

## 5

### **A oficina Palavrear: apresentando o campo**

Este capítulo tem como objetivo central apresentar os resultados do estudo de campo representado pela oficina Palavrear, que tem lugar no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ). Para isto, gostaria, inicialmente, de fazer uma breve contextualização.

O Instituto de Psiquiatria, órgão suplementar do Centro de Ciência da Saúde da UFRJ, foi criado pelo Decreto-lei número 591, de 03 de agosto de 1938, e incorporado à então Universidade do Brasil em obediência ao artigo V da Lei número 452, de 05 de junho de 1937, ratificado pelo artigo II do Decreto número 8.393, de 17 de dezembro de 1945. Tem como finalidade desenvolver assistência, ensino e pesquisa no campo da saúde mental, servindo também de sede para o ensino da disciplina de psiquiatria aos alunos de graduação de medicina e psicologia. É também campo de estágio de várias unidades da universidade como medicina, serviço social, enfermagem, psicologia e outras. Recebe ainda estagiários de outras universidades, como a Pontifícia Universidade Católica, e de cursos técnicos de segundo grau.

A fim de planejar e executar os objetivos propostos, o Instituto de Psiquiatria mantém diversos serviços clínicos que fomentam e possibilitam a divulgação de princípios normativos em relação à saúde mental. Para tal, conta hoje com os seguintes níveis de atenção: as enfermarias, o ambulatório de adultos e o infantil-juvenil, o centro de atenção diária (CAD), o centro de atenção e reabilitação da infância e mocidade (CARIM), o centro para pessoas com doença de Alzheimer e outros transtornos mentais na velhice (CDA), o centro de atendimento a dependentes químicos e o serviço de residências terapêuticas. Nestes níveis de atenção, o trabalho é desenvolvido por equipes interdisciplinares que, através das diferentes leituras e abordagens adotadas, pretendem obter uma visão mais abrangente do paciente, da família e de seu contexto social. Estas equipes acompanham o paciente durante a internação e após a alta, estimulando a reinserção na comunidade.

É entre o final da década de 1980 e início dos anos de 1990, no contexto nacional de abertura política já mencionado anteriormente que ganharam força e visibilidade diversas experiências de hospital-dia e de oficinas comunitárias pelo país afora. O Instituto de Psiquiatria não ficou de fora desse movimento cuja existência trazia o germe de um questionamento fecundo da estrutura fechada do modelo asilar. Desse modo em 1987, foi criado o hospital-dia do Instituto, cujo desenvolvimento se deu na perspectiva de uma alternativa interdisciplinar, com uma organização horizontal do trabalho em equipe, em oposição à hierarquização asilar, dirigido para o atendimento de pacientes psicóticos graves cuja manutenção no ambulatório parecia insuficiente.

As oficinas terapêuticas, criadas no Instituto há mais de vinte anos, com o objetivo de desenvolver diferentes formas de intervenção direcionadas ao doente mental e sua família, ganharam grande estímulo com a reforma psiquiátrica. Várias dessas oficinas indicavam na própria denominação a natureza da atividade proposta: oficina de marcenaria, culinária, de pintura, corte e costura, dramaturgia, cerâmica, teatro terapêutico etc. Cada oficina funcionava sob a responsabilidade de um técnico de nível superior: terapeuta ocupacional, assistente social, médico ou psicólogo. Além do técnico responsável, havia presença de um monitor (paciente ou membro da comunidade) encarregado de ensinar a técnica ou ofício. Os técnicos recebiam supervisão semanal para o planejamento das atividades, apresentação da dinâmica de cada oficina, orientações clínicas e intervenções dirigidas aos pacientes. Foram promovidas feiras comunitárias para divulgar o trabalho e comercializar os produtos, além da manutenção de um posto de venda de artesanatos no *campus* da Praia Vermelha.

Em 1994, iniciei a construção do espaço clínico que, no contexto acima descrito, foi denominada Oficina de Literatura. Fazia parte de um leque de procedimentos terapêuticos regulamentados pelo Ministério da Saúde por meio da portaria número 224, de 29 de janeiro de 1992. O desenvolvimento dessa experiência, sua memória, impasses e a aposta que a sustenta é o que se descreve a seguir.

## 5.1

### No campo: um desejo, uma aposta

Não se trata de uma pesquisa adrede preparada para dar suporte a uma argumentação ou para ilustrar uma tese de doutorado. Ao contrário, trata-se de um trabalho que vem se realizando há 13 anos e sobre o qual me coloquei o desafio de escrever. Usar esse trabalho para fins acadêmicos foi uma questão que se surgiu depois, não era essa a intenção no início. Portanto, pretendo mostrar aqui uma experiência concreta de trabalho, da qual procuro extrair seu desenho, sua lógica e suas categorias subjacentes, num esforço de formalização teórica.

Opero a partir da palavra dos pacientes, dos seus ditos e de seus escritos os quais constam dos livros de atas que testemunham esse trabalho. Não ignoro que estamos em um campo onde se turvam os limites entre o subjetivo e o objetivo, entre a realidade e a fantasia, entre o discurso racional e o delírio. Daí que, nesse terreno movediço, situo-me na realidade da palavra e tomo os relatos como fatos de linguagem, como produções do sujeito a serem lidas, traduzidas e decifradas.

Nesse sentido, não se trata de comprovar a veracidade de cada dito\_ tarefa impossível de todo jeito. O que se toma é o registro que se fez dos ditos na oficina por meio da anotação dos próprios pacientes. Acredito que esse é um elemento original desse trabalho: não me coube registrar a experiência; os próprios pacientes fizeram-no. Trata-se, então, não exatamente do que foi dito, mas do que se escutou e se registrou, tarefa que não exclui, evidentemente, a interpretação daquele que fez o registro. Nesses ditos, segmentos de enunciados, de falas, aparece por vezes o contexto em que se dá a enunciação, em que nos ditos se dá a perceber um dizer. Mas isso não exclui, antes inclui, a subjetividade daquele que faz o registro, que sempre coloca algo de seu.

Ao trabalhar com a função da palavra sei que estou num terreno movediço, que se presta a equívocos, mal-entendidos, tropeços, deformações, que, longe de serem desvios intencionais, são avatares próprios do campo da linguagem. Freud (1901) foi o primeiro a demonstrar de uma forma cabal e sistematizada a natureza polissêmica desse campo em estudos seminais como *A psicopatologia da vida cotidiana*.

