fora da dicotomia normal *versus* patológico ou razão *versus* desrazão. Trata-se de uma dimensão clínica que valoriza o discurso psicótico e também suas produções, na medida em que é esse delírio que irá veicular um desejo. Portanto, falo de uma clínica que “permite reconhecer a singularidade de cada sujeito no enfrentamento de um conflito que nos acomete a todos, ainda que com destinos diferentes” (p.2) e, por isso, a escuta do inconsciente passa a ser um instrumento fundamental para a realização de um trabalho terapêutico também nas esquizofrenias.

Macedo, Werlang & Dockhorn (2008) mostram que “ao trabalhar a representação, Freud abre espaço, no outro oposto, para analisar o que escapa à cadeia simbólica” (p.75), ou seja, a não representação. Para essas autoras, o cientista vienense já voltava sua atenção para aquilo que não pressupõe uma inscrição no sistema representacional, mostrando que nos casos em que não há inscrição no aparelho de linguagem não há representação. Concordo com a posição dessas pesquisadoras em que é indispensável ao analista saber qual o efeito que esse não representado traz ao campo da clínica, uma vez que o que

escapa ao processo de representação não deixa de ter um caráter ativo na vida do sujeito e, portanto na análise. Essa argumentação me aproxima da ideia da importância de se salientar o trabalho de interface da noção de representação com a clínica psicanalítica atual.

Ainda nas palavras de Macedo, Werlang & Dockhorn (2008), na clínica de pacientes com dificuldades de representação, devem ser criadas condições para que o Eu tenha condições de encaminhar as forças pulsionais na direção de construções em busca dessa representação, de tal modo que as pulsões enquanto solicitações de trabalho psíquico se mantenham a serviço da vida.

Sendo a fala do esquizofrênico afetada pelo não representado, caberá ao profissional em posição de escuta analítica se colocar enquanto suporte para que o acesso à inscrição simbólica possa advir.

CAPÍTULO 4 - VÁRIOS CAMINHOS LEVAM À CLÍNICA

O sério pontual é isto, o senhor me escute, me escute mais do que estou dizendo; e escute desarmado. O sério é isto, da estória toda, por isto foi que a estória eu lhe contei, eu não sentia nada. Só uma transformação pesável. Muita coisa importante não tem nome.

João Guimarães Rosa

Os desenvolvimentos de Freud a respeito da problemática da representação nas esquizofrenias sem dúvida são importantíssimos para o entendimento da clínica desta formação patológica. Entretanto, não foi o único caminho que ele percorreu em busca da compreensão da loucura. Em seu artigo de 1924, *Neurose e psicose*, ele assegura que nas psicoses há “um conflito entre o eu e o mundo externo” (Freud, 1924[1923], p.170), há um desligamento do eu em relação ao mundo externo e a criação de um mundo fantástico.

Dando continuidade às argumentações baseadas em Freud e utilizadas no estudo dos casos, destaco outra maneira com a qual ele apresenta a psicose:

(...) não há apenas *método*⁵ na loucura, como o poeta percebera, mas também um fragmento de verdade histórica, sendo possível supor que a crença compulsiva que se liga aos delírios derive sua força exatamente de fontes infantis desse tipo. (FREUD, 1937, p.285).

A partir dessa afirmação, Freud então propõe ao analista que use um fragmento da história do sujeito com o objetivo de reconstruí-la. Ele assegura que se trata apenas de uma conjectura do analista que pode ou não terminar com a

⁵ Alusão à fala de Polônio em Hamlet, conforme nota do editor, no texto citado.

lembrança do paciente. Reminiscências comporiam o delírio? A visão de Freud (1937) parece ser mesmo esta. Por isso, ele enfatiza que os delirantes poderiam se beneficiar desta técnica de construção tanto quanto os neuróticos uma vez que esse trabalho tomaria em consideração o fragmento de história do sujeito com todas as deformações e ligações com o dia presente para reconduzi-lo de volta ao passado a que pertence. Na clínica atual, chama-se a isso de historicização que pode ser considerada como uma tentativa própria do paciente de sair do estado de fragmentação a partir da tentativa de produzir efeitos de sentido. De acordo Macedo *et al* (2008), “historicizar é montar um tecido de representações das imagens, marcas e emoções dispersas e recuperar o atípico e o singular, o que ficou expulso, o que só tem vez no sintoma” (p.79). Tem-se, então, uma clínica que se propõe a trabalhar a historicização a partir do sintoma do sujeito e que parece ser uma tendência no trabalho com psicóticos nessa clínica atual como tem-se visto com outros autores que dão relevância ao trabalho de historicizar (Quinet, 2007; Kirylos Neto 2009).

Tudo isso se aproxima do trabalho que tenho desenvolvido com os pacientes do grupo e que poderei dar ênfase com a exposição dos três casos, embora eu não tenha tido muito sucesso nos desenvolvimentos de resgate de memória com Marina, talvez porque ela, diferentemente dos neuróticos, estivesse mais interessada em seus delírios. Mas isso também pode acontecer, nessa clínica, como aponta Freud (1937): “Acredito que adquiriríamos um grande e valioso conhecimento de um trabalho desse tipo com psicóticos, mesmo que não conduzisse a nenhum sucesso terapêutico” (p.286). A partir disso, posso afirmar que o trabalho analítico com psicóticos, conforme o proposto por Freud, não só é

possível, mas caminha no sentido de buscar um laço com o universo da palavra que pode ou não ser encontrado.

Acredito que trabalhar num campo onde a não representação se faz presente exige maior atividade do analista, pois implica em pensar sobre seu fracasso possível ou limitações no espaço de escuta porque o louco está ali na impossibilidade de ter acesso a outras ordens discursivas, uma vez que não pode tomar uma posição diferente na fala e na linguagem, já que seu dizer desconhece a língua em dimensão caleidoscópica. Não há transitividade entre as representações. Assim, me defronto com uma questão que nenhuma clínica psicanalítica de psicóticos digna poderia ignorar: um esforço por fazer as representações transitarem. Portanto, coloco-me na posição de que se faz necessário querer atender ao querer falar do psicótico, do louco, do esquizofrênico. A partir desse meu posicionamento, é que tomo a linguagem do esquizofrênico do ponto de vista social como uma linguagem excluída. Em meu entendimento, há um compromisso tácito entre os homens quanto às regras, costumes, modos de falar e na medida em que alguém não se encaixa nesses padrões torna-se provável sua exclusão. Assim, o modo de falar do esquizofrênico passa a ser um mecanismo que possibilita tal exclusão. A esse respeito Katz (2001) afirma que “o louco se separa das regras do senso comum exigido para a sobrevivência e vive alheio às regras da razão” (p.17). Isso significa dizer que esse alheamento o coloca numa posição de exclusão em que se institui seu dizer como um elemento que possa vir a ser aquele de possível segregação.

Com base nessas reflexões, é possível observar que a caracterização do modo de falar do esquizofrênico pura e simplesmente, de modo acrítico, pode ser

tomada como um mecanismo de exclusão ou patrulhamento social. Da mesma forma, a tentativa de homogeneizar esse dizer pode exercer a mesma função. Essa forma de tratar esse dizer ainda tem sido observada na ordem psiquiátrica tradicional.

Rinaldi (2001) parece concordar que exista uma relação de exclusão da sociedade para com os psicóticos; ela enfatiza que esta é uma questão que é enraizada em nossa cultura. Não resta dúvidas que o movimento da luta anti-manicomial realizou uma profunda crítica da cultura asilar e implementou vários serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, porém ainda é preciso empreender um esforço hercúleo na tarefa de dismantelar uma ideologia que tem por referência o isolamento e a exclusão. A esse respeito, essa autora destaca que há uma ordem que está para além de tratar o louco, que é a contestação radical de nossa relação para com ele. Para tanto, ela se apoia nas palavras de Mannoni (1971 *apud* Rinaldi 2001, p. 02), citando-a:

Se considerarmos a linguagem como solidária com a verdade, não poderemos deixar de colocar a questão sobre o que procuramos eliminar em nós, quando recusamos a linguagem do psicótico. O que recusamos *é uma verdade que nos perturba*. Nossa recusa conduz o psicótico a um mundo privado, separado do nosso. Na nossa cultura os seres têm, cada vez mais, dificuldades em fazer entrar o verdadeiro no seu dizer e, quando se põem a dizer a verdade sobre nossa sociedade e sobre nós mesmos, tudo se passa como se nas estruturas que nós lhe oferecemos não houvesse para eles outra escolha que não a da loucura.

Desse modo, há que se perceber que a exclusão em relação ao louco não habita apenas espaços institucionalizados, ela pode habitar em cada um de nós, em nossas ações e atitudes. Portanto, enfatizo a posição de respeitar a palavra do louco na sua diferença.

Katz (2001), baseando-se em Foucault, aponta alguns aspectos para o que ele chama de linguagem excluída da loucura. Dentre eles, pode-se ressaltar a fala voltada para si mesma. Ele assevera que essa fala possui uma “dobra” no interior de si mesma e, por isso, não é absorvida pela cultura uma vez que ela anunciaria a associabilidade e a recusa aos outros. Entretanto, se este autor reconhece a exclusão da linguagem do louco, ele também se posiciona no sentido de reconhecer que foi Freud quem aprendeu a escutar e considerar as diferenças extremadas das falas. Desse modo, tem-se outra linguagem que pode ser considerada a partir de sua pura enunciação.

Diante dessa discussão, permito-me afirmar que a escuta continua sendo um instrumento fundamental para um trabalho terapêutico com pessoas acometidas de esquizofrenia e que, mesmo que sua linguagem seja excluída, ainda assim é possível que ela seja escutada. É possível também afirmar que esse dispositivo psicanalítico da escuta vem sendo inserido às novas práticas de saúde mental do serviço público, o que entendo representar um avanço no trato com as psicoses ⁶. Além disso, Macedo *et al* (2008) sugerem que o ato de escutar na clínica psicanalítica atual com suas demandas singulares obriga-nos a ir além das questões interpretativas. Desse modo, segundo as autoras, isso significa que na clínica contemporânea, “fazer trabalhar a teoria freudiana implica esse trabalho de mútua alimentação entre o corpo teórico e os recursos da técnica” (p.80).

Rinaldi (2001) parece concordar com essas questões quando se refere a duas funções na prática psicanalítica que são pertinentes à escuta psicanalítica. A primeira corresponde à regra fundamental da psicanálise, a “associação livre” que

⁶ Um exemplo disso tem sido o trabalho realizado por Gabriela R. Meyer no CAPS Clarice Lispector no Rio de Janeiro.

permite ao paciente dizer tudo o que lhe vier à cabeça, sem se deter por sentimentos como vergonha e senso crítico e, da parte do analista, apenas *escutar*. A isso, Freud (1912) designou como “atenção flutuante” ou “atenção uniformemente suspensa” (p.125). A segunda função equivaleria ao instrumento formulado por Freud que guia o trabalho do analista e que pressupõe a transferência.

Apesar de Freud (1915) ter advertido a todos sobre a “incapacidade de transferência com esses pacientes” (p.201), Rinaldi (2001) garante que as possibilidades de transferência na psicose são fragilizadas, mas nem por isso impossíveis. Aponta que Freud (1911) na análise do caso Schreber considerou essa possibilidade quando identificou o Dr. Flechsig como objeto de transferência para Schreber, que desenvolveu um “sentimento amistoso” para com aquele que era seu médico, considerando-o um representante de alguém muito importante.

Menéndez (2007) também está em consonância com esse pensamento ao se ocupar com o estudo da transferência na psicose. Ela afiança que existe uma demanda desde o momento que o sujeito nos elege para confiar suas experiências. Entretanto, essa demanda se caracteriza como paradoxal uma vez que ela também nos convida a ocupar o lugar de onipotência, lugar do qual devemos abster-nos para dar consistência à alteridade. Afirma, ainda em relação a esse paradoxo, que se a onipotência não permite ao sujeito existir é justamente essa a única forma de existência possível na psicose. O efeito dessa lógica paradoxal consistiria no fato em que a transferência estaria isenta da relação psicótico *versus* alteridade e, por isso poderia-se caracterizá-la como uma modalidade de transferência maciça e marcadamente ambivalente. O que

significa dizer que na clínica temos que trabalhar a transferência no sentido de permitir uma abertura para que a alteridade se torne possível.

Parece - me possível afirmar que o campo transferencial, por meio da escuta, trará a *possibilidade* de abertura de caminhos para a representação. Tem-se aqui a dimensão da importância desse campo como um espaço de abertura de possibilidades de elaboração para com o não representado. Como foi abordado, anteriormente, vários autores da atualidade têm se ocupado em problematizar as possibilidades de se abrir um campo transferencial com pacientes pela via da não representação, no intuito de fazer com que esses pacientes possam sair do estado de fragmentação geralmente observado nas psicoses.

Macedo *et al* (2008) enfatizam que fazer trabalhar a representação, considerando o campo transferencial, implica que o analista permita as reverberações desse trabalho sobre ele. Mais que isso: implica em fazer laço com a clínica psicanalítica, o que exige uma abertura a transformações, mas que leve em consideração o legado freudiano de investigar. Assim, pensar o conceito de representação na clínica contemporânea das esquizofrenias significa estender o espaço da escuta psicanalítica com o objetivo de alcançar o não representado, abrindo caminho para que forças pulsionais possam se inscrever no “universo da simbolização pelo analista e pelo analisando, juntos”, conforme as autoras supracitadas (p.11). E acrescentam, ainda: “Será a transferência a responsável por tal processo” (p.78), deixando claro que se trata de uma relação que comporta dois, na qual o analista também entra com suas dificuldades, sua palavra, enfim com sua pessoa. Isto quer dizer que o analista responde a um cuidado tomando como base da transferência.

Meyer (2006) vem corroborar com essa ideia de possibilidade de transferência nas psicoses na clínica atual por meio de uma articulação entre transferência e desejo do analista. Para essa autora, Freud semeou o terreno para que Lacan seguisse a construção dessa teoria. Deste modo, ao pensar a transferência na psicose “ficamos convictos que seu manejo deve ser muito delicado, já que em tal estrutura a transferência se apresenta de forma maciça” (p.69), o que nos leva a ocupar, enquanto analistas, o lugar de acolher as produções da loucura. Neste sentido, essa autora pensa que o desejo do analista possui íntima relação com o acolhimento do discurso delirante que é marcado pela diferença ao que denomina-se de “normalidade”. Tem-se, então, a viabilidade da clínica das psicoses por meio de uma aposta que estaria ligada a uma condição do lado do analista. Baseando-se na máxima de Lacan (2002) de “secretariar o alienado”, expressão usada por ele em contexto muito particular quando discutia a respeito das estruturas da psicose em seu seminário sobre as psicoses realizado entre os anos de 1955-1956, de caráter estruturalista, mas que apontou preceitos que ainda guiam a ação ética do analista diante da clínica da psicose. Seguindo essa ideia, (Meyer, 2006) argumenta que esta condição do analista diz respeito a acolher o dito do psicótico, oferecendo-se como parceiro nas construções daquele que lhe dá seu testemunho.

Entretanto, é possível perceber, ainda em Freud, essa posição ao acolher o testemunho de Schreber sobre a loucura que lhe habitava. Quanto a essa postura freudiana Freire e Costa (2010) sustentam a ideia de que este foi um ato inaugural, onde a palavra do louco foi tomada em sua literalidade a partir do acolhimento dado àquele texto-fala e o classifica como um “passo ético imanente à postura de Freud” (p.77). Assim sendo, no recurso à fala e à estrutura da

linguagem, há uma manobra fundamental para a apreensão da psicose e, na postura de “secretário”, uma abertura à possibilidade de transferência, uma vez que o discurso delirante tem a possibilidade de ganhar um sentido de ancoramento e de organização para o sujeito. Contudo, há que se fazer um exercício permanente para não deixar-se guiar pelas próprias expectativas, mas ao mesmo tempo sustentar uma aposta num endereçamento que possa fazer com que algo possa vir a se articular.

Com base nessas colocações é possível ponderar que, apesar da relação particular que o esquizofrênico estabelece com a linguagem, o que tem por consequência um esvaziamento simbólico que quase sempre é objeto da lógica de exclusão presente na sociedade capitalista, as funções que se operam por meio da escuta psicanalítica passam a ter efeito na clínica atual. Tem-se, portanto, uma prática clínica mais refinada, em que a escuta neste caso passa a ter as funções de atenção flutuante e transferência também nas esquizofrenias. Sendo que esta última poderá ser viabilizada mediante o acolhimento por um destinatário. Então, passa a se efetivar um processo de transferência que não se dá como no campo transferencial das neuroses. Trata-se de um campo que funciona como um espaço de “metabolização” para acolher as possibilidades de se fazer representar.