Assim, os relatos e personagens que aparecem nesse estudo de campo não são tomados para instrumentalizar a defesa de uma tese, mas resultam de uma

experiência animada por um desejo de vida e orientada por uma aposta na palavra do sujeito. É, pois, resultado de trabalho vivido, experimentado cotidianamente, militante, no sentido de constituir uma afirmação da possibilidade de uma prática psicanalítica dentro de uma instituição psiquiátrica tradicional.

Falar em desejo aqui não parece um despropósito, pois a sua chama é a condição de possibilidade de qualquer empreendimento ou aventura humana. Sem essa marca da ação vital, no dizer do poeta Paul Valéry<sup>43</sup>, o homem tornaria vã toda iniciativa e tombaria antes de iniciado o bom combate. A presença ou ausência do desejo transformaria o espaço em tesouro ou túmulo, como diz seu escrito no frontispício do Museu do Homem, em Paris:

*Il dépend de celui qui passe  
Que je sois tombe ou trésor,  
Que je parle ou me taise,  
Ceci ne tient qu'à toi  
Ami n'entre pas sans désir,*

O material de investigação inclui:

a) as atas \_ registros realizados pelos próprios pacientes das oficinas realizadas desde agosto de 1994 até agosto de 2007, perfazendo 13 anos de trabalho ininterrupto. Essas atas estão registradas em sete livros, numa média de 35 encontros por ano, dos quais participaram cerca de 10 a 12 pacientes por encontro;

b) outros materiais se somaram às atas, tais como, desenhos, bilhetes, cartões, poemas, canções e outros escritos que por vezes alguns pacientes faziam questão de apresentar, ler, de ajuntar ao livro de atas. Também se contam entre esses materiais aqueles produzidos pelos estagiários que estiveram sobre minha supervisão durante um período do trabalho e colaboraram para o seu desenvolvimento. Esses outros materiais, embora não desprovidos de interesse, não constituem matéria expressiva para minha análise, que é centrada nas atas feitas pelos pacientes.

Meu método de trabalho fundamenta-se no destaque de alguns relatos, com o recorte de enunciados relacionando-os a algumas categorias teóricas

---

<sup>43</sup> ...Depende de quem passa/ Que eu seja túmulo ou tesouro, / Que eu fale ou me cale, Só depende de você/ Amigo não entre sem desejo (tradução minha).

previamente desenvolvidas na primeira parte dessa tese. Em realidade, em termos de uma seqüência cronológica, parti de uma primeira leitura das atas, destacando grupos de enunciados semelhantes para então articulá-los teoricamente. Assim, uma primeira leitura me sugeriu que **sujeito**, patente ou implicitamente, era um conceito crucial na medida em que dá sentido a todo o trabalho. Do mesmo modo o conceito de **transferência** saltou dos textos e se impôs, desde as primeiras leituras, como fio condutor, a mola mestra do trabalho.

Procedi de modo inverso ao que se faz com freqüência numa pesquisa acadêmica, onde se costuma, a partir da teoria, tomar a prática como mera ilustração. Inversamente, pesquisa e trabalho se confundindo, parti da prática para buscar na teoria uma maior fundamentação do que já fazia.

Para concluir essa apresentação do campo, devo sublinhar que procurei me manter fiel aos relatos dos pacientes, por mais confusos ou até delirantes que fossem, conservando o estilo, a sintaxe e até a grafia de cada registro. Moveu-me a certeza de que dessa algaravia de vozes que se deixam perceber e que nos transmitem uma experiência com toda a sua nervura e pulsação, o fundamental é sempre situar o sujeito, mediante o reconhecimento da palavra aí pronunciada.

## 5.2

### A magia dos movimentos: da literatura ao palavrear

#### *Magia dos Movimentos*

*As luzes das estrelas.*

*Perseguem - me fazem sonhar.*

*Seus olhos, meus sonhos.*

*Um perfume de amor pelo ar.*

*Sou louco e poeta, bicho da luz do luar.*

*Se a pele escorre não tem perigo.*

*Se teu amor tiver sentido, eu quero mais chegar no fundo.*

*No seu perfume bem mais profundo.*

*Tocar sua boca trocar um beijo*

*Sentir o gosto do seu desejo*

Ventura “Alma da Terra” (Livro I, 1994, p. 6)<sup>44</sup>.

---

<sup>44</sup> A anotação entre parênteses refere-se ao número do livro de atas, ano e página correspondente. As citações são produções dos próprios pacientes. Essa nota de rodapé é pertinente a todas as citações das respectivas atas.

Quando as palavras começam a palavrear são sérias e brincam, afirmam e negam, certificam e duvidam, ameaçam e tranquilizam, atam e desatam, assim começa o Palavrear. Neste, não se professa nenhum ensino. A bem da verdade, quando as palavras começam a palavrear, uma forma de ação convoca o paciente a um engajamento, a abrir caminhos subjetivantes, a inventar um pensamento crítico capaz de pôr em ação a sua história, a *Magia dos Movimentos*.

O fio condutor para investigar e interrogar a construção da oficina Palavrear é a palavra do paciente, ver como ele interpreta seu sofrimento, seu sintoma, como se relaciona com seu mal-estar e quais as expectativas e anseios que o mobilizam. É o reconhecimento da palavra aí pronunciada, como momento singular de um saber sobre a subjetividade de cada falante.<sup>45</sup> *Diz J oficina é onde conserta peças. A oficina ajuda a sair da escuridão do seu esconderijo interior. É caminho para curar* (Livro II, 1999, p. 27).

Trata-se da tentativa de propiciar um espaço para a afirmação da originalidade de cada falante. É certo que com as palavras e os atos nos inserimos na comunidade humana e confirmamos o fato singular de nosso nascimento no mundo. *A arte é uma linguagem, diz B na oficina* (Livro I, 1994, p. 30).

A oficina Palavrear teve início, em 1994, com o nome de oficina de Literatura, foi aberta apenas aos pacientes das enfermarias. Convidei os pacientes sem tomar conhecimento do diagnóstico registrado nos prontuários e fiz a oferta para nos reunirmos em local e horário combinados previamente.

Nos primeiros encontros propunha leituras e discussão de jornais, contos, poesias e outros temas variados e reunidos ao acaso. Nesse contexto passei a organizar as atividades que tinham, sobretudo, um caráter de oferta, de convite, e não o de obrigatoriedade. Nessa época, os próprios pacientes escolhiam os textos ou eventualmente traziam já elaborados. A direção da oficina consiste, em primeiro lugar, em fazer com que o paciente, sobretudo aquele que se encontra internado, acolha a oferta desse espaço.

Após a alta hospitalar, alguns desses primeiros pacientes demandaram continuar participando da oficina, razão pela qual o trabalho deixou de contar apenas com pacientes da enfermaria, e abriu-se para aqueles em tratamento

---

<sup>45</sup> Optei por letras e não por nomes fictícios para nomear os pacientes, evitando a identificação e preservando a identidade de cada um.

ambulatorial e inscritos no hospital-dia. A oficina firmou-se como um espaço aberto, sem obrigatoriedade de frequência, mantendo-se pela presença espontânea de seus membros. Pacientes de enfermaria, do hospital-dia ou os que compareciam exclusivamente para a oficina passaram, assim, a constituir o universo do trabalho.

*L declarou que foi convidado pela N para vir ao palavrear, disse estar internado aqui no Instituto. S disse que aqui no palavrear só tem pessoas de confiança.... F é uma das fundadoras desta oficina. I falou que o palavrear é bom para desabafar (Livro II, 1997, pp. 6-7). P disse que a Oficina é aberta. Rochelle diz que a oficina se propõe a dar a palavra ao paciente. P disse que a finalidade daqui é expor os problemas (Livro II, 1998, p. 23).*

A aposta é que essa experiência contribua para restabelecer o encadeamento significante e religar os fios com os quais o paciente poderá tecer sua trama histórica.

Os encontros são realizados semanalmente, às segundas feiras, sempre no horário das 10 horas, com duração em torno de 60 minutos. O número de pacientes é variável, aproximadamente entre 10 e 12, em média, por encontro. Alguns pacientes fazem parte do que chamaria núcleo fixo: participaram ou participam durante muitos meses, e até anos, e ajudam diretamente na organização da oficina. Assim, esses pacientes ajudam a organizar o espaço, convidam outros participantes, seja nas enfermarias ou mesmo no pátio. São esses pacientes mais antigos que, geralmente, se oferecem para fazer a ata dos encontros. Em algumas ocasiões excepcionais em que eu não cheguei com a costureira antecedência, esses pacientes tomaram a iniciativa de preparar a sala, arrumar o material e convidar os outros participantes, demonstrando um compromisso essencial para a continuidade do trabalho. Alguns participam por pouco tempo, seja durante um período de internação, seja durante um tratamento ambulatorial constituindo assim o que se poderia chamar de núcleo móvel.

O paciente é convidado a falar e permanece na oficina o tempo que desejar, podendo retornar; pode trazer convidado (familiares ou amigos); escuta quando o outro tem a palavra, escreve e mostra o seu produto para os demais.

*A reunião teve início com a dirigente Rochele logo a seguir a dirigente solicitou a MC que lesse para os demais um texto que houvera escrito pela manhã o que depois foi comentado. A seguir se pronunciou o Sr. Z do hospital dia...*

*alegou tentativas de suicídio Citou também ...o cansaço da vida* (Livro II, 1998, p. 32).

Nos primeiros tempos os pacientes saíam e entravam livremente da sala, movimento que causava dispersão e tumultuava a relação entre os participantes, provocando freqüentes interrupções. Assim, a própria experiência introduziu um novo funcionamento, ou seja, a porta passou a ser fechada tão logo fosse iniciada a reunião, e quem saísse não poderia mais retornar.

*PE se achando um pouco tonto, preferiu voltar para a enfermaria, MA também saiu junto com H...* (Livro, I, 1994, p. 3).

*Palavrear é compromisso... Os internados têm a opção de usar a palavra como meio de desabafar sobre o tratamento... Na enfermaria não se pode conversar, conversar ajuda no tratamento...* (Livro I, 1995, pp. 36-45).

Considerando a característica da oficina \_ um espaço aberto sempre a novos participantes \_ , profissionais e alunos também podem participar, e eventualmente participam, com o compromisso de apenas escutar, sem nenhum tipo de interferência.

Assim é que, ao longo desses 13 anos de trabalho, vários alunos, um ou dois por semestre, participaram da oficina. Em geral, médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, estudiosos de lingüística foram os que por períodos maiores ou menores acompanharam o trabalho. Essas participações resultaram fecundas, pois ensejaram a realização de inúmeras monografias de final de curso e, inclusive, uma dissertação de Mestrado.<sup>46</sup> Em todos os casos aceitei a participação com o compromisso de que deixassem um testemunho por escrito. Um pequeno recorte desses depoimentos transcrevo abaixo:<sup>47</sup>

“... achei interessante pela sua proposta: palavrear. Entendi como espaço onde o “louco tem a voz”. A oficina tem como objetivo ouvir aqueles que sofrem de mal psíquico. A oficina deixa espaço para saber o que os pacientes sentem” (Psi, 1995);

---

<sup>46</sup> Embora todos os trabalhos constem das referências bibliográficas, destaco pela robustez da contribuição teórica a dissertação de Mestrado em Letras Anglo-Germânicas de Pinto, Diana de Souza. *A percepção da loucura: análise do discurso de pacientes internados em uma instituição psiquiátrica*. Rio de Janeiro, UFRJ, Faculdade de letras, 1995.

<sup>47</sup> O ano entre parênteses é o da realização do registro. Os autores são os profissionais e estagiários que participaram da oficina. Usei como código as letras iniciais de cada profissão.