Os novos dispositivos de escuta são de fato resultado de uma clínica que se nega a buscar abrigo no silenciamento do esquizofrênico, o qual tem sido objeto de exclusão social, econômico e afetivo. Aqui, o profissional há que abrir mão de seus preconceitos e desistir de buscar uma normalidade comum a todos, que possa ter como efeito uma adaptação social. É isso que permitirá escutar as particularidades de cada sujeito e possibilitar que as diferenças possam advir.

Com base nessas breves reflexões a respeito das implicações clínicas e sociais com os modos de representar que podem tomar a forma de não representação na esquizofrenia; pretendo, neste trabalho, analisar minha prática por meio da exposição de minha busca por possibilidades nessa clínica, através de três casos clínicos.

CAPÍTULO 5 – ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

A psicanálise continuará a existir enquanto puder ser reinventada dentro dela mesma.

Fábio Herrmann

Quando convido cada paciente a falar dentro do grupo, uso sempre uma frase que parece fazer parte de meu estilo de clinicar, coisa do tipo: *fale o que você quiser, ou deixe sair o que você está sentindo ou, ainda, solte a língua*. Ao propor que cada um fale e ao oferecer escuta a cada um, acredito entrar num campo onde as possibilidades de cuidado possam estar presentes. Com isso saio da dimensão exclusivamente grupal para considerar cada caso.

Foi a partir do reconhecimento da condição de singularidade em cada caso dentro de um grupo que me fez redirecionar o caminho inicial desta pesquisa, pois tal direção demonstrou a impossibilidade da execução do primeiro projeto que se mostrava muito teórico e sem a sustentabilidade clínica necessária à consistência e coerência de um trabalho como este.

Com isso, passei a considerar o estudo de caso como estratégia metodológica da reflexão sobre a esquizofrenia, cujo objetivo é comunicar uma experiência e também para servir como fundamento da discussão teórica e prática que possa subsidiar a clínica da esquizofrenia a partir das especificidades de sua linguagem.

Caminhando com Freud, enquanto articulador teórico sobre a esquizofrenia, não é possível encontrar um texto que reúna de modo linear as suas formulações acerca do mesmo. No entanto, percebo que há uma construção

de uma proposta coerente sobre o funcionamento esquizofrênico e alguns sinais da existência de possibilidades de tratamento. Quanto aos estudos de casos, nos deixou vários desses estudos enquanto legado a partir dos quais pôde demonstrar sua metapsicologia. Nesse sentido, proponho pensar a esquizofrenia partindo de estudos de casos porque entendo que esses estudos clínicos resultam em comunicação de experiência, podendo servir como parâmetro para discussão da teoria subjacente que alimenta o trabalho na clínica.

Moura e Nikos (2001) apresentam um Freud que instaurou um estilo de relatar documentalmente a evolução de pacientes tratados por ele e que serviu, por meio de suas constelações biográficas e sintomáticas, de base para discussão de sua metapsicologia. Entendo que tal argumentação se aproxima da ideia de que o caso possa servir como subsídio para a discussão da teoria, o que me faz acreditar que se deva levar a teoria em consideração desde que não se deixe limitar pela generalização teórica. Quanto à teoria, coloco-me em posição de concordância com os autores citados quando enfatizam que o pesquisador deve dialogar com ela de modo que a mesma lhe possa “servir como suporte e referencial” (Moura & Nikos, 2001, p.71) para o desenvolvimento do trabalho. Isso instaura a possibilidade de se pensar pretensiosamente que a partir dos estudos de casos que irei apresentar será possível demonstrar como se efetiva minha clínica com pacientes esquizofrênicos e a teoria evidenciada a partir dela.

Essa reflexão aponta para o fato de que o modelo em questão é estruturalmente distante de medidas quantificáveis, que faz com que seja diferente daquele tido como paradigma dominante que caminha cada vez mais rumo ao método de quantificação. Nesse modelo em questão, a Psicanálise caminha em sentido oposto a este último porque não interessa a exatidão de

métodos quantificáveis para coisas que não o são, como o psiquismo. Nas palavras de Herrmann (1999) o método em psicanálise é um caminho de descobertas constantes e sua aplicação sustenta a prática do analista ao abordar qualquer fenômeno humano. Disso é possível depreender que cada analista, em cada caso, tem a possibilidade de recriar o método e encontrar seu próprio estilo. Assumindo meu modo de clínica e o referencial metodológico aqui proposto é que realizo meu trabalho junto a pacientes esquizofrênicos onde ocupo o lugar de escuta. Esse lugar pressupõe que o saber a ser produzido não está dado nem do lado do pesquisado e nem do pesquisador, pois será construído na relação, o que a meu ver propiciará um encontro singular entre profissional e paciente. Por isso, considero apropriada a argumentação de Vorcaro (2010) que sustenta somente ser possível a singularidade do caso clínico quando há “o encontro desencontrado do sujeito com o analista” (p.17). Este modo de trabalhar pode levar ao encontro de um dispositivo clínico que tome a Psicanálise em consideração, na medida em que explicita a singularidade de cada caso, podendo expor o trabalho realizado tanto no que ele possui de alcances, mas como também possui de limites.

Ao caminhar em concordância com a proposta de viabilizar um estudo sobre a clínica das esquizofrenias a partir de estudos de caso é que iniciei esta pesquisa⁷. Quanto à coleta de dados, busquei considerar o que era mais importante. Dada à riqueza do método psicanalítico que propicia descobertas, tive como início meu singular encontro com esses pacientes.

⁷ Este projeto foi aprovado sob ANÁLISE FINAL Nº. 1088/10 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU441/10

Passo, agora, a discorrer sobre os encontros semanais entre a pesquisadora (e terapeuta) e um grupo de pacientes esquizofrênicos de onde se formou o grupo “Solta a Língua”.

Esses encontros semanais acontecem nas instalações da UAI Martins onde atuo como psicóloga desde fevereiro de 2007 e os encontros trazidos à análise, nesta pesquisa, foram gravados e transcritos por mim, de forma livre. As transcrições dessas gravações foram articuladas à questão central da pesquisa e com os referenciais teóricos pertinentes. Torna-se importante ressaltar que foram considerados apenas fragmentos clínicos e não os encontros como um todo, cuja ênfase era sobre as questões de linguagem abordadas anteriormente.

Inicialmente pensei em realizar esta pesquisa com o grupo todo que na época de seu início contava com dez participantes. Mas, posteriormente, percebi minha atitude onipotente em querer demonstrar o trabalho com cada um deles, pois precisaria de um tempo que extrapolaria os limites deste curso de mestrado. Porém, se percebi a onipotência, experiência comum ao ser humano, também experimentei dificuldades e percalços ao longo deste trabalho, sem que desmerecesse o compromisso com o mesmo. Além do mais, me dei conta da inviabilidade de se lidar com um número grande de casos, resultando, desse modo, na escolha por três casos clínicos, mas tendo todo o grupo “Solta a língua” como uma referência contínua, como o espaço enunciativo de construção desses casos clínicos. Entretanto, essa escolha não me impediu de usar, em alguns momentos, a fala de outros pacientes na tentativa de demonstrar o “funcionamento” do “Solta a língua”.

A escolha por três pacientes, entre todos os participantes do grupo, embora difícil, também foi respaldada pela busca por coerência com minha

posição, marcada anteriormente, e que se refere ao fato de que, na clínica, importa menos a quantificação e mais as descobertas singulares propiciadas pelo método em questão.

Vorcaro (2010) apresenta importante argumentação atribuindo às monografias clínicas de Freud o estatuto de método psicanalítico, pois este não cessa de se significar no caso abordado. Isto é, o método é presente em cada caso cujo relato é mantido em sua singularidade. Além disso, segundo ela, o caso se mostra não apenas como narrativa dos sintomas, mas também produz interrogações a todo tempo, denotando um traço metódico em que o saber deve ser construído no lugar de ser simplesmente aplicado.

A respeito dessas interrogações tratadas pela autora citada, pude perceber que, ao fazer as transcrições, me deparava com a situação de ouvir um ruído externo enorme e me perguntava por que, durante o grupo, eu não havia escutado tamanho barulho. Na medida em que comecei a fazer as transcrições, uma a uma, num processo artesanal de ouvir e ouvir novamente aquilo estava gravado, comecei a me dar conta da resposta à minha pergunta, pois o que chamava minha atenção naqueles momentos era outra *coisa*. Assim, fui me deixando levar durante as transcrições, sem me preocupar com o sentido e comecei a perceber um ritmo, uma cantilena na fala dos pacientes que anunciava minha entrada num mundo estranho. Um mundo onde o esquizofrênico raramente se deixa representar por meio de palavras. E tudo isso graças ao inconsciente, colocado aí a céu aberto, numa linguagem “rebuscada e floreada”, o que Freud (1915) já sabia melhor do que ninguém. Diante disso, continuei a me perguntar o que aquela linguagem rebuscada queria me dizer e aos poucos pude perceber

que algo ali estava sendo endereçado a mim, mas que também tinha muito de mim ali, naquele mundo estranho.

Foi a partir dessas vivências acompanhadas por reflexões clínicas que tomei meu trabalho de escuta como uma forma de cuidado, a metodologia do estudo de caso como uma tentativa de compreender melhor o processo de não representação na linguagem das esquizofrenias, considerando também a transferência aí envolvida, ainda que se trate de pacientes esquizofrênicos e do fato de Freud (1915) já ter alertado sobre a dificuldade de transferência dessas pessoas.

Por essas questões expostas, acredito na relevância de trabalhos como este em que são propostas discussões acerca da possibilidade de uma escuta a essas pessoas que por si só não procuram os serviços de saúde mental, mas vêm quase sempre trazidas por seus familiares.

Nesse sentido, procurando privilegiar a clínica e as questões teóricas que surgem embasadas nela, é que escolhi esse método que me permite uma narrativa em que a transferência é presente, pois considero que essa narrativa nasce da vivência do pesquisado, mas também do pesquisador e será ampliada ou não segundo as lentes deste último. Melhor dizendo, nasce no encontro entre paciente e terapeuta, pois se trata de clínica e não apenas de pesquisa. E, também, trata-se da clínica tendo efeito nas escolhas metodológicas de uma pesquisa acadêmica.

Nesse sentido, retomo Moura e Nikos (2001) que chamam a atenção para o fato de que, nesta perspectiva, a narrativa é uma “produção escrita que traz consigo a experiência do pesquisador em sua investigação” (p.75). Por conseguinte, culmina em “uma experiência que transforma em saber” (*Ibid*), pois

lhe modifica o pensar à medida que o capacita a fazer uma análise metapsicológica que aponta para a transferência. Penso ser este o caminho que aponta para a possibilidade deste trabalho funcionar como um mecanismo que possa suscitar um saber acerca da clínica das esquizofrenias.

Resumindo minha discussão, Moura e Nikos (2001) apontam que quando expomos por meio de uma escrita dirigida pelo campo da transferência “ocorre uma aprendizagem”, uma vez que o pesquisador, ao dar seu testemunho por escrito, “poderá servir de referência a outras pesquisas e à gestão de novos problemas e hipóteses de pesquisa” (p.76).

Outro ponto a ser considerado dentro do estudo de caso, como alerta Hoppe (2000), é a questão da cura psicanalítica, nada tendo haver com cura proposta pela medicina que tem por objetivo a remissão de sintomas e o conseqüente retorno ao estado de normalidade. Disto, se pode depreender que cura em Psicanálise tem muito mais haver com cuidado relacionado à escuta, que é de outra ordem que a eliminação de sintomas, o que redundaria numa contradição a seus princípios. Nas palavras de Herrmann (1997), a cura analítica cuida do desejo, no sentido em que ao percorrer o caminho da análise, o paciente é encaminhado a cuidar do que sente com a finalidade de ampliar suas possibilidades. Para esse autor, a cura seria um processo intrínseco à análise e por isso também o “objetivo do trabalho analítico” (p.195) de modo que percorra todo o processo analítico, conferindo-lhe um valor terapêutico. Percebo, neste ponto, o valor da palavra “processo” quando se trata de cura psicanalítica, posto que se trata de algo que se constrói enquanto é feito e o resultado também depende da história desse mesmo processo. Desse modo, o processo passa a ser valorizado, pois a cura estaria aí implícita. E, com relação à cura nas

psicoses, o que se pode esperar do tratamento deve ser decidido em cada caso, uma vez que, segundo Herrmann (1997), “não se pode esperar a mesma transitividade entre passado e presente que constitui o tempo analítico como condicional” (p.208).

Nesse contexto, e levando em consideração minhas reflexões sobre a singularidade do método do estudo de caso, dei continuidade à minha pesquisa com a exploração de questões teóricas que embasassem meu conhecimento sobre a clínica das esquizofrenias. Para que isso fosse possível, passei por algumas questões inerentes à representação nas esquizofrenias a partir de uma visão psicanalítica e sua implicação com o processo de transferência, na tentativa de produzir alguma reflexão que pudesse servir de subsídio à clínica das esquizofrenias no campo da saúde mental. De meu ponto de vista, isso pode contribuir com práticas de escuta de pacientes esquizofrênicos - e também de suas famílias - em vias do processo de não representação.

Por todo o exposto até o momento, é possível afirmar que está claro que o caso traz vida à teoria, pois de certa forma, está a revisitá-la, revitalizando-a. Todavia, também traz teoria à vida, pois traz contribuição em cada caso, enriquecendo-o.

CAPÍTULO 6 - OS CASOS CLÍNICOS

As questões teóricas abordadas, nos capítulos anteriores desta dissertação, encontram-se urdidas às questões clínicas, uma vez que decidi trilhar pelo caminho da clínica via estudo de caso. Por isso, procurei o singular em cada caso e que foi pensado cada um deles como ponto gerador de discussão da teoria que o sustenta. Assim, os casos tem uma marcante presença na construção dessa dissertação, cujo critério de seleção foi a transferência da pesquisadora-analista.

Do grupo de pacientes que atendo na unidade de saúde, Marina, Martinho e Maria foram os escolhidos para participarem dessa construção. A primeira escolha deveu-se ao fato de Marina ser uma paciente crônica e ter vivido por muitos anos em um hospital psiquiátrico e trazer consigo as marcas do abandono e do silenciamento. De certa forma escrever junto a ela poderia significar um momento para escutar quem ficou calada por tantos anos.

A segunda escolha, Martinho, deve-se ao fato dele ter sofrido uma enorme interrupção em sua vida ainda tão jovem. Vê-lo recém-saído de uma posição de autonomia para uma posição de dependência causou em mim um forte impacto. Assim, pensei que escrever essa experiência seria um modo de elaborá-la.

A escolha do terceiro caso, Maria, deve-se ao fato dela apresentar uma expressão verbal tão diferente, farta de elementos que se aproximam do poético. Talvez este tenha sido um dos casos que já atendi em que tenha a maior riqueza de alterações de linguagem, um material raro.

Os nomes são fictícios para preservar a identidade de cada paciente. Assim, cada nome foi escolhido de acordo com aquilo que eu considero como algo marcante em cada uma dessas pessoas. Marina, por exemplo, tem por significado aquela que veio do mar. Martinho remete àquele da cidade de Lima no Peru que ficou conhecido por viver de forma despojada e fazer do despojamento seu modo de vida e, finalmente, Maria, que tal qual canta Milton Nascimento, mistura dor e alegria em palavras que contém singularidade marcante.

A construção dos três casos foi realizada com a colaboração da cunhada de Marina e com as mães de Martinho e Maria, sempre disponíveis a responder minhas perguntas. Impressionei-me com a determinação dessas três mulheres no sentido de buscar um sucedâneo para a dor psíquica que aflige seus entes.

6. 1 - O caso da mulher que nasceu no gelo

*Peixe fígado, mas
Ainda respirando a ilusão
Da volta ao mar
Martírio lento faz
Do arpão do sofrimento mais
Uma razão pra nadar
Nada por dentro do corpo
Porão alagado, lago raso
Morno chorar
Tunai, Nadando no seco*

Marina é uma mulher de meia idade, magra, cabelos levemente grisalhos, solteira.