“... no dia que cheguei ao palavrear percebi que as pessoas falavam bastante e até desordenadamente. Havia mais pacientes internados do que em alta. Eles demonstraram interesse pela oficina e definiam-na como um lugar onde eles podiam falar o que sentiam, ou seja, se expressar livremente” (Enf. 2001);

“... a oficina é muito interessante. Nela o paciente tem a oportunidade de falar aquilo que tanto o inquieta. A frase que uma das pacientes falou resume o que a grande maioria deles sente e como esse espaço é importante para eles. Ela disse: “*Deixa eu falar. Eu não agüento mais ser reprimida*” (Med. 2000);

“... como futura profissional na área da saúde, ouvir os depoimentos e refletir sobre os mesmo, me possibilitou entender melhor as atitudes dos pacientes e também pensar sobre a minha forma de atuação...” (Enf. 1999);

“... neste espaço ocupado por pacientes e por Rochelle, aprendi minha lição do dia: a importância de se apresentar pelo nome completo. Hoje, foi a primeira vez que participei na condição de ouvinte de tal oficina e fiquei convencida de sua extrema importância para os pacientes, ou melhor, para as pessoas que dela participam. Neste encontro é ressaltado a importância do saber ouvir e a liberdade de expressão” (Enf. 2006);

“... na minha opinião foi bastante válida a experiência de acompanhar e poder assistir a esta oficina. Apesar de uma certa agitação dos usuários, foi possível perceber o quanto é necessário um espaço como este. Pude observar como os usuários se comportam fora do pátio e o respeito ao momento de falar um do outro proporciona a cada um momento social o que eles não têm” (Enf, 2000);

“... a atividade de ouvir o usuário sem colocar a opinião técnica é uma forma de saber ouvir, respeitando assim o momento deixando bem à vontade para se expressar e descobrir cada vez mais o seu próprio limite” (Psi. 2001);

“... o primeiro momento foi de dificuldade; ter regras, obedecê-las e saber ouvir, escutar. Percebi o quanto é importante para todos nós relatarmos, num espaço seguro e sem censura, nossas experiências. O quanto é significativo para todos, em especial para esses companheiros que são atendidos aqui... Ficaram coisas para pensar: quem são os normais?” (As 2005);

A forma inicial do trabalho começa a ser questionada. Alguns pacientes ao invés de se aterem ao material selecionado começam a se perguntar por que não

aceitar que os assuntos surjam no próprio encontro. *RE propôs que o tema a ser debatido deve nascer naturalmente dentro do grupo* (Livro, I, 1994, p. 2).

Os primeiros pacientes foram aqueles que responderam à oferta que fiz sem considerar as condições ou diagnóstico de cada um. Eu mesma levava artigos de revistas, recortes de jornais, crônicas e outros temas variados e reunidos ao acaso. No início as discussões se travavam sobre o material oferecido, mas, desde então, alguns pacientes pareciam incomodados ou alheios à discussão. Com o tempo fui percebendo que muitos pacientes permaneciam calados, enquanto outros utilizavam os temas propostos para trazer suas próprias questões. Num dos encontros, os pacientes começaram a fugir do tema que eu (ingenuamente?) introduzira e se voltaram para as suas próprias questões, o que interpretei como uma espécie de retificação, de correção de rumos; seguindo na trilha aberta por eles, perguntei do que se tratava, afinal, nesse lugar. Um dos pacientes se adiantou e respondeu: *Aqui se trata de palavrear* (Livro I, 1994, p. 2).

Pronto! Tratava-se disso afinal. Essa frase assinala uma reviravolta do trabalho, consagra um novo *modus operandi*, uma transformação que subverte radicalmente a proposta inicial. Surge a oficina Palavrear. Minha posição fica completamente alterada, também ela é objeto de uma verdadeira retificação: não mais me competia levar ou propor questões, mas acolher aquilo que cada um tinha a dizer. Creio que essa retificação não seria possível se não houvesse ali, desde o início, uma escuta analítica. O que significa isso?

Significa, em primeiro lugar, abrir mão de uma posição de mestria para deixar-se conduzir livremente pelo discurso. Estar aberto ao movimento da linguagem, ao imprevisto, ao acaso, aos tropeços próprios de todo falante. Em segundo lugar, significa abrir mão de um universal suposto \_ a proposta institucional das oficinas terapêuticas \_ para acolher o que é da ordem da singularidade, aposta que me levou a refrear o ânimo ativista em favor da escuta significativa. Em terceiro lugar, significa fazer valer aquilo que Lacan denominou “a ética do bem-dizer”. Se há alguma coisa que se pode aprender na psicanálise é bem dizer o seu sintoma. Esse bem-dizer não é uma bem-dicção. A bem-dicção (benção) seria algo da ordem religiosa, pois, como ensina Miller (1988), somente a religião distribui bênçãos.

*SA teve um final de semana bom. É religiosa e freqüenta a Igreja. Diz estar com os pensamentos ordenados. Gosta de conversar com o pastor da Igreja,*

*que a ouve com paciência.. W leu um folheto bíblico muito bonito. Vários pacientes disseram que freqüentam a religião... E se empolgaram falando dos exemplos da bíblia* (Livro VI, 2006, pp. 56-58).

Não escapou a Freud (1916) o valor e a força da palavra, gume afiado que corta o real: “por meio de palavras uma pessoa pode tornar outra jubilosamente feliz ou levá-la ao desespero, por palavras o professor veicula seu conhecimento aos alunos, por palavras o orador conquista seus ouvintes para si e influencia o julgamento e as decisões deles” (p. 29).

Isso supõe que toda palavra carrega em si uma intenção. Na psicanálise, quando a boca pode falar livremente, o que dali sai é o estranho, o incongruente, o contraditório, os tropeços, não são bem-dicções, mas maldições. A ética da psicanálise está justamente em escutar isso que vem de um outro lugar, de uma outra cena, de onde emerge o sujeito, regido pela maquinaria do inconsciente. Daí Lacan afirmar que “é nesse palco que o sujeito aparece como sobredeterminado pela ambigüidade inerente ao discurso” (1958, p. 175).

*... O paciente M afirma que a oficina faz palavrear e palavreando expurga pouco a pouco o que incomoda* (Livro I, 1995, p. 9).

Cada vez mais os temas previamente propostos vão sendo deixados de lado, substituídos por textos, poesias, contos, desenhos, reflexões, materiais enfim elaborados pelos próprios pacientes.

*...Começamos a reunião com A, nova participante, falando sobre a literatura e sua vida. Quando eu me sinto tocada, eu escrevo. Eu gosto de escrever aquilo que toca o coração* (Livro I, 1994, p. 3).

Mas, a questão ainda estava colocada: o que é palavrear? Do que se trata nesse lugar? Outro paciente, TR, respondeu: *Palavrear é respirar palavras. A oficina é a história da vida de cada um* (Livro, I, 1994, p. 5).

Há um período em que o material produzido pelos pacientes começa a tomar vulto e a constituir o único material da oficina. Os próprios pacientes operam uma subversão da proposta original, rompendo com o modelo-padrão das oficinas da instituição. Isso significou uma verdadeira guinada, mudança de rumo, uma retificação objetiva do trabalho que levou à construção de dispositivo novo.

Desde os primeiros encontros instituí um livro de atas para anotar as intervenções, os incidentes, enfim, um testemunho do que havia se passado naquele encontro. Fazia um relato tão completo e fidedigno quanto era possível.

Logo percebi, porém, que assim procedendo obtinha a minha versão da oficina. E me coloquei a questão: não seria mais coerente devolver a palavra ao próprio paciente? Em consequência, não seria mais fecundo deixar que eles mesmos registrem a experiência?

Comecei, então, a convidar um dos pacientes, em geral o que me parecia mais articulado, para redigir a ata. Isso perdurou por vários encontros, talvez durante o primeiro ano do trabalho, mas os pacientes apontaram um novo caminho, derogando o meu dirigismo: eles mesmos começaram a reivindicar a redação da ata. Isso, evidentemente, quebrou a uniformidade que eu ingenuamente havia estabelecido sobre o que era relevante e como deveria ser registrado. Cada paciente fazia o registro conforme suas possibilidades, sua compreensão do que se passara ali, colocava algo de si (uma interpretação?) na ata. Ao final dos encontros, peço ao paciente que lavrou a ata que leia para os demais. Se todos concordam, assinam; se têm algum reparo a fazer, isso é feito imediatamente. Há casos em que é por demais evidente que a ata foge inteiramente do aspecto objetivo do encontro e se converte no registro do delírio individual de um paciente. Em alguns casos, os demais hesitaram assinar ou mesmo se negaram a fazê-lo. Em todos os casos, porém, eu assinei, entendendo que se tratava de fazer valer o sentido conferido ao dispositivo: **ata – ato - laço**. A importância, a meu ver, é a de incluir no laço social que o registro, a escrita, possibilita.

Atar, ligar, enlaçar, incluir no simbólico, buscar um efeito de amarração. São todos os significantes que remetem a certa socialização, termo já tão desgastado, mas que recobra aqui o alcance dado por Freud à relação entre o sujeito e a cultura: o um (de uma singularidade) se produzindo entre outros (de uma coletividade).

Procurei tecer os fios da trama de nosso trabalho na oficina com a palavra de cada um, com o que é dito, lido, dito do que é lido, lido do que foi entendido, enfim, a palavra dá voltas, circula, trama uma tessitura, com seus relevos, coloridos, sombreados, escansões, aceleração, ritmos e timbres diferenciados. No Palavrear, vê-se ressurgir a possibilidade de se expressarem e reconstruírem laços, por mais destruídos ou apagados que se apresentem em alguns sujeitos. É nesse sentido que, segundo Lacan (1953-54), a palavra revela sua “função criativa”, de transmissão do desejo, de se fazer reconhecer por qualquer coisa desde que “... seja organizada em um sistema simbólico” (p. 277).

A aposta da oficina é que o sujeito busca esse reconhecimento. Minha função é a de servir de suporte de seu endereçamento, função de testemunho, que Gagnebin (2006) descreve da seguinte maneira:

Testemunha também seria aquele que não vai embora, que consegue ouvir a narração insuportável do outro e que aceita que suas palavras levem adiante, como num revezamento, a história do outro: não por compaixão, mas porque somente a transmissão simbólica, assumida por causa e apesar do sofrimento indizível, somente sobre essa retomada reflexiva do passado pode nos ajudar a não repeti-lo infinitamente, mas a ousar esboçar uma outra história, a inventar o presente (p. 57).

Lembro um incidente particularmente significativo com uma paciente, que chamarei NA, a qual se apresentava de uma forma bastante desorganizada, delirante, mas que não apenas quis participar da oficina como ainda insistiu em escrever a ata. Essa paciente, soube depois pela seqüência de participações, havia desencadeado um episódio psicótico logo após o nascimento do primeiro filho. No seu registro colocava sempre a data referente ao nascimento e não aos nossos encontros, episódio que assinalava o ponto de sua fixação traumática, o que tomei como paradigmático da natureza das atas. De alguma forma, o acolhimento dessa paciente, a reinscrição de sua experiência e o reconhecimento disso pelos outros produziu o que chamei anteriormente, com Lacan, uma rearticulação no campo do Outro.

O analista nunca sabe o que vai ouvir, bem como aquele que fala não sabe exatamente o que vai dizer, ou o que quer dizer com o seu dito. O analista não é um ouvinte qualquer. Ele deve estar aberto para o surgimento do novo, do imprevisto. Tanto ele quanto aquele que fala estão diante de um depoimento em primeira mão. O testemunho é, assim, correlato da surpresa, do acolhimento da palavra inesperada que inaugura o relançar do processo de subjetivação.

Outro paciente, que chamarei ED, foi encaminhado pela coordenadora do hospital-dia, pois havia sido recusado pelas outras oficinas, em parte pelo seu isolamento e pela dificuldade de participação. De fato, ED limitou-se ao silêncio nos primeiros encontros. Entrava e saía sem dizer uma palavra. Certa vez decidi-me a pedir-lhe que fizesse a ata. Lembro-me de sua surpresa diante de uma demanda que lhe parecia absolutamente inesperada e, como percebi, não menos surpreendente para os outros. O fato é que ED aceitou a função e por algumas

semanas incumbiu-se da tarefa. Com evidente dificuldade, dadas as suas poucas letras, mas com não menor empenho, ED cavou um lugar e tornou-se um ativo participante, parecendo ter encontrado no reconhecimento de todos uma liberação de que antes não parecia capaz.

Como o trabalho analítico é uma relação de fala, dele decorrem efeitos concretos em situações que permitem que a fala se faça ato. A transferência sustenta a prática clínica. É graças a ela que podemos acompanhar o falante nas suas vicissitudes. Esse acompanhamento não deve ser confundido com uma escuta qualquer, uma recepção passiva do discurso do outro.

O analista é uma função, um ponto de ancoragem discursiva, ponto onde a mensagem emitida pelo sujeito pode ser acolhida e reconhecida. Essa mensagem contém um saber inicialmente alienado, desconhecido, que sancionada pelo Outro, pode ser assimilada pelo sujeito como sua mensagem, saber do qual ele pode então se apropriar. Nesse circuito vê-se a passagem de um saber não constituído enquanto tal, sem sujeito, para um saber a *posteriori* validado, em que um sujeito advém.