Quando chegou ao ambulatório praticamente não falava, limitava-se a responder minhas perguntas com um “**sim, senhora**” ou com um “**não, senhora**”. Parecia desconfiada e me olhava muito. Apresenta polidos modos no trato com as pessoas, referindo-se ao fato de ter estudado em colégio de freiras. Nos primeiros encontros, com o grupo, dizia apenas que estava bem e logo em seguida passava sua fala para outra pessoa. Em Marina era clara a evidência de um isolamento causado por anos de internação psiquiátrica, cujo tratamento era exclusivamente medicamentoso e, assim, sua fala nunca era escutada.

Aos poucos foi se soltando, mas ainda de forma muito tímida. Até que um dia, quando propus aos participantes do grupo que falassem onde haviam nascido, na tentativa de que pudessem reconstruir suas histórias, Marina responde: “**Nasci no gelo, no gelo do Oceano Atlântico.**” Fiquei intrigada com essa colocação e fui conversar com a cunhada dela que disse que a mãe de Marina morreu durante o parto. A partir disso, pude entender porque ela disse ter

nascido no gelo. Entendi, por essa fala, a falta de aconchego da mãe, dos braços para pegá-la, das mãos para acariciá-la e do seio para amamentá-la, imaginando o desamparo deste serzinho ainda incipiente. Perguntei-me que estado de desejo a seu respeito teria encontrado quando chegou ao mundo, uma vez que aquela que teria tais desejos não estava mais ali, desnudando o desamparo em Marina.

O entendimento disso tudo veio depois, quando pude perceber que essa questão do nascimento não é uma questão qualquer, pois remete à fantasia do nascimento: como os adultos me fizeram? Eu fui desejada? Não se sabe. Mas, por muitas vezes, Marina emitia um som parecido com uma narração de algum fato em uma rádio fora de sintonia e por mais que se tentasse entender, não conseguia identificar, nesse som, algo que lembrasse uma só palavra, um só sentido. Lembrava, sim, uma emissão sonora que antecede à própria linguagem. Este “**meu barulhozinho**” como ela mesma o chamava é uma forma de fazer suas “**inuções**”.

Rosa: Inuções? Pergunto-lhe.

Marina: É. Uma inução. Por exemplo: eu fiz uma inução que a senhora foi buscar recurso para mim.

Dizia isso fazendo referência à consulta psiquiátrica que eu acabara de agendar para ela. Sua **inução** era muito frequente durante as conversas no grupo, ainda que fossem “feitas” de forma discreta. Essa palavra **inução** tem, para mim, um valor maior que uma construção neológica. Parece uma denominação para esse “barulhozinho” que ela gostaria de ter feito no colo da mãe, a busca por um amparo, talvez aquele desejado seio materno do qual Freud

fala no início de seu texto *Mal estar na civilização*. E não é que ela ainda vive fazendo isso!

Diante disso, pude observar nela um desamparo que chamava a atenção não apenas pelas representações, mas também pelos afetos sempre contidos como se fossem para não ter contato com eles. Ou estariam esses afetos desinvestidos? Freud (1915) chama a atenção para essa apatia presente nos esquizofrênicos que parece “concordar plenamente com a suposição de que suas catexias objetais foram abandonadas” (p.202).

De qualquer forma, eram evidentes, do meu ponto de vista, as marcas deixadas pelo abandono em Marina. Percebo que ela fazia um esforço enorme para mostrar que estava bem: **“Estou bem, estou trabalhando, arrumo a casa, lavo o banheiro, tomo meus remédios”**. Se eu fosse compará-la a um ritmo musical, certamente seria um adágio, com um andamento lento. Sua fala é lenta, seus relatos eram tão frios e ausentes de expressão como se ela estivesse falando de outra pessoa. Não se lembrava de passagens da infância, apenas dizia que era bem tratada.

Resumindo sua história, embasando-me no relato de sua cunhada, Marina foi entregue ainda recém-nascida a um casal, porque sua mãe morreu em trabalho de parto.

Esse casal a registrou como se ela fosse sua filha biológica. Passou sua infância no interior de Minas Gerais e, como tantas crianças de sua época, tinha a obrigação de ajudar na lida de casa. Quando contava com sete anos de idade, sua mãe adotiva também morreu. O pai adotivo casou-se novamente, o que lhe rendeu uma *má - drasta*. Por conta dos maus tratos sofridos, Marina foi morar com uma irmã de criação no estado de Goiás. Na casa dessa irmã, também não

encontrou acolhimento. De acordo com a fala da cunhada, Marina, na adolescência, ficou violenta com essa irmã e saiu de casa após uma briga sem que as pessoas soubessem onde ela estava.

Passados muitos anos, essa irmã de criação teve notícias de que ela estava no hospital psiquiátrico do Juqueri (São Paulo) e se ocupou em buscá-la. No entanto, não quis que Marina morasse com ela e a “entregou” para seu irmão de laço sanguíneo, no caso, o marido dessa cunhada que a acompanha no tratamento. E é com esse irmão e essa cunhada que ela tem morado nos últimos vinte anos, em Uberlândia. Essa cunhada tem dispensado cuidados a Marina, tais como acompanhar o tratamento, incentivar sua higienização e, acima de tudo, lhe oferecer um lar onde possa sentir-se acolhida. Porém, o sentimento de pertencer a essa família parece ainda não ter acontecido. Um exemplo disso é sua afirmação veemente de que seu irmão é seu primo.

Segundo informações da cunhada, Marina cresceu acreditando ser filha dessa mulher que a criou e só na adolescência tomou conhecimento de sua verdadeira história. Mas, na verdade, considera como sua família aquela em que foi criada. Tanto é que não considera o irmão de laço consanguíneo como tal e se alguém insiste, ela teima em dizer que não. Então não é.

Em outra sessão, quando falávamos a respeito do que haviam sonhado naquela semana, Marina disse que sonhou com almas do purgatório que falavam sobre ir e voltar do país Brasil para o país Purgatório.

Eu não fiz nenhum tipo de interpretação, naquele momento, mas as vozes do país Purgatório me chamaram a atenção porque pensei que talvez carregassem um sentimento de culpa, luto e dor envolvidos na morte de um ser querido. Mas essa é uma hipótese minha, ou melhor, minha posição na

transferência e, como um peixe também fígado, novamente pensei no desamparo e na desesperança acentuada pelas sucessivas mudanças em sua vida e sucessivas experiências de maus tratos. Esse desamparo parecia vir delineado pela impossibilidade de elaboração psíquica e por isso difícil de ser representado por palavras. Certamente, todo ser humano, no início de sua existência, passa por um período de total dependência do outro e, usando um termo freudiano, o bebê humano deveria ser cuidado e tratado como uma “majestade”. No entanto, Marina parece ter sido tratada como o produto de uma *má-(gesta) de*, sendo que “gesta” pode ser entendida como sinônimo de narração de façanhas históricas ou seja, de uma façanha mal sucedida em que ela foi *má-gestada*.

Mas, ela disse, em outro momento: **“Tá tudo certo, não tenho assim uma inução de que alguma coisa vai acontecer comigo”**.

Entendo **inução** como expectativa ou esperança e de qualquer forma parece-me dizer que não consegue vislumbrar o futuro.

Outra hora, conversando sobre levar a vida com bom humor ela me diz assim:

Marina: Humor é um aprazível que a gente tem na gente que faz agente ter um pensamento bom e ficar assim nos causos de humorismo, isso é humor. Fica aprazível, feliz.

Rosa: Você quer contar alguma situação que você...

E pela primeira vez ela me interrompe perguntando:

Marina: Que eu senti humorismo?

Rosa: Deixe sair o que você está pensando.

Marina: Eu não tenho muita facilidade de ficar assim humorística assim não. Mas, na passagem do ano, a gente fica assim humorista. Sabe, aquelas festas, aquelas coisas todas, a gente fica humorista. Passando...

No caso, passa a fala para outra pessoa do grupo, mas eu insisti e pedi que nos contasse mais.

Marina: É, estamos no ano, no sol, na chuva, aquelas coisas todas assim, provoca um humorismo, uma alegria na passagem do ano.

E mineiramente, conclui a frase:

Marina: Pois é.

Neste momento, Marina colocou em evidência que não queria falar mais, a despeito da minha insistência. Era muito difícil ouvir dela mais que algumas poucas frases, como se ela se bastasse e o tudo mais não lhe interessasse tanto.

Mas, não sei até onde minhas insistências em fazer Marina falar nos levaram. Porém, a cada encontro eu me propunha a isso. Quem trabalha com psicóticos sabe o quanto é difícil sua fala ser endereçada àquele que escuta. É preciso um desejo deste último em ocupar o lugar de acolhimento desta escuta.

Marina: Tô tratando aqui, me sentindo bem e pronto.

Insisto ...

Rosa: Fale, deixe sair o que você está pensando, solte a língua.

Marina: Eu tenho tomado os remédios, tenho ajudado em casa, tenho tomado banho, tenho arrumado, eu...

Neste ponto, parecia que ela havia feito progressos, pois quando ela chegou ao grupo, sua cunhada relatava que ela tinha muita dificuldade em fazer sua higiene pessoal. Portanto, quando disse isso, estava de fato coerente com o

que tinha feito, pois sua aparência estava mais cuidada. Continuou seu relato dizendo: **“Outro dia fui ao aniversário do neto da cunhada sábado passado.”**

Nessa fala de Marina, é interessante ressaltar que o neto da cunhada é seu sobrinho neto que ela insiste em negar algum parentesco. E, continuando, repetiu baixinho, quase inaudível e compassado: **“sábado passado, sábado passado”**, como se tivesse um prazer com essa repetição. Seria um retorno ao auto-erotismo infantil de que fala Freud (1911)?

Porém, sei que quando perguntei como foi, ela conseguiu dizer que havia aproveitado bastante. Foi necessário meu incentivo para que ela contasse como havia sido o aniversário e novamente ela se limitou a relatar o mínimo a respeito da festa e, desse modo, manteve-se em seu isolamento.

Outra paciente perguntou a idade da criança aniversariante e ela simplesmente respondeu: **“Quatro anos”**.

Depois bem baixinho, como se estivesse falando consigo mesma: **“Anteontem, domingo, passei o dia todo em casa”**. À medida que se sentiu ouvida por mim e pelo grupo, Marina começou a dar sinais de começar a fazer alguma aliança com esse grupo. Ela disse: **“É tão bom frequentar esse grupo, o grupo vai me aguentando. Aqui eu gosto de todos, são bons, todos gostam de mim e eu gosto deles também.”**

Essa fala de Marina mais que ensaiar uma aliança com o grupo disse da sua posição enquanto “um”. Com isso quero enfatizar que cada vivência é única, cada caso é um, e, esta unicidade é garantida dentro de um trabalho desenvolvido em um grupo.

Algum tempo depois, com a proximidade das festas natalinas, combinamos de fazer uma comemoração que passou por uma discussão sobre o que

entendiam por Natal e o que cada um contribuiria com a festa. Foi nesse dia que ela disse ser na **“Festa de natal o momento em que a gente sente aquele ano chegar, a gente fica assim super ética, fica naquela expectativa boa”**.

Então, conforme o combinado, cada um levou o que havia se proposto a levar para nossa comemoração. Eu levei alguns enfeites e deixei sobre a mesa para que eles a decorassem como preferissem. Passou um tempo e percebi que os enfeites continuavam ali, sobre a mesa, sem serem tocados.

Perguntei ao grupo se eles não iriam enfeitar a mesa, alguns responderam que não sabiam pois nunca haviam enfeitado uma mesa de natal, inclusive Marina. Tentei desafiá-los dizendo para que experimentassem, já que os enfeites e as frutas estavam sobre a mesa. Marina levantou, pegou um pequeno cacho de bananas e o colocou virado para cima em um canto da mesa e bem devagarzinho, e meio desajeitada, foi arranjando o festão e as pinhas sobre a mesa. Do ponto de vista estético ficou muito diferente do que meus olhos estão habituados a ver, mas isso não interessa. Mantive-me calada e pensei que minhas considerações estéticas deveriam ser colocadas à parte, pois eu estava diante da mais original forma de expressão da qual ela provavelmente nunca havia experimentado.

Por isso, foram aceitas as formas de expressão tal qual elas foram criadas e, a partir disso, o grupo ouviu novamente a história de Marina: **“Nasci no gelo, no gelo do Brasil (ou será brasil?), isto é, brasa gelada, verdadeiramente no gelo, quer dizer então, que a gente não sabe conversar.”** E quando questionei: **“Como assim?”**, a resposta vem categórica: **“O que eu falei tem lógica: eu nasci no gelo”**.

Em vão, tentei usar uma fala que pudesse buscar um pouco de sentido como **“sua mãe morreu no seu parto”** porque naquele momento ela só conseguia ouvir seu delírio e a certeza que emanava dele: **“Morreu, mas eu deixei essa mãe que morreu no meu parto, deixei...”**. Na sequência, perguntei se isso fazia com que ela se sentisse no gelo. Ao que ela prontamente respondeu que não, **“Fez sentir minha mãe, Genri Noruega, não é mais Clotilde (nome da mãe adotiva). A Noruega é tensa, aguenta a solidão de um dia... é uma história fina.”** Essas falas, muito impactantes, como a mãe morta deixada como um objeto tornado abjeto pela raiva sofrida por Marina ter sido abandonada por ela, me fizeram pensar que ela buscava esse objeto materno na mãe adotiva, mas também não conseguiu alcançá-lo. Essa forma ‘confusa’ que ela se apresenta em relação às mães parece colocar em xeque a posição freudiana em que a mãe é *“certíssima”* (Freud, 1909, p.220). Não há encontro com o objeto materno, nem com a mãe morta e nem com a adotiva. Menos ainda com a *má-drasta*.

Diante da fala de Marina, percebi que não se tratava de dar sentido, mas de por os significantes em trabalho. Ela fala de si como das pessoas que lhe são próximas de forma a atribuir uma nacionalidade que ela julga importante e parece estar articulada aos delírios. Freud (1895) já asseverava que os delirantes “amam seus delírios como amam a si mesmos” (p.257). A mãe adotiva é **Genri Noruega**, a madrasta é **Ana espanhola** e ela mesma nasceu no **gelo do atlântico**, diz ser **atlantiquina**, refere-se a um namorado que terminou com ela porque queria **portugar**. **Portugar?** Ora...ele era português, queria **portugar**. Assim, seu mundo parece ser povoado de construções neológicas como **Gelezia**, a cidade onde mora, **uma cidade de gelo**. Atenta aos significantes com os quais

Marina reconstrói sua origem, observei que eles falam de demarcações territoriais e geográficas significativas como quem busca um lugar no significante para se aninhar. Isso me faz pensar que ela lança mão desses significantes por não possuir os enunciados necessários para construir seu próprio relato histórico, assim recorre a países e mães como pontos de referência, não porque ela tenha perdido sua bússola, mas por que ela jamais a possuiu.

Retomando o grupo, propus, então, que falássemos de suas lembranças na tentativa de derreter o gelo. Mas, as lembranças, as lembranças onde estão? As da infância pareciam ter ido brincar de esconde-esconde, pois só trazia a recordação de ter ganhado um pianinho do Papai Noel. A partir dessa presença de resto mnêmico, tentei fazer um trabalho de reconstrução, entretanto não foi exitoso. Quanto a isso Freud (1937) ensina que o caminho que parte da construção do analista deveria terminar na recordação do paciente, mas nem sempre isso acontece. Marina parecia impedida de fazer uma amarração possível com os traços mnêmicos daquilo que foi percebido em sua história pregressa, de forma que tudo que foi visto, sentido, ouvido, permaneceu sem nenhum traço que a representasse. O que foi percebido pôde apenas ser experimentado, porém, sem a inscrição mnésica no inconsciente. Outra lembrança, trazida por Marina, se referia ao nome dos médicos que a trataram em sua internação no Juqueri, o que faz pensar num processo de endereçamento para com eles. No mais, parecia falar daquilo que consegue como se repetisse um refrão “**lá era bom**”, “**eu era bem tratada**” ao se referir à infância e ao tempo que morou no Juqueri.

Ainda que Marina não tenha conseguido sair do domínio trágico da representação de coisa e que suas lembranças padecessem de um enfraquecimento, entendi que ela deu alguns passos quando tentava buscar sua

origem. Nesse momento, considero que ela teve algum avanço na articulação de suas narrativas ao invés do simples “**sim, senhora**” e “**não, senhora**” que apresentava no início do tratamento. Nesse sentido, penso que o fato dela ter sido escutada e acolhida não só por mim, mas por todo o grupo, auxiliou muito nesse processo de melhora conforme é possível constatar em suas próprias palavras: “**É tão bom frequentar esse grupo, o grupo vai me aguentando. Aqui eu gosto de todos, são bons, todos gostam de mim eu gosto deles também**”. Outro aspecto que considero importante ocorreu na época das festas juninas deste ano em que a cunhada de Marina convidou o grupo para festejar em sua casa. Lá Marina pôde nos receber com um sorriso aberto e mostrar o quintal de sua casa e o pé de pimenta-do-reino. Acredito que isso possa de alguma forma ter ajudado a se sentir um pouco mais em casa, na própria casa. Até agora, no momento de escrita deste texto, este tem sido o seu, o nosso caminho. Talvez existam outros que possam abrir novas possibilidades. Essa é minha aposta...