Na escuta de psicóticos, esse trabalho é ainda mais árduo, mas o testemunho é não menos fundamental. “Secretariar o psicótico” é a expressão de que lança mão Lacan (1955-56) para falar desse acompanhamento metucioso, diligente, em que o analista não encontra apoio na bengala dos saberes instituídos, sejam os do senso comum, sejam os dos paradigmas psicanalíticos. Mas nem por isso deve recuar, ao contrário, deve apostar na capacidade de cada um subjetivar confiando no poder da palavra ou do gesto traduzível em linguagem. Metaforização delirante ou metaforização neurótica\_ a função do analista é confirmar a singularidade do desejo emergente do sujeito.

*...Rochelle pergunta em que pode ajudar e Z diz que ouvindo-a e sendo sua amiga. W está bem gostou de ser chamado. Gosta da oficina palavrear. Quase não vêm. Esquece. JN falou que é técnico em agropecuária, e que a Dra.Rocheli é muito importante para nós que participamos... A terapia se relaciona com a oficina, que quer dizer concertos emocionais se relacionando com o ego das pessoas, se relacionando entre si mesmas. (Livro, VI, 2006, pp. 63-66).*

*...L gostou da oficina por ajudar a si pelos problemas dos outros valerem como experiência de vida. (Livro II, 1997, p. 16).*

*H esteve aqui na oficina na semana passada gostou porque desabafou, vive em conflitos com sua família. Disse que muitas coisas que fazemos durante o surto depois não lembramos* (Livro VII, 2007, p. 14).

### 5.3

#### O lugar

Inicialmente, a oficina funcionava numa sala junto à entrada das enfermarias. Certamente isso se devia ao fato de os participantes estarem todos internados. Não era um espaço reservado especialmente para o trabalho. Por isso, eu aproveitava uma das salas de aula, durante um período sem atividades e convidava os pacientes para participar. Isso perdurou aproximadamente dois anos. Com o aumento de cursos e outras atividades acadêmicas, fui solicitada a desocupar a sala. Numa das ocasiões, chegamos a nos reunir num fundo de corredor por falta de espaço adequado. É claro que foi uma situação excepcional, pois não havia o isolamento e a privacidade necessários. Nessa época o trabalho já havia incorporado os pacientes do ambulatório e do hospital-dia, não se restringindo aos da enfermaria. Foi o tempo em que se construíram espaços \_ quiosques \_ no Instituto especificamente destinados às atividades ligadas ao hospital-dia, como as oficinas terapêuticas. Acompanhei esse movimento institucional e reivindiquei um período num desses quiosques. Desde então a oficina passou a ter um lugar definido, com horário fixo e previamente estabelecido, contando com a comodidade e a privacidade necessárias.

As cadeiras são dispostas em círculo de forma que todos ficam próximos e de frente uns para os outros. Com o passar do tempo, os próprios pacientes se responsabilizaram pela abertura e arrumação da sala. Uma pequena mesa serve de apoio para quem registra o encontro, o qual fica numa posição ligeiramente recuada em relação ao círculo. Ao final, um dos pacientes fica responsável pelo fechamento da sala e entrega das chaves na administração.

Nos primeiros tempos, eu contava sempre com um ou dois estagiários que me auxiliavam na arrumação da sala, isto é, procuravam maior número de cadeiras, providenciavam material para escrever e desenhar, como papel, lápis, caneta etc, chamavam os pacientes e participavam da oficina. Tinham, ademais, a função de acompanhar aqueles pacientes que não gozavam de licença para sair da

enfermaria, não o fazendo senão na companhia dos técnicos. Com o tempo, seja pela falta de estagiários, seja pela própria implicação dos pacientes na oficina, seja pelo meu reconhecimento do lugar de protagonismo deles no dispositivo e de sua capacidade de resposta, o fato é que eles próprios passaram a organizar o espaço, a convidar os demais, enfim, dando outra dinâmica ao trabalho.

Levar a oficina Palavrear ao espaço próprio destinado pela instituição às oficinas terapêuticas do hospital-dia não deixa de ser um desafio. Do ponto de vista da instituição, a reunião de todas as oficinas no mesmo espaço representou uma tentativa de dar uma homogeneidade e uma mesma direção aos trabalhos. Pelo menos supunha uma direção comum, um mesmo objetivo, cuja definição repousava expressamente nos seguintes elementos: trabalho, criação de um produto, geração de renda e autonomia do sujeito (Costa, C & Figueiredo, A.C, 2004). Propunha-se um sistema em que todos os dispositivos trabalhariam numa mesma direção e todos os técnicos constituiriam uma grande e mesma equipe.

Do meu ponto de vista era importante não cair num isolamento dentro da instituição, mas, ao mesmo tempo, não deixar que o Palavrear fosse assimilado a esse sistema. De certa forma, essa questão se impõe sempre à reflexão sobre o trabalho dos psicanalistas nas instituições psiquiátricas: estar dentro, fazer parte, mas, ao mesmo tempo, ter um olhar estrangeiro, que se deixe surpreender, que não seja homogêneo ao coletivo. Não é uma posição fácil, diria mesmo que se está sempre num certo limite, uma espécie de fio da navalha entre a ruptura de um lado, e a assimilação de outro. Não creio que seja despropositado evocar aqui uma figura topológica tão cara aos psicanalistas, a banda de Moebius<sup>48</sup>, para referir a essa espécie de dentro-fora que caracteriza o trabalho psicanalítico em instituições psiquiátricas.

Aquele que ousa fazer a experiência deve renunciar a qualquer esperança de conforto, travessia sem bóias nem porto seguro, sendo o mal-estar a resultante do confronto inevitável com a diferença. Se o trabalho da chamada saúde mental toma o sentido como fetiche, o psicanalista deve construir algo a partir de um fora-sentido, colocando o saber em suspensão.

---

<sup>48</sup> A banda de Moebius é um objeto topológico e foi descoberto pelo matemático Moebius em 1860. É o primeiro objeto que Lacan aproveitou para estruturar a experiência analítica. Ver: Granon - Lafont, J., 1990.

Não posso refrear aqui a utilização da palavra política para me referir à inserção, sempre delicada, do psicanalista no campo psiquiátrico. Política que não exclui uma ética, um compromisso em fazer avançar o trabalho, em inventar a partir dos impasses. Miller (1999) se refere a esse lugar nos seguintes termos:

“É preciso para isso que ele [o analista] tenha cultivado sua docilidade até saber ocupar, para qualquer sujeito que chegue, o lugar de onde ele possa agir”.