6. 2 Martinho

Martinho é um rapaz de 28 anos, solteiro, tem olhos grandes e negros tais quais jabuticabas maduras. Tem sido atendido no serviço de saúde mental há aproximadamente um ano. Participa do grupo “Solta a língua” e também é tratado pelo psiquiatra da unidade. Procurou o serviço porque havia parado de tomar o medicamento antipsicótico e, naquele momento, apresentava alguns fenômenos elementares⁸ bem evidentes. Antes de sua primeira crise trabalhava no departamento de água do município, em uma vaga conseguida por meio de concurso público. Após ter terminado o segundo grau, também concluiu o curso técnico em operações. Durante seu primeiro episódio de esquizofrenia não conseguia realizar as tarefas propostas pelo serviço, o que antes lhe pareciam fáceis. Em casa, segundo relato da mãe, cultivava plantas mortas em pequenos vasos em seu quarto, com a crença de que elas iriam renascer. Diante da impossibilidade de continuar a trabalhar, foi afastado do serviço e, desde então, tem tido uma relação quase que exclusiva com a mãe, com quem reside juntamente com os demais familiares, em uma casa nas proximidades do ambulatório. Chegou ao serviço acompanhado da mãe e falava muito. Avaliada a necessidade de atendimento diário, eu o encaminhei ao CAPS onde foi atendido por alguns meses. Desde que foi reencaminhado ao serviço ambulatorial, se faz presente em sua fala, no grupo, assuntos relacionados à família e demonstra um

⁸ Segundo a psicopatologia se trata dos transtornos da associação, da afetividade, autismo e ambivalência comuns à esquizofrenia.

discurso excessivamente otimista, parecendo rejeitar o que não é perfeito no âmbito familiar.

Ao perceber sua necessidade de falar, coloquei-me numa postura de atenção àquilo que era trazido por ele, indicando estar à escuta do que dizia.

Ele, frente a isso, disse, em determinada ocasião:

Martinho: Eu tô aqui nesse tratamento com a dona Rosa, tá sendo bom. A gente então, pára, senta, reflete, a gente fica mais tolerante. Meu pai cortou uma perna, né? (inaudível) Então, eu tô me sentindo mais bonito. Lá em casa tá tudo bem, né?

Nesse momento, ao escutá-lo, percebi que algo muito precioso ali se delineava em sua fala. Ao fazer referência à minha pessoa pensei na possibilidade dele estar aceitando minha presença e começando um processo de endereçamento de sua fala para mim uma vez que lhe ofereci escuta no intuito de encontrar uma via de acesso ou contato com ele.

Ao ouvir o que dizia vi a possibilidade dele recontar sua história e, ao retomar essa conversa, me disse ter um irmão gêmeo e que gostaria de voltar a trabalhar, mas volta a falar do pai:

Martinho: Meu pai apesar de não ter uma perna, ele tem uma cara de normal, tem cadeira de roda, tem minha mãe também, sempre foi trabalhadora, ela faz doce mexe com doce, vende doce, bastante doce, ela quer que eu siga os passos dela, ser doceiro também. Se Deus quiser eu vou ajudar ela.

E continua:

Martinho: Às vezes, a gente tá com a vida melhor, né? Feixe Clair que tem tá indo bem, nossa... Sentindo bem com a gente, sentindo bem com os outros.

Aproveito para intervir e fazer perguntas:

Rosa: O que está indo bem?

Martinho: Lá em casa não tem ninguém doente mais, né? Só meu pai que está de aparelho, mas vamo que vamo. Sempre falar, sempre sorrir. Lá em casa tem seis pessoas na família, minhas irmãs trabalham. Uma trabalha no restaurante, a outra trabalha na padaria. Amigo a gente tem, então tá indo bem, né?

Estava clara a indicação do paciente quanto ao exagero em seu otimismo relacionado à sua família, por exemplo, em **“meu pai está de aparelho”** no lugar de dizer que o pai está na cadeira de rodas porque perdeu uma perna. Diante desta constatação, fiz nova intervenção dizendo que ele podia se permitir e ficar triste quando julgar necessário. Isto foi dito na tentativa de levá-lo a pensar um pouco em seu discurso otimista. Ao que parece, esta minha intervenção quase de nada adiantou. Ou seria minha crença em que água mole em palavra-pedra dura...?

Não foi desta vez que furou. Em outra sessão, quando perguntei como ele havia passado, ele repete a história de que **“está tudo bem”** dizendo que tem ajudado a mãe a fazer doce e tem comido bastante: **“Então quer dizer que está tudo bem. De qualquer maneira eu joguei futebol.”**

Dei ênfase ao assunto Futebol na tentativa de chamá-lo para outros assuntos, mas novamente vi minha tentativa frustrada diante de seu otimismo que fazia seu mundo maravilhoso: **“Meu time ganhou de um a zero, o placar quase**

virou, acho bom né? Eu levei uma bolada no nariz, diverti bastante, dei um monte de passe pra fazer gol, valeu viu. Tenho feito bastante esporte em casa, na rua. A coisa tá melhorando.”

Com ele “**está sempre tudo bem**” o que de certa forma dificulta trabalhar suas angústias. Entendo esse “**tudo**” como algo da ordem do absoluto, talvez a revelação de seu sentimento de onipotência. É como se usasse essa falsa alegria para obturar suas faltas ou será que se trata da crença onipotente do delírio onde não há espaço para dúvida? Ainda não sei. Mas, afinal, espero que esse meu não saber possa ter aberto espaço para que ele construa um saber sobre si.

Martinho ainda demonstra enredar-se numa tragédia marcada por passividade e otimismo que tentam disfarçar seu sofrimento. É como se não pudesse ou não conseguisse entrar em contato com suas angústias e segue seu discurso narrando o *jogo do contente*. Esse mundo maravilhoso criado por ele me faz pensar na construção de uma nova realidade, isenta de frustrações, uma vez que “o novo e imaginário mundo externo de uma psicose tenta colocar-se no lugar da realidade” (Freud, 1924[1923],p.209). Parece ter sido esta a maneira que ele encontrou de cerzir a trama / drama de sua vida que havia sido (inter) rompida.

Aquilo que para outras pessoas pode parecer uma experiência trágica diante da realidade de ter seu quarto em chamas, para Martinho, essa experiência foi de uma ordem que eu não saberia dar nome, pois no lugar de se lamentar pelas coisas que foram perdidas, ele simplesmente dizia, de modo neológico, que “**foi um renovo**”, já que ganhou muita roupa do pessoal da igreja. O termo “**renovo**” me fez pensar em renovação, uma vez que ganhara roupas novas, mas também poderia ser algo que tivesse sido renovado em si, de modo semelhante a uma fênix, embora nada disso tenha aparecido em sua fala. Pergunto onde teria

ficado o espaço do luto pelas suas coisas que foram devastadas pelo fogo? Só bem depois, quando eu já estava escrevendo este trabalho é que me dei conta que a resposta a essa pergunta habita em uma angústia que é só minha, pois ele é feliz em seu mundo maravilhoso.

Acredito que seja esse também o valor desse método de estudo de caso clínico. Nas palavras de Hoppe (2000) esse processo de “reconhecimento e ressignificação numa nova experiência acontece no tempo do inconsciente, e não é desvinculado do tempo pré - consciente e do consciente [...] também conhecido como a noção de *posteriori* ou *après coup*.” (p.58).

Otimismo religioso ou a religião de ser otimista faz parte de Martinho e vai muito além da simples negação da existência de coisas ruins. É uma crença; “**se eu falar coisas ruins, elas vão acontecer**”. Se a palavra se move no sentido do “mal”, então ela deve ser eliminada de seu repertório linguístico. Acredito que ninguém duvida da psicose que Martinho revela diante da linguagem ao propor que o mal sai pela boca. Não apenas pelo delírio experimentado, mas pela crença absoluta nele. Como exemplo disso foi a situação já citada em que ele acreditava que ao cultivar plantas mortas elas teriam vida novamente.

Também acredito que Martinho só pôde expressar sua singularidade no grupo porque se sentiu acolhido, sabia que havia alguém para ouvi-lo. De fato, participar do grupo permitiu e, ainda permite, a ele conversar com outras pessoas que não sejam exclusivamente as de sua família. Para ele, o espaço do grupo também tem se mostrado como ampliação de vínculos, quando diz que: “**No grupo as pessoas estão se esforçando para melhorar, é bom o momento que cada um fala, a amizade que a gente faz.**”

Além de conversar ele tem se relacionado com algumas pessoas desse grupo a partir da coleta de material reciclável. Certo dia, durante uma sessão, pediu às pessoas ali presentes que juntassem para ele materiais tais como vasilhames plásticos. Pegou o giz ,foi até o quadro-negro e escreveu: **garrafas de detergente, qui-boa, amaciante, shampoo, veja, latinhas de refrigerante, latinhas de cerveja** e todos esses itens foram seguidos da palavra “**vazia.**” O que me chamou atenção é que a partir de então alguns pacientes tem juntado o material para ele, que vai até suas casas para buscar esse material. Outro fato também interessante é que ele tem feito “contratos” com alguns botequeiros do bairro para juntarem latas de refrigerante e cerveja para ele. Isso tem-lhe rendido muito mais que alguns trocados, mas a possibilidade de estar novamente interagindo com as pessoas.

Neste momento, estou avaliando, juntamente com ele, a possibilidade de que ele frequente algum curso que seja de seu interesse entre os vários oferecidos por um equipamento social do bairro. Essa é, no entanto, uma escolha que caberá somente a ele, pois acredito que ele deva se responsabilizar por suas escolhas, caso contrário, eu estaria praticando a tutela. Se ele topar essa experiência será mais um meio para que possa aumentar as possibilidades de cuidar de si e por si. Ao considerar a questão da responsabilidade Rinaldi (2003) diz ser esta uma atitude clínica que diz respeito a uma importante contribuição para a constituição do sujeito, pois significa levar em conta que o sujeito se implique em sua queixa. Assim, ela complementa argumentando que o analista, agindo desse modo, se esquivava da posição de sabedor de todas as coisas para se colocar no lugar daquele que acompanha o psicótico na busca de uma solução para sua questão.

Se considerarmos o caso de Martinho dentro do contexto da política nacional de saúde mental, pode-se dizer que estamos produzindo seu caminho na reinserção social. No entanto, para a psicanálise, que inaugura outro conceito e que é o conceito de sujeito do inconsciente, ele é responsável por suas escolhas. Neste sentido, só nos damos conta da emergência desse sujeito do inconsciente na clínica se houver um profissional disposto para acolher o delírio e ser o destinatário do discurso na psicose. Acredito que neste caso, ainda que com todas as limitações impostas, ocupo esse lugar que chamo de oferta de escuta. E, enquanto ocupante desse lugar, faço uma grande torcida para que essa oferta possa servir como facilitadora de endereçamento solicitado pelo próprio sujeito, no caso, por Martinho e deste modo, possamos ter um encontro singular.

Essa singularidade, no tratamento da psicose, me permite ver cada caso como único, pois trata-se de um movimento do particular da clínica para o geral da teoria. Essa postura considera cada caso como *Um*, evitando assim a universalização do tratamento como “receita de bolo” e, por isso, pode se mostrar tão rica a cada universo explorado. Trata-se de uma clínica que se sustenta na transferência onde percalços encontrados lhe são pertinentes por enunciarem sua lógica no trabalho com psicóticos.

6. 3 Maria

Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria.

Milton Nascimento e Fernando Brant, *Maria, Maria*

Maria está no grupo “Solta a língua” há alguns meses, mas não é assídua. Frequentemente vai à fazenda, em companhia da mãe, onde o pai trabalha. Maria é uma moça bonita, bem cuidada. Traz claramente as características de vestimentas e cabelos ao modo evangélico, muito semelhante ao modo de sua mãe. Usa *talheur* e *scarpin*, o que a deixa com uma aparência de muito mais velha em seus trinta e dois anos.

É notável como a mãe se adianta a seus desejos e exerce-lhe, de certo modo, a função de porta-voz, embora também faça o papel de mãe extremamente zelosa, contribuindo para uma relação de fusão com Maria. A simbiose entre mãe e filha é tamanha que nem é possível saber sequer quem alimenta mais essa fusão. Neste ponto, é interessante observar que a mãe, por vezes, completa o que Maria fala, chegando a tomar a palavra que deveria ser de Maria para si. Isto faz com que Maria retome a palavra algumas vezes usando as da mãe, outras vezes, criando outras, numa luta desesperadora para encontrar suas próprias palavras, como no dia em que me procurou ao final da sessão de grupo, quando todos já haviam saído e me disse: **“Eu, no ponto de vista, tô comendo uma, comendo duas, comendo mais de uma força. Uma força tá dentro dela de poder dirigir, ter um veículo, eu achei importante. Apesar dos pesares, ela**

não tem culpa da diferença entre ela e o irmão dela. Então, assim, a gente aonde uma vai a outra está atrás. A gente pensa em conjunto e a gente faz em conjunto. Mesmo assim, a gente defendendo a ceia, a gente tem que habilitar a não comer demais.”

É assim, em seu jeito de contar, que vai dizendo aos poucos que está se sentindo gorda e tentando encontrar um fio de sentido para sua história de vida. Neste momento, eu me lembrei do que a mãe dela havia me dito: que Maria se olha no espelho e diz se perceber feia e gorda. Percebo que Maria também tem a vaidade que habita o universo feminino e por isso mesmo nota-se também a presença dos sentimentos de uma mulher que lembra o conflito tipicamente barroco: a dicotomia entre os apelos do corpo e os de elevação espiritual: **“A fase de comer demais já passou, agora estou me remodelando, passo creme no corpo pra fazer natação. Deus vai me perdoar por tudo que ainda não fiz”**. Ou terá sido uma tentativa de integração corporal?

Além disso, chamou minha atenção a quase ausência do pronome pessoal *eu* em suas argumentações. Onde deveria encontrar o pronome *eu* surgem os pronomes *ela* e *dela* que me faz lembrar algumas fórmulas empregadas pelo esquizofrênico Wolfson, na literatura deleuziana, tais como: o estudante de línguas, o jovem, ele, para referir a si mesmo. Maria parece apagar a diferença entre eu (1ª pessoa) e ela (3ª pessoa); parece se denominar como uma criança, na terceira pessoa.

Maria tem modos singulares de expressar a linguagem, é verdade. Mas nem por isso deixa de exprimir seus sentimentos de tristeza como foi o caso em um dia que se referiu ao seu irmão que lhe falara **“Uma palavra tão feia que eu não acreditei nele, ele disse que eu estava um vígula, que nem podia me ver**

mais. **Por outro lado eu pensei cada um tem seu jeito de ser. Eu tava pensando será que nunca eu vou evoluir?**” Nesse momento, durante o grupo, seu rosto perdeu o brilho e chorou copiosamente. Pedi para alguém buscar uma toalha de papel para ela enxugar o rosto e a incentivei a continuar a falar. Honestamente, não sei o que significa **“vírgula”**, mas percebi que Maria trazia um sentimento de menos valia. Aqui, interessou-me muito mais o paciente poder falar de seus sentimentos do que a forma de sua expressão. Então, perguntei a ela o que pensava a respeito do que seu irmão falou. Ela respondeu: **“Ah...se for necessário pouca água acaba virando mar.”** Para mim ficou a impressão de que ela falava do mar de lágrimas que acabara de verter pela tristeza sentida.

Essas expressões em que coloca no outro a responsabilidade por seu mal estar ou por sua tristeza são muito recorrentes nas falas de Maria. Mas percebo, como novidade, que ultimamente essas expressões têm vindo acompanhadas de um sentimento de frustração por não ter conseguido o crescimento pessoal esperado. **“Lembro quando minha mãe pegou um talão de cheques e eu pedi a ela se poderia me dar um dinheiro, ela falou que não podia. Eu fiquei triste. Parece que eu queria crescer depressa demais e tive que...”**

Nesse momento, ainda chorando, levantou a cabeça, fitou meus olhos e perguntou: **“O que você tem a dizer?”**

Diante da súbita pergunta de Maria dirigida a mim, eu disse que estava entendendo que entre outras coisas ela estava me falando da tristeza que sente e continuei a responder com outra pergunta: **“E você o que tem mais a dizer?”**

Ao que ela respondeu: **“Que as pessoas se importassem, arrependessem do que fez e que tudo bem da mesma forma”**. Reiterei que ali era o lugar para falar do que sentia, mas que seria interessante ela começar a

pensar que nem tudo que acontece com ela é de responsabilidade das outras pessoas.