E acrescenta:

“É um lugar que recolhe a contingência, onde a necessidade se desfaz e é por excelência o lugar do possível” (p. 54).

Para aqueles que trabalham em instituição psiquiátrica, não há como deixar de considerar a observação de Miller. O lugar do possível ou o tratamento possível talvez seja uma boa definição para a inserção da psicanálise e dos psicanalistas nas equipes terapêuticas dentro das instituições atuais. Isso implica submeter-se às injunções de um trabalho compartilhado com outros técnicos, mas igualmente sujeito aos imperativos técnico-administrativos de eficiência e eficácia, quando o campo da psiquiatria é invadido pela rapidez e pela velocidade prometidas pelo avanço científico e tecnológico, no contexto das políticas públicas de saúde. Nesse sentido, cabe sempre perguntar pelo lugar do sujeito, sobretudo se se leva em conta a hegemonia da indústria farmacêutica e dos sofisticados protocolos de tratamento, nos quais ele é reduzido a um elemento anódino do universo da pesquisa.

No livro intitulado *De la maladie médicale*, Lebrun (1995) analisa as modificações do discurso e da prática médica ao longo dos tempos. Ele contextualiza o lugar da psiquiatria no universo da medicina e alerta para o mal-estar daqueles que se vêm às voltas com o psicopatológico, pois tudo o que concerne ao sujeito não se encaixa exatamente na racionalidade científica. Nesse mesmo trabalho, Lebrun destaca as duas lógicas que atravessam a medicina contemporânea: uma lógica científica e uma lógica do sujeito. Considera que a racionalidade científica opera com reduções e generalizações que acabam excluindo a singularidade do paciente no seio mesmo desse saber:

“Em plena luz, o desenvolvimento tecnológico da medicina, suas exigências, seus progressos e suas esperanças, mas também seus fracassos, sua desumanização e seus altos custos; na sombra, o sujeito que fala, não somente para comunicar, mas porque é esta fala que faz o sujeito” (p. 246).

O psicanalista deve operar como testemunha de que há um sujeito ali onde o que aparece dele é nomeado tão somente como uma produção sintomática ou como um código nosológico. No lugar do tratamento possível, o analista deve resistir à maré montante da objetividade cientificizante, na qual os tratamentos focalizam fundamentalmente os procedimentos técnico-científicos, abolindo o sujeito.

Nesse contexto, considerar que a doença ou a queixa não são de modo algum exteriores ao sujeito, não deixa de introduzir certa subversão. Aqui, penso, estamos diante de uma dimensão política imanente da clínica. Recusar a objetivação do paciente configura-se como uma posição política. De certa maneira, essa objetivação tem se convertido na denuncia de todos os movimentos reformistas nesse campo. Uma clínica sem sujeito\_ eis o ponto extremo a que se chega, não apenas no campo psiquiátrico, mas na própria medicina moderna.

A psicanálise introduz certa subversão ao nos ensinar que todos \_ pacientes e terapeutas\_ somos sujeitos de desejo, estruturados na e pela linguagem. E, ao assinalar isso, indico que nessa posição política há uma dimensão ética. Não se trata de acolher com condescendência a palavra do louco; trata-se de reconhecer, com Freud, a positividade desse modo discursivo tão singular quanto o que a loucura é capaz de produzir. E a partir daí indagar sobre a possibilidade de conceber um arejamento no discurso social, reconhecendo a verdade e o saber que cada um ali pode articular. Se, como escreve o poeta Manoel de Barros (1990), “minhocas arejam a terra; poetas, a linguagem”, talvez a circulação da palavra do louco possa propiciar novas produções de sentido, enriquecendo o código, arejando a linguagem e permitindo a inscrição social de cada um.

A história humana, segundo Valadares (2000), somente poderá ser humana se for “... testemunha dessa transformação da carne tencionada pelo Outro\_ aquele que está mergulhado na indeterminação da cultura e da participação do sujeito em sua encenação\_ em destino à escrita e à escritura” (p. 84). E acrescenta: “A

linguagem, a representação, ganha então a digna função de se transformar em horizonte” (p.84).

## 5.4

### Passos e tropeços

*...NC: Fez a apresentação e explicou como funcionava a oficina, pois a Rochele, está muito gripada. Z: com muita humildade, relatou-nos sua história e seus costumes. NC continuou explicando, por sinal muito bem explicada. S: gosta de ser chamado de E; o médico continua achando que ele não tem condições de ter alta; ficou com problemas psiquiátricos porque fizeram macumba para ele...teve várias internações; U deseja também sua alta, quase não fala com o médico, e também não sabe seu nome. Rochelle, não gostou de ser interrompida pelo enfermeiro Q, achou um desrespeito, o médico pediu para chamar NC; a Rochelle ficou indignada...Ficamos presos na Oficina porque a porta travou. Rochelle chamou a T da limpeza para abrir K e L quiseram desenhar. P diz que a porta travou porque ela tinha que desabafar (Livro V, 2005, pp. 34 -37).*

O ponto de partida do trabalho implica um *pathos*, trata-se de expor uma experiência, de fazer emergir um sujeito, mesmo numa situação-limite, acossado muitas vezes pelo sofrimento e pela impotência, desarmado pelas perturbações e limitações do sofrimento mental.

Tomo a oficina como um encontro, apoiada na leitura de Lacan (1964) das duas formas propostas por Aristóteles: τυχή<sup>49</sup> (*tiquê*) e αὐτόματον (*autômaton*). O αὐτόματον se define pelo encontro repetitivo, quotidiano, esperado, sem surpresa; portanto, em obediência à estrutura. É o que organiza a convivência no laço social; é parte indispensável para um *modus vivendi*; é o previsível necessário em um sistema.

*Ata da oficina palavrear, realizada no dia 7/5/07, com a psicoterapeuta Rochele + as participações dos pacientes do IPUB e do hospital dia. Logo em seguida a Rochele fez a apresentação da oficina... MS está internada foi convidada pela B; MS já é sua terceira internação reclamou da sua médica que não é carinhosa: Rochele deu um abraço nela ela se sentiu amada. H está*

---

<sup>49</sup> τυχή é um substantivo de τυγχάνω, que significa “encontrar”, “encontrar casualmente”.