Apesar de seu modo floreado e rebuscado de falar, Maria ia me dizendo, sessão após sessão, das coisas que sente e como as sente e eu também, a cada sessão, me propunha a ouvi-la.

Em outro dia, perguntei-lhe se ela estava indo à fazenda ultimamente e ela respondeu de forma muito curiosa: **“Tenho. Lá estão discutindo salsinha, cebolinha, coentro. Lá eu mexo com jardim, eu cuido do glossário, deu muita bromélia.”** Nessa fala, eu tive a certeza de estar ouvindo as tais palavras-coisas proferidas por Freud (1915) e coisas-palavras, em que a extensão de uma e outra é convulsionante.

Isto me fez pensar que ela cuida de sua linguagem de uma forma quase poética e completa: **“Uns pelos outros, estou melhor. Como estou dormindo num colchão melhor, se tiver que tomar banho de luz melhora. Fiz um bolo com glacê de pétalas de pêssego. Como se vê se sente. Tem gente que nasce pra pecar, tem gente que nasce pra viver mais.”** Quando eu digo quase poética é porque é comum na linguagem de alguns poetas da contemporaneidade utilizar a palavra-coisa como recurso poético. Entretanto, conforme Katz (2011) ressalta:

A loucura e literatura têm em comum o fato de serem contestações da produção social normativa, são bem distintas entre si, na medida do sofrimento e da improdutividade, dos jogos sociais e institucionais, de suas possibilidades tão diferenciadas de jogar e ganhar. (Katz, 2001, p.39)

Com essa citação não pretendo entrar no mérito das diferenças entre uma e outra, mas mostrar que onde uma serve aos fins da sublimação, a outra serve aos fins do sofrimento.

Talvez essa quase poesia observada nas palavras de Maria também possa nos dizer da linguagem como matéria prima do seu delírio e possa nos chamar atenção para outro estado de coisas onde parece tentar reconstruir seu mundo com palavras, dando formas e cores a elas, tornando-as rebuscadas.

A seu modo, diz da angústia que sente diante da percepção de si: **“Eu quero pedir sua ajuda nas ciências. Eu estudei matemática, eu sei matemática. Mas a ajuda que eu quero pedir é nas outras ciências. Eu não sei português. Eu não sei. Eu falo as pessoas não entendem. Eu não queria ser assim tão fora de mim. Será que tem jeito de você fazer alguma coisa que eles queriam que eu fizesse?”** Terá sido uma demanda?

Eu percebo que as alterações da linguagem em Maria são gritantes, mas ela tem conseguido falar de suas alegrias e de suas dores. Se existe algo que tem tido alguma mudança nesse acompanhamento de Maria é sua forma de se apresentar. Percebo que ela já não é simplesmente Maria, mas se apresenta hora como Maria das Dores e hora como Maria das Graças. O que me faz pensar, mesmo minimamente, que ela tem conseguido expressar seus sentimentos.

Recentemente, Maria precisou fazer alguns exames laboratoriais que incluíam o de sangue. Ela percorreu três laboratórios, mas não permitiu que lhe tirassem o sangue. Eu lhe perguntei por que ela não havia permitido e ela, num rompante, disse que não dá conta **“Porque isso não vem de Deus, dói muito”**.

Sua mãe estava aflita, e não sem razão, porque dependia do resultado dos exames para confirmar o diagnóstico médico de diabetes. Desta vez, os exames

foram agendados no laboratório da UAI onde o grupo se realiza e foi aí que ouvi o pedido de Maria para acompanhá-la até o laboratório. Apesar de ter clareza do meu movimento de contratransferência, resolvi aceitar o desafio porque naquele momento acreditava estar diante de uma demanda dela. Chegando ao laboratório, ela se comportou como alguém que estava com a disposição de colaborar. Ledo engano! Quando o rapaz se aproximou com a agulha ela começou a gritar dizendo que não. Eu me aproximei dela e disse que iria doer, sim, mas que ela seria capaz de suportar. Também não resolveu. Foi então que me vali da confiança dela para com minha pessoa e disse a ela que seria para o bem dela e expliquei o que seria feito com o sangue. Novamente, o rapaz se aproximou com a agulha e ... não conseguiu tirar o sangue de Maria. Resolvi repetir o discurso de que seria para o bem dela, mas novamente ela recuou. Fiz-lhe uma pergunta: **“Neste tempo que você e eu temos trabalhado juntas, eu já lhe disse alguma coisa para lhe prejudicar?”**. Ela respondeu que não e eu lhe disse: **“Então, confie, é para seu bem.”**, e, em seguida, ela esticou o braço e permitiu que lhe tirassem o sangue. Mágica? Claro que não. Muito longe disso. Inicialmente, pensei que se tratava de uma confiança que foi fundamentada na dialética da relação transferencial, pois se Maria pode falar ao longo desse tempo e eu pude ser sua ouvinte foi porque se criou um laço no qual a confiança foi estabelecida.

7 - DISCUSSÃO

*Eu quero uma casa no meio do mundo
Com gente chegando de todo lugar
A porta já era a janela já foi
Não tem frente nem fundo
Que a casa que eu quero no meio do
mundo
É pro mundo morar.*

Mário Lago e João Nogueira, *Casa no meio do mundo*

Neste momento, chego a um ponto decisivo de minha caminhada em que preciso pensar se o caminho da clínica que me propus expor pode ou não se entreabrir para o possível. Para isso, me guiei, até agora, pela narrativa e análise de três casos clínicos à luz da teoria psicanalítica, tomando por base a ideia de que caso clínico e teoria se encontram enquanto um método clínico potencialmente singular. Portanto, esse método veio acolher as questões que me levaram a desenvolver este trabalho sobre as buscas por possibilidades de cuidado de pacientes esquizofrênicos considerando a singularidade de sua linguagem. Durante esta discussão, seguirei a sequência das questões desenvolvidas ao longo deste trabalho, mas sempre deixando em aberto espaços para retomadas quando essas se fizerem necessárias.

Iniciei este trabalho com a apresentação da minha clínica que se estabelece sob a forma de um grupo de esquizofrênicos onde expus a interface de uma prática de saúde mental articulada com a psicanálise. Neste aspecto, essa prática visa atender às normas estabelecidas pela política de saúde mental; além disso, observa-se que os encontros do grupo passaram a ser referência

para esses pacientes e seus familiares e, também, que a inclusão desses familiares pôde facilitar o vínculo com os pacientes. Entendo que este grupo passou a ser um ponto de conversão, mas que a partir dele podem emergir outras articulações de iniciativa dos próprios pacientes e seus familiares, como por exemplo, o convite para que o encontro se realize na casa de um deles. Neste grupo observo muitas limitações quanto à coesão do mesmo e em alguns momentos era nítido que se tratava de um agrupamento de singularidades, só me restando escutá-las uma a uma. Nesse contexto, foi possível destacar cada caso em sua singularidade.

Nesse sentido, o método do estudo de caso, enquanto um dispositivo de pensar a escuta psicanalítica, me possibilitou operar a modalidade terapêutica de grupo e ao mesmo tempo evidenciar a clínica com cada um. Assim, cada um pôde ser pensado naquilo que sustentava enquanto diferença. Desse modo, parece ser possível considerar esse método, amparado pela escuta, como um instrumento de análise da *práxis* em um serviço de saúde mental que tem a pretensão de trabalhar o “soltar a língua” mirando na ética do bem dizer que tem lugar de importância na Psicanálise.

Mais à frente, neste texto, discorri sobre a representação como uma ferramenta para o homem conhecer a si, ao outro e ao mundo, inscrevendo-se como um processo inerente à ação humana e, por isso sempre estará presente onde o que for da ordem do humano também estiver. Entendo que enquanto humanos estamos fadados a representar e, Freud (1891) já sabia disso quando construiu o “aparelho de linguagem” a partir da noção de representação de palavra e representação de objeto. Ressaltei, então, que esse aparelho constituído por palavras e coisas é construído na relação com o outro e com o

mundo, o que sustenta o modo singular de cada um se representar. Essa lógica, entretanto, não vigora nos modos de representar nas esquizofrenias, pois estes sofrem um superinvestimento na representação de palavra conferindo às palavras uma “desorganização estrutural que as fazem parecer desprovidas de sentido” (Freud, 1915b, p.46). Teriam assim, afetados, os modos de sustentação da representação proposta pela teoria psicanalítica uma vez que esses se fundamentam na relevância dos laços com a linguagem, com o outro e com o mundo.

Diante disso, teríamos a destituição da viabilidade do esquizofrênico se representar e, por conseguinte, fazer laços com a palavra, dando-nos a impressão de não dizerem coisa com coisa. Se as formas de representar tomam forma de não representação na esquizofrenia, isto não impede, em princípio, a vigência de práticas clínicas que sustentem a escuta do psicótico. Atualmente contamos com vários pesquisadores que têm trabalhado nesse sentido. Essa contribuição tem oferecido um lugar onde a forte presença da psicanálise se faz notar por meio da categoria de escuta do inconsciente de indiscutível origem freudiana, uma vez que atenção flutuante e transferência lhe seriam pertinentes (Rinaldi, 2003).

Ressaltei que toda esta questão relacionada ao fracasso da representação no esquizofrênico parece indicar a forma singular de se estabelecer um vínculo de transferência. Por isto mesmo que aqui se fez presente a necessidade de trabalhar com as manobras na transferência como uma possibilidade da prática analítica com psicóticos. Esta se relaciona com a destituição do analista de ocupar o lugar de ser o único portador do saber, de onipotência e, ao mesmo tempo, trabalhar a sustentação da consistência da alteridade (Menéndez, 2007). Tem-se, assim, uma situação em que o analista precisa permitir ser convocado

por seus impasses e deixar se levar por um processo de parceria. Com base na ideia apresentada, é possível concluir que o campo transferencial passa a ser o espaço de abertura para o não representado que permitiria que as particularidades de cada sujeito possam advir.

Por se tratar de cada um é que escolhi três casos clínicos que foram apresentados por fragmentos, uma vez que a estrutura do estudo de caso tem por característica ser fragmentária, não sendo por isso afeita a qualquer totalidade. Entendo o caso como uma intenção do profissional demonstrar sua prática que é colocada a público. Para isso, considero importante apontar os elementos enunciativos a fim de garantir a particularidade deste modelo vinculado à escuta psicanalítica.

Diante disso, retomei minha posição de que o tratamento da esquizofrenia não se faz em série, a palavra não escutada pode levar ao isolamento e, se pensarmos em casos de internação em hospitais psiquiátricos como prática ainda existente nos dias atuais, pode-se observar que a segregação ainda faz-se presente, onde se vê apenas a terapia medicamentosa. Isto não quer dizer que a psiquiatria deva ser excluída de nossa parceria nessa empreitada de acolhimento, mas outras formas de tratamento deveriam ser acrescentadas à utilização exclusiva de medicamentos. Rinaldi (2001) chama a atenção para o fato de que a segregação pode levar a uma doença denominada doença institucional a qual se superpõe ao transtorno inicial, deformando-o, fixando-o de uma forma anormal. Este é o caso de Marina que, como já mencionei, ficou internada por vários anos e, por conseguinte, teve sua palavra sequestrada e a memória esfumaçada pela doença e pela institucionalização. Ela é um exemplo vivo do que era o tratamento

da loucura antes da Reforma Psiquiátrica no Brasil⁹. Pode-se afirmar que Marina teve sua vida marcada pelo abandono desde seu nascimento até à falta de investimento que se evidenciava no prognóstico do profissional que a encaminhou ao nosso serviço. Assim, passou a vida submersa no silêncio do abandono. Ou teria sido no abandono do silêncio? Talvez tenha sido o silêncio causado pelo abandono a marca mais profunda desse caso, o que mais me chamou a atenção. No início era muito difícil estar com alguém tão desinvestida da palavra e aceitar essa condição como se fosse imutável.

Ao assumir meu desejo em atendê-la, me propus a enfrentar minha dificuldade que era suportar essa desvinculação com a vida tão presente em Marina. Marina e eu iniciamos, assim, um trabalho marcado por uma expectativa em que se denotava minha insistência para que ela falasse, ainda que sua fala fosse escassa e trouxesse o som do desamparo amortizado pelo vazio do silêncio.

Diante disso, me coloquei na posição de que a transferência dificilmente pode ser pensada sem o desejo do analista. Nas palavras de Meyer (2006), trata-se de um desejo que nada tem de pessoal ou de vontade subjetiva do analista. Na verdade, é pensado aqui como “uma função essencial viabilizadora de um possível trabalho psíquico e isso se relaciona com o lugar que o analista ocupa na relação analítica” (p.76)

Friso a importância de se discutir a função do desejo do analista na medida em que este se encontra com a transferência, salientando que enquanto função, o

⁹ Movimento político-social que combina clínica e política cuja proposta é “substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em serviços diversificados e comunitários, e seu alcance em termos do laço social” (Tenório, 2002,p.26). Tem apreço pela escuta e discussão com os pacientes. Visa incidir contra os efeitos de normatização , controle e sua marca distintiva é o reclame da cidadania do louco.

desejo do analista, como já abordei, possui íntima relação com a possibilidade do discurso delirante e a transferência está ligada a uma condição de aposta por parte daquele (Meyer, 2006). Esta deve ser a condição para o analista que queira desenvolver um trabalho guiado pela transferência, ainda que seja no serviço público e, esta aposta já estava presente desde o princípio em meu trabalho com Marina.

Figueiredo (1997), ao abordar a questão do que pode fazer o analista no contexto institucional a partir do específico de sua posição, refere-se à necessidade de conviver com os atravessamentos da política pública e ainda assim, manter sua especificidade. Para isso, a autora coloca que este profissional deve “ter a clareza de seus propósitos, de seu *métier*, de seu ofício” (p.168). Essa posição, acredito, é conquistada não só por meio de livros ou da escola, mas pela clínica orientada pela própria trajetória de analisando a analista com avanços e recuos e no seu próprio tempo de elaboração. Em minha prática, tento acolher as demandas e encaminhamentos sem perder a especificidade, mas não tem sido fácil. Pois, o jogo da política institucional conta com inúmeras variáveis das quais não se tem o menor controle. Entretanto, mantive-me em meu campo de ação ainda que tenha, muitas vezes, realizado essa clínica de maneira solitária, o que, segundo Figueiredo (1997), não é desejável no serviço público. Mas foi assim que me foi possível lidar com os sintomas e, de modo particular, com os de Marina mesmo sabendo que “eles são portadores de uma certa verdade não sabida” (p.169). Foi preciso aprender a conviver com os sintomas dela num tempo de espera.

A partir disso, me pergunto o que se pode extrair desse caso? Não me sinto à vontade para dizer que houve uma transferência elaborada, mas houve

uma ligação do tipo: **“Eu fiz uma inução que a senhora foi buscar recurso para mim”** e que remete-me ao critério de cura psicanalítica.

Venho me perguntando a respeito da definição de cura nestes casos atendidos no ambulatório público, principalmente o de Marina, que por se tratar de um caso crônico pode levar a pensar que não existe cura. Se pensarmos em cura em termos médicos, de retorno a um estado anterior, não há mesmo. Contudo, se pensarmos em cura psicanalítica enquanto cuidado, sobretudo se levarmos em consideração os três sentidos tomados por Herrmann (1997) que são “o de tratar, o de cuidar, o de alcançar um ponto razoável de completude” (p.195), é possível perceber que houve sim uma cura. Esta se deu principalmente no seu modo de cuidar do próprio corpo. Passou a usar roupas limpas, tomar banho com mais frequência, fazer as unhas dos pés, esmaltando-as de vermelho, e, de algum modo, começou a se expressar mais verbalmente. Acredito que Marina também se beneficiou com o efeito de se estar em grupo, quando diz: **“É tão bom frequentar esse grupo, o grupo vai me aguentando. Aqui eu gosto de todos, são bons, todos gostam de mim eu gosto deles também”**. Ou ainda, quando, ao receber o grupo em sua casa, pôde expressar o sentimento de alguém que fosse dona daquele lugar ao dizer em polidos modos: **“Sejam bem-vindos!”**

Acredito que a insistência, de minha parte, nesse caso, pôde de certa forma possibilitar uma abertura para que Marina falasse. Estava sempre lá, naquele espaço, sustentando a aposta de que ela não era só silêncio e que algo poderia emergir em algum momento. Deste modo, minha presença e o lugar de analista insistente que ocupo pôde trazer alguma modificação em Marina em relação à sua vida. Minha aposta em sua fala de alguma forma se efetivou na

medida em que sua voz foi valorizada sem, no entanto, querer adaptá-la ao padrão de meu discurso.

Com Marina, tenho aprendido que escutar está para além de ouvir uma série de palavras que enunciam alguma coisa; trata-se de acompanhar essa caminhada aceitando o modo dela se expressar pelo delírio. Talvez não seja muito, mas uma tentativa de tornar possível que seu dizer se torne menos petrificado, permitir que algo seja dito pela primeira vez. De qualquer forma, pareceu-me uma experiência que pôde produzir mobilidade psíquica.

O segundo caso clínico foi sobre Martinho e chamou-me a atenção a forma com que as coisas, para ele, estavam sempre bem. Esse modo de ver a vida parece muito com o da mãe dele que se colocava de modo a entender a condição dele como normal, numa postura de que estava tudo bem. Em nosso primeiro encontro, ela tratava a situação com tal leveza que parecia que nada de diferente ou grave estivesse acontecendo com seu filho em franco surto esquizofrênico. Torna-se interessante lembrar que só procuraram o serviço quando Martinho já apresentava sinais e sintomas da doença de forma proeminente. Isso me faz pensar na dificuldade que esta família teve em aceitar a doença, mas em todo caso, procurou o serviço de saúde mental. Meyer (2006) chama a atenção para esse ponto relacionado à procura pelo serviço de saúde mental: “Na clínica da psicose, observamos que a demanda de tratamento não parte, na maioria das vezes, do sujeito e sim do outro (semelhante)” (p.11). Neste caso, o paciente foi levado por sua mãe ao ambulatório onde sua entrada ao serviço se deu via acolhimento.

É importante esclarecer aqui o que significa a modalidade de acolhimento no serviço de saúde mental. O acolhimento é a primeira forma de atendimento

aos pacientes que chegam à unidade via encaminhamento ou demanda espontânea. Trata-se de um processo de entrevista que pode prolongar-se por mais de um encontro, dependendo da necessidade de cada caso. Ao final desse processo, é decidido se o caso permanece na unidade ou se é encaminhado para outra instância. Ainda é importante ressaltar que o acolhimento encontra-se inserido entre os “novos cuidados” (Rinaldi, 2000) preconizados pela Reforma Psiquiátrica.

Nesse segundo caso apresentado, por tratar-se de um franco surto esquizofrênico, optei por encaminhá-lo ao CAPS e só depois de alguns meses de trabalho intensivo é que ele foi reencaminhado à unidade integrada. Assim, quando retornou foi encaminhado para o grupo “solta a língua” para que pudesse falar sobre seu sofrimento psíquico e também ouvir os outros. Apesar de estar num momento de maior estabilização que o inicial, optei por dar continuidade ao tratamento considerando a presença da mãe em alguns momentos, pois em se tratando de cura (cuidado) psicanalítica, o trabalho com as famílias dos pacientes torna-se inerente ao processo (Herrmann, 1997; Meyer 2006).

Neste ponto, é importante retomar como se deu a minha entrada nesse trabalho, junto a Martinho e sua mãe, pois foi ela quem o levou ao ambulatório.

Naquele dia eu era a responsável pelo acolhimento e, assim que ela expôs a questão, fiquei com a sensação de que haveria muito por construir junto a eles, pois era nítida a desinformação sobre o estado dele. Ao informar sobre o diagnóstico e as formas de tratamento, ela se mostrou surpresa, o que me levou a pensar que ela ignorou a informação dada pelos profissionais do CAPS a respeito do diagnóstico do filho. Em seguida, com um largo sorriso, disse-me que tudo iria ficar bem. Nesse momento, já se delineava o modo como fui colocada na

transferência nesse trabalho: como mensageira de algo incomodo do qual eles não queriam tomar conhecimento para que tudo continuasse bem. Curiosamente, certo dia, o medicamento de Martinho acabou e foi o cunhado dele quem esteve lá no ambulatório para buscar a receita. Quando perguntei-lhe a respeito do paciente a resposta veio categórica: “Ele está muito bem, está ótimo”. Isto me fez pensar que “estar bem” parece fazer parte da “filosofia” dessa família e, é claro, da de Martinho também. A sua ausência de sofrimento me incomodava, pois talvez tenha sido por isso que me propus a aceitar essa situação como condição de aprendizado para levar o caso em frente. Diante disso, restou-me lançar mão de certa delicadeza para não romper os vínculos ainda incipientes, pois esta é uma clínica que é cheia de surpresas e exige paciência e criatividade. Diante de tais características, Meyer (2006) refere-se ao fato de que estamos diante de um novo aprendizado e que a psicose nos ensina a pensar novas formas de construir esse trabalho. Neste ponto, coloco-me em consonância com o lugar de aprendizes que segundo essa autora nos é importante por abrir caminhos que propiciam abertura para intervenções clínicas guiadas pelo sujeito que nos mostra o que ele pode ou não suportar (Meyer, 2011).

Com o passar do tempo e com o avançar do tratamento no grupo “Solta a língua”, pude observar que Martinho tinha sua linguagem praticamente isenta de transformações radicais; percebi, também, o uso de poucos neologismos em sua fala, que se dá dentro dos limites dos códigos compartilhados entre os falantes. Contudo, não é possível afirmar que há coerência em seu discurso, pois ela parece se romper por meio de sua convicção, de sua fé cega em seu mundo maravilhoso. Estou falando de seu delírio que, pode-se dizer, é também uma forma de linguagem ‘estabilizada’.

Miguel (2011) afirma que “o delírio não deixa de ser um ato de fala” (p.165) uma vez que tem o valor de uma fala destinada a expressar uma crença patológica sobre si mesmo e sobre o mundo de uma forma “inamovível” (*Ibid*).

Então, se Martinho fala por meio de seu delírio e com ele busca recuperar os laços perdidos, tal como propõe Freud, pode-se pensar que com sua reconstrução delirante de mundo, ele tenta reatar esses laços. Essa hipótese de laço com o outro parece se confirmar na seguinte fala de Martinho: **“Eu tô aqui nesse tratamento com a dona Rosa, tá sendo bom. A gente então, pára, senta, reflete, a gente fica mais tolerante...”**

Percebo a ocorrência do delírio como meio de recuperar laços perdidos como paradoxal, pois se de um lado está o delírio, de outro, está um endereçamento, ainda que incipiente. Esse estado de coisas me leva a perguntar se estaria diante de um processo de transferência. Talvez fosse mais sensato dizer que estou num campo onde a transferência possa ocorrer a partir da abertura de um caminho que instaura um espaço para a representação como um espaço de “metabolização” (Macedo, Werlang & Dockhorn, 2008, p.79) para auxiliar o paciente a construir recursos para se expressar e tentar alguma ligação com o outro.

No caso de Martinho, em diversos momentos, foi possível tomar sua fala como condição de recontar sua história, mas ao mesmo tempo como um delinear de endereçamento. Haja vista a fala em que ele se refere ao tratamento com a profissional como sendo bom e daí passa a dizer sobre seu irmão e seu pai. O fato é que ao poder dizer da sua história por meio de trivialidades, ainda que recheadas de delírio, abre a possibilidade de recuperar aquilo que havia sido expulso e que até então só tinha vez no sintoma. Ao perceber que ele é tragado

pelo delírio de “**tudo estar sempre bem**” passei, então, a ocupar um lugar de testemunha que reconhece um drama em que o paciente tem necessidade de compartilhar com alguém que possa escutá-lo, pois parece ser aí que seu desejo clama por encontrar uma palavra.

Desse modo, estou de acordo com expressão “secretários do alienado” usada por Lacan (2002, p.233) para assinalar essa posição do analista frente ao psicótico. O autor, com essa posição, orienta a “tomar ao pé da letra” o que o psicótico nos fala, em uma crítica ao uso da fala dos psicóticos para mera classificação psiquiátrica e atribuição de sentido. Isso significa dizer que o analista deve escutar o psicótico de forma silenciosa, de modo a aceitar o que é expresso pelo delírio sem se preocupar com o sentido. Nessa lógica, escutei Martinho contar ao grupo que seu pai havia morrido e pela primeira vez conseguiu dizer que estava triste. Atualmente, faz da coleta de materiais recicláveis um meio para obter algum dinheiro que, segundo sua mãe, tem servido para contribuir com o orçamento familiar.

Com relação ao caso de Martinho não resta dúvidas que foi afetado pela sustentação dessa prática clínica que possibilitou uma tímida torção em seu discurso no sentido de buscar um laço com o outro, pois no princípio do tratamento seu discurso parecia atrelado a um lugar onde não conseguia fazer-se existir fora dos seus sintomas. Isso coloca o que venho propondo em harmonia com a visão de Meyer (2006) a respeito da clínica da psicose: “O trabalho clínico com a psicose, deve caminhar na direção de acolher ou até produzir um possível endereçamento, criando condições para que o sujeito, que muitas vezes parece não estar lá, possa encontrar um espaço de existência.” (p.53)

Quero deixar claro que a promoção do lugar de escuta pôde sustentar outro olhar de Martinho para si mesmo, abrindo possibilidades, pelas intervenções feitas, para que ele pudesse estabelecer outros vínculos para além do espaço familiar. Assim, pode-se inferir que essa escuta pôde colaborar para a mudança na condição psíquica e social desse sujeito.

Retomando a ideia de transferência, percebo que minha atuação, sempre que consegui sustentar a posição de Martinho como alguém que é capaz de buscar em si recursos que possam melhorar sua condição de vida, pode-se situar na posição de cada um e também fazer interface com a visão de construção da cidadania preconizada pelo trabalho da saúde mental. Considero que na medida em que ele tem sido capaz de ter um papel social e ainda gerar alguma renda que possibilite seu lugar de contribuinte com o orçamento familiar, ele se encontra a caminho da recuperação de sua autonomia. Deste modo, tem-se a unicidade do caso enquanto uma forma de enlace aplicado à saúde mental que pôde sustentar a Martinho a criação de outros laços. Nesse sentido, foi necessário estar atenta ao seu movimento de encontrar sua própria solução, seguindo o caminho que ele mesmo indicou. Dessa maneira, acredito que foi importante respeitar a sua escolha pela coleta de recicláveis ao invés de me impor quanto à realização de algum curso oferecido por um equipamento social do bairro, respeitando sua demanda sem impor a minha. Até porque deixou seu querer de forma clara ao escrever o nome dos descartáveis, no quadro negro.

Rinaldi (2003) adverte que em relação à recuperação de autonomia proposta como objetivo da saúde mental em seu projeto de construção de cidadania está implicada a responsabilização do sujeito por sua própria vida. Entretanto, no caso da psicose, essa proposta pode se esbarrar em algumas

dificuldades relacionadas à possibilidade de cada sujeito dar resposta a essa demanda e que pode ser mais do técnico imbuído dos ideais da reforma do que do sujeito em questão (*Ibid*). Nesse caso, acredito que minha posição de me deixar guiar pela escolha de Martinho, que tem implícito seu saber sobre si, me colocou numa posição transferencial guiada pela ética da psicanálise no trato com as psicoses.

Outro ponto importante para seguir o curso da análise desse trabalho, com esse paciente, é a distinção entre a noção de sujeito e a noção de cidadania. Esta última tem como uma de suas características a ideia de reabilitação psicossocial, de direitos e deveres preconizados pela Reforma Psiquiátrica. Enquanto que aquele diz respeito à clínica psicanalítica, sujeito não da vontade, mas do inconsciente, que é responsável por suas escolhas e sua inserção no mundo (Rinaldi, 2003).

Na visão de Rinaldi (2003) há um atravessamento da noção de cidadania sobre a de sujeito de onde deriva a dicotomia clínica e política. A autora considera relevante essa discussão, uma vez que a clínica da saúde mental nos convida, a todo o momento, a participar de uma prática direcionada a inserção social dos sujeitos atendidos. Para ela, a heterogeneidade entre os campos do sujeito do inconsciente e da cidadania não implica em oposição entre eles e que o resultado seja a eliminação de um em favor de outro. Essa ideia remete ao que o próprio Freud (1921, p.81) afirmou a respeito da articulação entre individual e social:

Algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente, de maneira que desde o começo a psicologia individual, nesse sentido mais ampliado mas inteiramente justificável das palavras, é, ao mesmo tempo, também psicologia social.

No caso de Martinho, entrevi como foi possível a construção de sua interação social a partir de sua escolha. O fato de vê-lo nas ruas do bairro a empurrar seu carrinho de materiais recicláveis causava sensações de não conseguir extrair dele o que ele tem de melhor, pois além do segundo grau, ele tem uma capacitação técnica e, ali ele fazia um trabalho que qualquer pessoa com uma instrução escolar menor que a dele poderia fazer. No entanto, percebo que esses valores eram meus e a escolha dele já estava feita. Afinal, ele tem se sentido mais importante para sua família, quando ao final de cada dia leva pão e leite para casa.

Ao longo da construção desse caso, ficou claro meu incômodo diante da passividade e despojamento de Martinho. Esse incômodo, de certa forma denunciou que não poderia permanecer numa lógica de transferência das neuroses. No entanto, isso não me impediu de respeitar a escolha feita por ele, posicionando-me na transferência no lugar de “secretários do alienado” (Lacan, 2002). Como se pôde também perceber foi possível encontrar um lugar mesmo que seu endereçamento tenha sido de forma paradoxal.

Quanto ao terceiro caso, o de Maria, é possível dizer que, em um primeiro momento, fui tomada por seu discurso enquanto a palavra como coisa proferida por Freud (1915). Percebo que esse processo colocava-me numa posição de busca por sentido diante de sua expressão de dores e alegrias por meio da palavra coisa. Era angustiante ouvir a palavra coisa e coisa palavra que muitas vezes se impunham num ritmo convulsionante a lhe assombrar o tempo todo. Com Maria, compreendo que a psicose se encena no campo da linguagem vinte e quatro horas por dia. Seria surreal se não fosse trágico.

Interessante constatar, agora, que foi em um tempo bem depois que passei a me importar mais com a forma como Maria usa para “inventar” a sua relação com o significante do que com o sentido que emanava de suas palavras. Ainda assim, em vários momentos, caí na armadilha de buscar um sentido em sua fala. Colocar-me numa posição facilitadora da transferência não foi uma tarefa fácil e exigiu repensar um novo modo de apreender sua fala.

Então, optei, em termos teóricos, por complementar a linha de pensamento freudiana com contribuições provindas da escola lacaniana onde se considera que nas psicoses há uma relação particular do sujeito com o significante. Lacan (2002) afirmava que nas psicoses estamos diante de “certa virada na relação com a linguagem” (p.237). Assim sendo, a psicanálise legitima o discurso delirante como discurso do inconsciente por considerá-lo amarrado ao significante em sentido literal (Meyer, 2006). Entendo essa lógica em Maria em quem a psicose se impõe no campo da linguagem o tempo todo. Impressionou-me, sobretudo, o fato de Maria estrangeirar a língua como uma tentativa de autocura em que o aberrante, o estúrdio e o disparatado coincidem com uma forma possível de ligação com o outro e com a vida.

Seguindo essa lógica, Lacan (2002) afirma que a fala do esquizofrênico se mostra “não significativa, mas significante” (p.215). Afinal, Maria não consegue entrar naquilo que se chama de processo de simbolização e por isso, segue “chicoteada pelo significante” (Meyer 2011, p.27). É neste ponto que este trabalho se fez importante, pois foi aí que se ancoraram possibilidades de se sustentar a condição dela de ser habitada pela linguagem, por meio de um trabalho de escuta.

Meyer (2006) se harmoniza com o ponto de vista de Lacan quando se refere ao fato de que a escuta do psicótico não é qualquer escuta e que por isso não deve estar submetida às questões do sentido, que poderia incorrer em prática moral educativa. Portanto, a escuta deve estar aberta para a articulação significante e inconsciente de modo que se estabeleça uma possibilidade em que o paciente possa vir a produzir uma condição de se apropriar e apoderar de ser sujeito.

É importante ressaltar que ao falar de possibilidades de sustentação da condição do esquizofrênico ser habitado pela linguagem, estou partindo de uma forma de cuidado e tratamento em Psicanálise. Porém, para que um esquizofrênico chegue a um tratamento, como já mencionei anteriormente, quase sempre é levado por um familiar ou por um encaminhamento institucional. Esta situação remete ao que chamamos, nos serviços de saúde mental, de demanda de tratamento, que nas esquizofrenias torna-se dificultada por conta da condição de rompimento com o mundo, dos pacientes. Considerando-se essa ocorrência em Maria, reafirmo minha crença em que o acolhimento de sua fala passou a constituir o primeiro passo para a construção de meios de endereçamento para com a profissional. No sentido das palavras de Figueiredo (2007), uma análise só se dá por meio da transferência e para isso torna-se necessário fazer a oferta e esperar.

Essa oferta foi o que se operou a todo o tempo com Maria e é possível afirmar que sua fala, mesmo sendo remetida ao deslizamento significante a todo o tempo, era proferida e ouvida. E, foi assim que pude aproveitar o endereçamento possível na busca da construção do seu modo de viver, estar no mundo e existir. Por muitas vezes, não consegui apreender o que ela falava, nos grupos, mas

mantive-me com a escuta aberta. Essa conduta colocou-me em harmonia com o pensamento de Figueiredo (2007) de que: “Não é preciso compreender, basta ficar atento ao encadeamento da fala, localizando a demanda para operar através dela” (p.169). Foi preciso saber suportar que eu não conhecia e não compreendia aquilo que ela dizia e, ainda assim, era preciso manter uma abertura em minha escuta para conseguir manejar a linguagem com a qual Maria se apresentava.

Neste ponto, concordo com a posição defendida por Figueiredo (2007) na qual o analista deve renunciar a se mostrar como aquele que sabe sobre o outro mais do que este sabe sobre si. Em outras palavras, evitar ser o “sabido” (p.169) e suportar o fato de não saber tudo diante dos sintomas. Essa postura guarda de certo modo uma equivalência com a de “saber não saber” por parte do psicanalista que coloca seu saber em reserva para acolher o saber de quem lhe endereça a fala. Assim, é possível sustentar que esse lugar de não saber, por ser esvaziado, pode viabilizar a construção de um lugar de existência possível para o sujeito psicótico por meio do acolhimento da demanda, que nem sempre é explícita, conforme Meyer (2006).

Maria, de fato, tem se movimentado na direção de uma existência possível quando busca saídas embasadas na luta diária com suas palavras. Como foi exposto, ela é invadida pela palavra coisa a todo o tempo parecendo ser dominada pela linguagem de forma avassaladora. Assim, por vezes, assistí sua impossibilidade de fazer discorrer o fluxo significante sem se perder nele. Neste ponto, me aproximo de Figueiredo (1997) quando ela se refere à representação de coisa: “Quanto à representação de coisa que se dá tipicamente na psicose, o significante coisificado não remete a outro, estancando a possibilidade de significação, ou então, desliza sem cessar.” (p.131)

Migueluez (2011), em sua tese de doutoramento sobre a linguagem nas esquizofrenias, sustenta que uma das formas as quais Lacan pensou a linguagem foi introduzindo o termo *Outro*. Segundo o autor, esse termo é diferente de *outro* enquanto semelhante e teve várias determinações na obra lacaniana. Migueluez (2011) refere-se ao que melhor se aplica neste caso e que é o *Outro* enquanto lugar de constituição da palavra. Se pensarmos em Maria, seguindo essa lógica, teremos que ela se encontra excluída nele, até por que “essa exclusão do *Outro* na psicose é reiteradamente afirmada por Lacan.” (Migueluez, 2011, p.144)

Maria parece estar numa relação em que se encontra a mercê deste *Outro*, o que de certa forma a coloca numa posição fora do processo de simbolização, sem apresentar condições de habitar a linguagem. Meyer (2011) chama a atenção para o fato de que será pela via do trabalho clínico que essas condições serão propiciadas. Por conseguinte, tem sido em nossos encontros que Maria esboça um endereçamento na relação transferencial. Como no dia em que ela me fez um pedido que o transcrevo, na sequência, de forma literal. Aliás, é bom lembrar que a literalidade, como já mencionado, é um dos princípios do estudo de caso: **“Eu quero pedir sua ajuda nas ciências. Eu estudei matemática, eu sei matemática. Mas a ajuda que eu quero pedir é nas outras ciências. Eu não sei português. Eu não sei. Eu falo as pessoas não entendem. Eu não queria ser assim tão fora de mim. Será que tem jeito de você fazer alguma coisa que eles queriam que eu fizesse?”** Acredito que este pedido só foi possível porque a relação transferencial pôde viabilizar a construção dessa fala que sustentou a sua manifestação e, para chegar até aqui, foi preciso fazer um trabalho a cada encontro no sentido de propiciar abertura para possíveis articulações. Assim, Guimarães Rosa (2009), “fabuloso fabulista”, ao mostrar um

sertão mítico e exilado da linguagem aborda a fala que vem do *Outro*: “Amigo, vamos abrir o A?” (p.157) ou ainda: “Passou-me um elefante pelo pensamento” (p.159). Mas, em Guimarães Rosa é uma linguagem poética criada como recurso literário com propósitos e fins diferentes da fala invadida pelo *Outro* nas psicoses.

Neste ponto, é importante relatar que no acompanhamento de Maria, atualmente, tem sido possível realizar um trabalho de inclusão social nas tentativas de reinserí-la ao coral da igreja que frequenta. Esta tentativa tem se efetivado desde que Maria manifestou o desejo de cantar nesse coral e, algumas vezes, tem entoado os cânticos durante o grupo. Sua voz é bonita, forte e afinada, porém, às vezes, se perde e repete a letra ou a esquece. Mas, consegue realizar seu canto sem repetições se acompanha letra da música.

Nesses encontros, com os três pacientes com os quais trabalhei, nesta pesquisa, me deparei com uma forma diferente de fazer Psicanálise, pois estava diante do desafio do manejo da transferência na esquizofrenia e me perguntava que lugar ocupar. Diante de tal questionamento, trago novamente a ideia de que é o desejo do analista que determina sua função. Assim, a resposta parecia vir daquilo que era fruto do acolhimento da fala de cada um: da possibilidade de abertura para a transferência. Com essa afirmação instituí, durante o trabalho com o grupo “Solta a língua”, o valor fundamental desse primeiro passo para a ocorrência da transferência que aqui ficou marcada pela insistência (desejo) da analista em fazer os pacientes falarem. Dessa maneira, a transferência atuou de forma singular para cada sujeito, fazendo com que cada um respondesse também de forma singular a ela. Se as relações transferenciais, nas esquizofrenias, tomam formas paradoxais, maciças e variam em cada caso, isto não foi um impedimento para escutar o delírio como uma expressão subjetiva na perspectiva

da (re) construção da história de cada um. Assim, coloquei-me diante de um método que considera cada caso sendo o único, o que fez as diferenças surgirem para cada sujeito. É importante ressaltar que esse método foi fundamental para efetivar uma clínica que traz em seu bojo a riqueza da não generalização.

Na condição de profissional de saúde mental, implicada com a Psicanálise, coloquei-me disponível ao acolhimento da diferença, o que possibilitou a abertura para o discurso desses pacientes. Acredito que o acolhimento de cada caso tem sido a marca dessa clínica que se propõe a ouvir o discurso do esquizofrênico em toda sua singularidade. Só assim, me foi possível ouvir cada um soltar a língua a seu modo, guiando minha escuta pela ética da psicanálise cuja prática se revela pelo esvaziamento do saber do analista e que rendeu um exercício, de minha parte e de forma permanente, de aceitação das diferenças de cada um desses pacientes.

Se cheguei até aqui foi por ter partido do princípio de que escutar o que o paciente nos fala é o ponto central no tratamento das psicoses. Melhor dizendo, saber escutar aquilo que se manifesta na relação do esquizofrênico com o significante. Para isso, permaneci no lugar de acolhimento, esvaziamento de saber e de testemunho do psicótico. Mais que isso, foi preciso sustentar uma aposta que algo pudesse vir a se articular em cada fala.

Sabe-se que o Ministério da Saúde tem incentivado a implementação de serviços que se destinam a pessoas comprometidas psiquicamente e dentre esses está o ambulatório de saúde mental como parte efetivamente integrante da rede de cuidados em Saúde Mental¹⁰. Neste âmbito, observo o incentivo de uma

¹⁰ Conforme Portaria nº. 1.455/GM, em 31 de julho de 2003 (Brasil. Ministério da saúde, 2004).

prática voltada para o resgate da cidadania. O que, a meu ver, é de suma importância. No entanto, seria de igual magnitude a promoção de ações em favor da clínica do sujeito calcada no binômio fala e escuta. Não estou com isso, colocando uma em detrimento da outra, mas apontando para a importância da co-existência.

Nesse campo de ação, se encontram lado a lado duas noções de clínica: uma que inclui a ideia de inserção social com foco no restabelecimento dos laços do sujeito com o mundo; e, a outra, a clínica psicanalítica que prioriza o sujeito, colocando-o como responsável por suas escolhas.

Ainda em relação à interface da clínica com as políticas de inserção social, Ferreira Neto (2008) refere-se ao fato de que atualmente prevalece, nesse debate realizado no Brasil, uma tentativa da superação desse dualismo infértil. Uma das expressões mais usadas para designar a articulação entre clínica e política tem sido “clínica ampliada”, cuja proposta visa à superação da dissociação entre clínica e reabilitação psicossocial.

Retomando o caso de Marina, paulatinamente fui observando pequenas mudanças que começaram a se efetivar. Uma aqui, outra acolá...; mudanças que não poderiam ser vistas por quem não estivesse acompanhando o tratamento. Aos poucos, por meio do acolhimento de sua produção delirante, ela pôde encontrar um lugar de existência menos sofrido. Neste ponto, é importante chamar a atenção para os encaminhamentos que definem os casos que devem ser atendidos no ambulatório. Tais encaminhamentos nem sempre levam em conta a singularidade do sujeito. No caso em questão, apenas foi colocado que se

tratava de uma paciente crônica e o número da CID¹¹ correspondente. Se, em meu encontro com ela, tivesse ficado presa apenas ao encaminhamento, com certeza poderia ter ficado surda ao sofrimento dessa paciente. O que teria sido facilitado pelo seu silêncio constante.

Ao ampliar minha possibilidade de escuta, pude perceber que Marina poderia se beneficiar com a participação do processo de terapia e que não era um caso apenas para atendimento psiquiátrico. É comum os profissionais, ao encaminharem um caso para o ambulatório, fazê-lo considerando apenas o atendimento psiquiátrico, principalmente nos casos de esquizofrenia. Neste sentido, é imperativo reconstruir a idéia de encaminhamento e tratamento dentro dos serviços de saúde mental. O que deve ser salientado é que deve-se ampliar o poder de escuta para que seja possível tratar os casos graves e contribuir com a identificação de casos não graves que se não tratados podem tornar-se graves.

Marina também me faz pensar que o tratamento de pacientes esquizofrênicos apenas com a modalidade medicamentosa, sem considerar práticas que levam em conta o dizer, pode contribuir com o isolamento e mutismo comuns à esquizofrenia não tratada. Exposta tal problemática, penso em quais seriam, então, as consequências disso para a clínica das esquizofrenias no mundo atual?

Diante de tais questionamentos, afirmo, de modo não categórico, mas consistente, que o caso (do latim *cadere*, cair para baixo) aqui foi o instrumento utilizado para a prática analítica na clínica da saúde mental: “Nessa prática, o analista inclinado-se ao leito resgata o sujeito falante” (Monteiro & Queiróz, 2006,p.118) . Essas autoras argumentam que a construção do caso clínico é um

¹¹ Classificação internacional de doenças.

instrumento privilegiado que possibilita o diálogo da psicanálise com os demais saberes que são parte dos novos dispositivos da assistência à saúde mental. Baseando-se em Miller, as autoras esclarecem que para operar essa lógica dentro das políticas guiadas pela Reforma Psiquiátrica, é preciso que o analista aposte em encontrar uma brecha para entrar em algum lugar em “um esforço de poesia”. Frente a isso, entendo que é preciso encontrar um ponto poroso por onde seja possível entrar e nos fazer presentes, enquanto garantia do particular dentro dos programas de reinserção social. Assim, a decisão sobre que encaminhamento dar em cada caso passará pelo crivo da soberania do momento clínico revelado pelo saber extraído do paciente (Monteiro & Queiróz, 2006).

Seguindo essa lógica, considero que a escuta oferecida nos três casos clínicos estudados, nesta pesquisa, foi pautada pela valorização da particularidade do método em que se trabalha o *Um* do caso em que foi possível observar formas variadas de tentativa de restituição com o outro e busquei evidenciar que minha prática foi possível dentro de um serviço de saúde mental. À guisa da transferência, apostei ser possível a construção de espaços de representação para o sujeito na esquizofrenia, que se expressa na construção delirante. Deste modo, acredito que a operacionalização em *prol* do uso da escuta psicanalítica vem obstaculizar a efetivação de práticas que não consideram as diferenças e promovem o silenciamento.

Não tem sido um trabalho fácil, mas quem foi que disse que seria fácil trabalhar com esquizofrênicos?

A cada ano que passa, nesse trabalho com esses pacientes psicóticos, tenho maior clareza que é preciso aceitar a impotência, mas também venho entendendo que é preciso continuar a enfrentar os limites impostos pela clínica.

Esse enfrentamento passa pela crença de que estamos a trabalhar por um devir sujeito, onde a dinâmica tem sido uma tentativa de sair do impossível para o mais possível com todos os erros e acertos que possam ocorrer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegando ao final desta minha caminhada, percebo que esse caminho ainda continua, mas posso lançar um olhar retrospectivo e entrever o que se fez questão, depois angústia e ainda num mais depois, desejo. Ou terá sido tudo ao mesmo tempo e só no depois é que me dei conta? Talvez ...

Porém, foi só no depois da narrativa é que me foi possível extrair o que deu movimento a esse trabalho: a articulação entre teoria e clínica psicanalítica por meio da estratégia metodológica da construção casos clínicos. Saliento, neste momento, que por meio do caso clínico, me aproximei do legado de Freud cujo método pôde demonstrar sua metapsicologia. Com a disposição metódica de caso, tive a oportunidade de jogar luz teórica na clínica e ainda avaliar o quanto a psicanálise pode contribuir com práticas aplicadas ao campo da saúde mental, sobretudo no que se refere aos cuidados com pacientes esquizofrênicos.

Nesse caminho, apresentei reflexões em torno da escuta psicanalítica. Essa foi a via de acesso tanto para meu estudo quanto para minha prática. A escuta cuidadosa, sustentada pelo discurso psicanalítico, pode se constituir enquanto cura analítica, atenção flutuante e suporte para a transferência. Com a finalidade de facilitar essa última, me coloquei no lugar de analista/parceiro nas construções daquele que me dava seu testemunho: o sujeito esquizofrênico.

A construção dos casos clínicos fez entrever que o caso, por possuir um traço metódico, possibilita uma articulação viva entre teoria e clínica na qual ambas se alimentam reciprocamente promovendo o afastamento das generalizações teóricas. Os casos, neste trabalho, estiveram para além da narrativa dos sintomas e possibilitaram questionamentos acerca da clínica com

pacientes esquizofrênicos, sobretudo no que diz respeito à transferência. Com base nesses questionamentos, pôde-se considerar como um achado a possibilidade da transferência na clínica das esquizofrenias, que teve como efeito a construção de um novo saber.

A busca pela teoria freudiana da representação auxiliou no entendimento do processo da irrepresentabilidade nas esquizofrenias. Além do mais, possibilitou uma análise metapsicológica deste transtorno relacionado ao campo da linguagem. Nesta análise, pude observar que há um modo inconsciente de representar que é comprovado pela clínica pelo modo direto e sem postergação que esses pacientes falam. Entretanto, esse modo de representar foi tido por Freud (1917) como uma tentativa de cura.

Seguindo esta lógica, ficou evidente, com este estudo, que a clínica com esquizofrênicos exige um espaço para que estes possam se expressar de modo a tornar possível a abertura de caminhos para a representação. Com isso, aumenta a possibilidade de saírem do estado de fragmentação. Desse modo, reafirmo que pensar o conceito de representação na clínica contemporânea das esquizofrenias significa estender o espaço da escuta psicanalítica com o objetivo de alcançar o não representado. Assim, ressaltar a importância de se abrir caminhos para que forças pulsionais pudessem se inscrever no universo simbólico por meio da parceria analista/paciente.

Diante do modo singular de estabelecimento da transferência na esquizofrenia, se fez presente, neste estudo, a necessidade de se trabalhar com manobras que visassem a destituição do analista de ocupar o lugar de ser o único portador do saber e ao mesmo tempo oferecer a sustentação da consistência da alteridade. Como já foi dito, essas manobras se referem ao lugar em que o

analista ocupou na transferência durante esse trabalho como: suportar o lugar de não saber, testemunhar a fala do psicótico oferecendo-se como parceiro na escuta de suas construções delirantes.

Diante do exposto, afirmo que, com este estudo, se produziu uma reflexão acerca da construção de práticas clínicas, por meio do *Um* do caso conduzido pela transferência. E, no que diz respeito à sua interface com a saúde mental, prevaleceu a crença na possibilidade de se manter uma clínica voltada para a escuta psicanalítica dentro de um programa que valorize a política de inserção social. Deste modo, vigorou a articulação entre clínica e política, pois foi buscado ultrapassar a dissociação entre estas.

E, por fim, acredito que este trabalho teve como efeito subsídios para se pensar a clínica das esquizofrenias tendo como base as discussões teóricas e metodológicas colocadas. Desse modo, espero que essas discussões possam ser levantadas para além dos muros da Universidade. No mais, meu caminho me trouxe até um ponto onde minha crença aponta para a possibilidade dessa clínica que tem como marca a escuta cuidadosa da palavra do sujeito esquizofrênico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde.

Ferreira Neto, J. L. (2008) Práticas transversalizadas da Clínica em Saúde Mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21 (1),110-118. Recuperado em 27/04/2012 em www.scielo.br/prc.

Figueiredo, A. C. (1997) *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: A Clínica Psicanalítica no Ambulatório Público*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Freire, A. B. & Costa, C. A. (2010). Lacan, Secretário do Alienado. *Mental*, Barbacena, 14 (VII), 65-91. Recuperado em 23 de junho de 2012 Pdf- Adobe Reader.

Freud, S. (1996-1891). Apêndice C - Palavras e coisas. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1996-1893).Casos clínicos.In:_____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1996-1895) Extratos dos documentos dirigidos a Fliess- Rascunho H *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1996-1909).Romances familiares. In:_____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. IX. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1996-1912). Recomendações aos médicos que exercem psicanálise. . In:_____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XII. Rio de Janeiro:Imago.

_____. (1996-1915a). O inconsciente. In:_____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (2006-1915b). Freud, S. Freud/ Sigmund 1856-1939. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Vol. II. 1915-1920/ Sigmund Freud/ Coordenação geral da tradução Luis Alberto Hans. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1996-1917). Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos. In:_____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol.XIV. Rio de Janeiro:Imago.

_____. (1996-1921). Psicologia de Grupo e a Análise do Ego. In:_____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol.XIV. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1996-1924[1923]) Neurose e psicose. In:_____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol.XIX. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1996-1924). A perda da realidade na neurose e na psicose. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol.XIX. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1937). Construções em análise. In:_____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol.XXIII. Rio de Janeiro: Imago.

Garcia-Roza, L.A. (2008). *Introdução à metapsicologia freudiana, volume1: sobre as afasias (1891); O projeto de 1895*. 7ª ed.. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Guimarães Rosa, J. . (2009) Tutaméia- Terceiras estórias. 9 Ed, Rio de Janeiro: Ediouro Publicações.

Hanns, L. A.. (1996) *Dicionário comentado do Alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Herrmann, F. (1997) *Clínica psicanalítica, a arte da interpretação*. São Paulo: Brasiliense.

_____. (1999) *O que é psicanálise para iniciantes ou não*. São Paulo: Psique.

Hoppe, M. W. (2000) Do modelo narrativo à escritura do fato clínico: o drama do paciente e o caso do analista. *Pulsional Revista de Psicanálise*, ano XIII, nº140/141, 56-62.

Katz, C. S. (2001) Foucault e loucura como ausência de obra. *Psicologia Clínica*, 13 (1),37-63. Recuperado em 04 de abril de 2012 de <http://www.psi.puc-rio.br/>.

Kyrillos Neto, F. (2009) Reforma psiquiátrica e clínica da psicose: o enfoque da psicanálise. *Aletheia* 30, 39-49, jul/dez.

Lacan, J. (2002 [1955-1956]). *Seminário Livro 3, As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lispector, C. (1969) Luminescência In:_____. *Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres*. Rio de Janeiro. Digital Source Recuperado em 06 de abril de 2012 de <http://www.google.com.br/>.

Loffredo, A. M. (1999) Em busca do referente às voltas com a polissemia dos sonhos: A questão em Freud, Stuart Mill e Lacan. *Psicologia USP* [online]. 10(1), 169-197. Recuperado em 04 de novembro de 2011.

_____. (2004) A noção de representação na metapsicologia freudiana. In: Herrmann, F. & Lowenkron, T. (orgs). *Pesquisando com o método psicanalítico* São Paulo, Casa do Psicólogo.

Macedo, M.M.K.; Werlang, B.S.G. & Dockhorn, C.N.B.F. (2008). Vorstellung: A questão da representabilidade. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 28(1), 68-81.

Menéndez, A. J. G. Demanda y transferencia em la psicosis. Puntuaciones a partir de um fragmento clínico. *Rev. Latinoam. Psicopatologia Fundamental*, X(3), 422-437. Recuperado em 29 de abril de 2012 de <http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/set2007/ada.pdf>.

Meyer, G. R. (2006) *A clínica da Psicose: Transferência e Desejo do Analista*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Recuperado em 16 de junho de 2012

_____. (2011) A clínica da Psicose no campo da Saúde Mental. *Relatório final de Pós- doutorado em Psicologia Clínica*. PUC- São Paulo. Recuperado em 12 de dezembro de 2011

Migueluez, O. M. (2007) *Narcisismos*. São Paulo: Escuta.

_____. (2011) *Linguagem na esquizofrenia: de coisas e palavras*. Tese de doutorado. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Recuperado em 06 de outubro de 2011

Monteiro, C. P. & Queiróz, E. F. (2006) A clinica das psicoses nas instituições de saúde mental. *PSIC. CLIN.*, Rio de Janeiro. (18 (1), 109 – 121.

Moura, A. & Nikos, I. (2001) Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico. *Pulsional*, ano XIII, (140/141), 69-76,.

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

Rinaldi, D. L. (2000) O acolhimento, a escuta e o cuidado: algumas notas sobre o tratamento da loucura. *Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ*. Rio de Janeiro (16)._____. . *Clínica e Política: A direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental* Recuperado em 05 de junho de 2011 de <http://users.hotlink.com.br/ipbbras/ana2003/doris.htm>.

Tenório, F.. (2002) A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde*. 9(1), 25-59. Rio de Janeiro: Manguinhos, jan.-abr. Recuperado em 01 de julho de 2012 de <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>.

Vorcaro, Ângela. Psicanálise e o método científico: o lugar do caso clínico. In: Kyrillos Neto, F. & Moreira, J.O. (orgs). *Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade*. Barbacena: Ed. UFMG, 2010. Recuperado em 01 de março de 2012 de http://eduemg.uemg.br/docs/Pesquisa_em_Psicanalise.pdf.

ANEXOS

Os fragmentos de sessões do grupo “Solta a língua” a seguir são apresentados com o objetivo de ilustração das conversas durante o grupo, não fazendo parte dos fragmentos analisados no corpo deste trabalho.

Fragmento (1) de sessão com o grupo “Solta a língua”:

Tudo se passou na sala de reuniões, as cadeiras emprestadas ao grupo de gestantes, dividia opiniões. Enquanto isso um dialogo acontecia:

E- Preciso me sentar, já estou batendo os dentes.

M.N- Com certeza é o haldol

E- Como você sabe?

M.N- Antes do remédio eu tinha cem vozes. Elas me mandavam queimar as coisas. Queimei as roupas do meu filho, a barraca do meu irmão. Fiz uma fogueira. Aí minha mãe chegou e me levou internada.

E- Melhorou?

M.N- Agora só ouço uma. À noite

E- O que ela diz?

M.N- Me chama de demônio, mas logo respondo: demônio é você. Dá um trem ruim.

E- Eu... não obedeço vozes.

M.N-É uma voz de mulher,...grossa.

O- É um espírito?

Entro na conversa: será?

E-O que pode ser, então?

M.N- As vezes até é da minha cabeça... Um silêncio se faz presente.

Fragmento (2) de sessão com o grupo “Solta a língua”:

W. diz ser muito católica e pertencer à ordem das filhas de Maria

T- Bom... hoje nós tínhamos uma proposta para o grupo hoje e parece que W. se lembrou e trouxe, quem lembra o que era?

J- a W ficou de coordenar o grupo e trazer o livro de poesias.

T - Isso, J. Alguém mais se lembra do que ficou combinado para hoje? Aproveito esse momento e pergunto a cada um, chamando pelo nome.. Alguns referem ter lembrado e outros não.

T- O.k., vamos lá então e passo a palavra a coordenadora do grupo.

W- o que vocês querem, uma crônica ou uma poesia? Ao perguntar abre um diário escrito por seus amigos em sua juventude, em sua cidade natal e escolhe uma poesia cujo nome é “desesperadamente confesso” trata-se de uma confissão de amor de mais trinta anos, cuja última frase é assim: para mim esse amor nunca acabou. Ri e pergunta: mais?

T- Escreveu pra você, W?

W - Foi, era meu namorado, uai.

Minha impressão, neste momento, era de que algo ali da história dessa pessoa estava sendo resgatado. Acredito que essa operação de desesquecimento seja uma das formas de se tratar porque ela fala por si e de si. Em seguida, iniciou a leitura de outra poesia, escrita por uma amiga, que falava que um dia ao ler esse diário com as folhas já amareladas lembrará da amizade

entre elas. Nesse momento, W. fez uma pausa e disse que essa era uma amiga e colega na rádio onde eram locutoras. Então, alguém do grupo disse: Ó, você é importante, hein?

Pela dificuldade que apresentou na leitura, não sei se em função das lentes dos óculos ou se pela própria leitura, me pareceu nunca ter sido locutora de rádio. No entanto, preferi considerar como um desejo dela e por isso, uma verdade, apenas escutei. Em seguida passa a fazer a leitura de uma trova que diz de um beijo roubado numa noite de luar e no final identifica o escritor como um amigo.

T – Aí tem ex-namorado, amiga, amigo.

Em seguida, já com óculos emprestados, retomou a leitura: Prosa. “Desencanta-te” que diz de alguém não se pode amar por ser frio, incapaz de ser conquistado. Nesse momento, convidei o grupo a pensar a respeito do que foi ouvido e refirí-me diretamente á leitora do dia: na verdade, W, você traz algo que faz parte da sua história de vida, alguém chama aí de relicário.

W – É, é, acenando afirmativamente a cabeça.

T – Veja se eu entendi, isso era um caderno que você dava para as pessoas escreverem, é isso?

W- É,é.

T – Eu li aí que é de 1966.

W – É, eu tinha 20 anos, já era noiva na época, cantava na rádio, eu ajudava minha mãe nas marmitas...

T – O que foi feito desse noivado?

W- Ah! Minha mãe não quis deixar porque ele era muito sem juízo, me prendia muito, eu não podia fazer compras, não podia sair, queria me prender em casa. Minha mãe disse que não criou filha pra ficar presa, que era pra eu viver em liberdade, aí ele terminou comigo.

T - E aí como é que você ficou?

W – Aí eu arrumei outro (risos)

T – E como é que foi com o outro?

W – Com o outro eu casei. Casei mas, já separei também. Ele tem três filhos. Ele veio aqui outro dia trazer a filha dele para vacinar, a mais velha. Mas, ele era muito custoso, muito exigente, brigava muito, era muito nervoso, muito sistemático. Minha mãe disse: é minha filha você não tem sorte.

T – Sua mãe disse e você nisso?

W – Ele é muito nervoso, muito ciumento, não gosta que eu canto, não gosta que eu vou à missa. Amanhã vou lá na casa dele ver minha filha.

T –Ah! você teve uma filha com ele?

W – Foi. Uma eu criei, nós achamos perdida na rua, nós levamos pra casa e criamos, ele é espírita.

T – Que interessante, essa é a primeira vez que você fala que tem uma filha.

W – Três filhas, eu gosto muito delas.

T – Nós estamos aqui há tanto tempo e só hoje você nos contou que tem três filhas

W – Uai, a senhora não perguntou (risos)

T – Parece que esse livro trouxe muita coisa à sua memória.

W – Foi.

T – Eu vejo que você está com os olhos marejados.

W – Saudade... ele põe música pra mim na (nome da emissora) todos os dias.

T – Como é isso?

W – Música sertaneja, ele já foi locutor de rádio. Hoje eu acordei cedinho, estava tocando, romântico, né? A F.(prima dela) não gosta dele não, ela briga com ele.

T - Por quê?

W – Ela tem ciúme, ela fala que eu tenho que casar com Jesus

T – O que mais você quer contar pra nós?

W – Poesia e lê algo em seu diário.

Neste momento, entendi que ao ler as trovas, prosas e poesias ela fez uma espécie de retrospectiva de sua vida e ao que me parece é uma forma de historicizar.

W toma a palavra novamente e lembra dos lugares onde morou de uma forma bem pormenorizada.

T – Eu vi que hoje com a leitura desse relicário abriu a porta do baú para W.

W- É´.

Em seguida, desliguei o gravador em respeito aos pacientes que não participam da pesquisa, conforme havíamos combinado.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **“Esquizofrenias, linguagem, representação e sua vinculação com saúde Mental”**, sob a responsabilidade dos pesquisadores João Luiz Leitão Paravidini. e Rosa Eliza Zago Naves

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender algumas particularidades contidas nos dizeres dos pacientes esquizofrênicos que nos possibilite a compreensão de seu processo de concessão de sentido.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será dirigido aos pesquisadores acima mencionados para possibilitar este estudo.

Na sua participação você permitirá que as informações obtidas por meio de consulta ao seu prontuário e as gravações das sessões grupais sejam utilizadas nesta pesquisa. É importante acrescentar que o conteúdo das gravações das sessões grupais será desgravado após a transcrição dessas gravações.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada de toda e qualquer forma.

Você não terá nenhum gasto e também nenhum ganho financeiro por participar desta pesquisa.

Os riscos são inexistentes e o benefício será a possibilidade do desenvolvimento de reflexões que possam auxiliar na compreensão e tratamento das psicoses.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou que você sinta constrangido.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com:

Rosa Eliza Zago Naves, fone (34) 3218-2235. Av. Pará, 1720 Bloco 2C Campus Umuarama.

Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco J, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: CEP 38400-089; fone: 34-32394131

Uberlândia, dede 2011

João Luiz Leitão Paravidini

Rosa Eliza Zago Naves

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS RESPONSÁVEIS PELAS PESSOAS

A pessoa pela qual você é responsável está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “**Esquizofrenias, linguagem, representação e sua vinculação com saúde Mental**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores João Luiz Leitão Paravidini e Rosa Eliza Zago Naves

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender algumas particularidades contidas nos dizeres dos pacientes esquizofrênicos que nos possibilite a compreensão de seu processo de concessão de sentido.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será dirigido aos pesquisadores acima mencionados para possibilitar este estudo.

Na participação da pessoa pela qual você é responsável você permitirá que as informações obtidas por meio de consulta ao prontuário dessa pessoa e as gravações das sessões grupais em que ela participa sejam utilizadas nesta pesquisa. É importante acrescentar que o conteúdo das gravações das sessões grupais será desgravado após a transcrição dessas gravações.

Em nenhum momento a pessoa pela qual você é responsável será identificada. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a identidade da pessoa pela qual você é responsável será preservada de toda e qualquer forma.

A pessoa pela qual você é responsável não terá nenhum gasto e também nenhum ganho financeiro por participar desta pesquisa.

Os riscos são inexistentes e o benefício será a possibilidade do desenvolvimento de reflexões que possam auxiliar na compreensão e tratamento das psicoses.

A pessoa pela qual você é responsável é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou que se sinta constrangido (a).

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o (a) senhor (a).

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com:

Rosa Eliza Zago Naves, fone (34) 3218-2235. Av. Pará, 1720 Bloco 2C Campus Umuarama.

Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco J, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: CEP 38400-089; fone: 34-32394131 Uberlândia,..... dede 2011

João Luiz Leitão Paravidini

Rosa Eliza Zago Naves

Eu aceito que a pessoa pela qual sou responsável participe do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Responsável pelo participante da pesquisa