*internado + acha que não deve estar internado, contou-nos o relato do que aconteceu com o processo da sua internação. MO relatou-nos que quase nem chegou no horário por causa do engarrafamento; todas as 2as feiras ele faz questão de chegar no horário para participar da oficina....* (Livro VI, 2007, p.15).

O tíquico é o imprevisto, o acontecimento não esperado, o tropeço, mesmo havendo um previsto para ele; é a apresentação do estranho como surpreendente, pois mesmo estando delimitado pelo esperado o ultrapassa ou fica aquém dele; é a irrupção do novo.

*... M falou sobre sua recaída que o levou mais uma vez à internação. L falou da recaída de M, não como derrota, mas como um grande tropeço* (Livro I, 1995, p. 8).

No caso da clínica, o tíquico é o não-mecânico, o tropeço que aparentemente contido pela estrutura, surpreende num encontro. A clínica pode e deve, no sentido ético, acolher essa irrupção. O irruptivo é o pulsante, é a vida da carne, não é o dominado e reduzido ao conhecido pela estrutura. O alcance do encontro está para além de qualquer premeditação. A oficina reside na disposição de escutar cada paciente, como momento singular, a partir da crença na palavra.

De todo modo, quaisquer que sejam as diferenças, o que está em jogo é o *patiens* \_ termo que designa o sujeito como aquele que sofre e suporta os efeitos de sua estrutura subjetiva. Aquele que se oferece como objeto de maus tratos de um Outro, cruel, que o invade com vozes e ordens impossíveis de serem seguidas, aquele que sustenta o peso de seu destino, cujas determinações inconscientes tecem a patologia que o afeta.

Certamente são grandes as diferenças segundo a posição subjetiva de cada um:

*... A paciente T contou sua história... ela cheira drogas. J falou “no principio era o verbo e o verbo era Deus”. J diz que é esquizofrênico H diz que está doente, a sociedade faz pressão. Doença é loucura, e continuou a se lastimar... WV que se trata no hospital - dia tem esquizofrenia, ele depende de sua mãe que está idosa.. G disse que é doente dos nervos. Internos pela primeira vez as pessoas nos marcam como “loucos”* (Livro II, 1998, pp. 31-38).

Se o desamparo e a dependência em face ao Outro são condições da vida humana, pois não há como escapar do que determina o sujeito na sua pertinência ao campo do Outro, essa condição se desvela com toda a sua crueza quer seja sob

a forma de uma figura parental ou de seus substitutos, quer seja sob a forma do destino.

No Palavrear, todo o privilégio é dado ao sujeito enquanto determinado pela linguagem: é fazê-lo dizer, ele mesmo e não os outros, seu mal-estar, sua história, seus fenômenos a um interlocutor, um analista, atento ao que ele conta. É uma situação que permite ao analista criar um vasto registro, recheado de significantes, arquivo que traz à cena momentos do sujeito quando se confronta com o impossível de controlar.

*SL acha que está ouvindo vozes. P teve uma depressão porque o irmão a estuprou e não consegue ficar perto dele e vê vultos por causa disso. I disse que se sente só e não sabe explicar se as dores que sente são provenientes da solidão. C internado há 1 mês tentou se atirar da janela..... quer se matar, está sempre com vultos. C diz que não cumpriu o que o diabo queria e hoje ele é perseguido* (Livro III, 2000, pp. 7-19).

Constitui-se um espaço onde se permite acolher o que é de urgência de cada um testemunhar, desfiar suas vivências, juntar os fragmentos trágicos da própria condição humana, acompanhá-los nesse trecho da estrada da vida.

Ao dirigir-se à oficina, o sujeito busca um saber que lhe traga alívio, quer dizer, que permita remediar algo que é irremediável: sua divisão de sujeito. O paciente supõe que haja um saber e que haja um sujeito que sabe, isso é a condição da transferência. É a clínica que aposta no dizer. Dizer que provoca conseqüências e que convoca o sujeito como responsável pelo que conta. Prática que se opõe, certamente, a considerar o paciente como objeto de cuidados, de observação, de asilo. Porém, ao acolher a palavra de cada um para falar da tragicidade de sua condição humana, das vivências e bagagens que o atordoam, não se pode deixar de questionar a implicação do sujeito nisto de que se queixa.

O desafio se impõe no sentido de construir, portanto, uma clínica em que o próprio paciente, por sua vez, sente-se escutado e seja tratado como um sujeito, a partir de um saber sobre o particular. Saber escutar traz em si um saber que se constrói em cada Palavrear. Um dispositivo que aposta nas invenções e nas soluções próprias de cada sujeito responsável pelos seus ditos. ... *Dessa vez está difícil de entender o que realmente sucedeu comigo. Está difícil de aturar este lugar mais uma vez. Larguei minhas responsabilidades, falhei com meus amigos,*

*falhei com meu trabalho. Veja só em que confusão eu me meti.* (Livro II, 1997 p. 56).

Tratar somente os sintomas ou fenômenos do paciente é implicá-lo nas desordens de que se queixa? Como acolher aquele que frequentemente chega com um sofrimento na expectativa de alívio imediato? Como avançar se o sujeito não se sente responsável?

*... U não vê motivo para sua internação. L sofre de angústia. Y diz que é carimbado o diagnóstico feito não é correto e transforma o paciente em lixo, ele diz que é bipolar Y passa a falar que os técnicos e psiquiatras não ouvem* (Livro IV, 2001, pp. 2-12).

Qual sua participação na desordem de que se queixa? Por maior que seja o grau de perturbação algum questionamento pode ser colocado.

*... AC tem problemas psicossomáticos quer ser escutado* (Livro II, 1997, p. 12). *... J falou um pouco de sua vida, P disse que não tem nada na cabeça. K já participou do palavrear muitas vezes. V tentou suicídio e veio para cá, estava triste e tomou um monte de remédios...* (Livro II, 1997, p. 11). *D tem fobia. Não consegue entrar em banco* (Livro IV, 2002, p. 15).

Contar a história da oficina demanda, de certa forma, trazer uma prática vivenciada há mais de uma década na presença das mais diversas perturbações da linguagem. É retomar os atos falhos, chistes, fenômenos, fantasias, sonhos, sintomas, tentativas dramáticas dos pacientes em ocupar lugar no mundo simbólico. *HG está internado há muitos anos, tem crise, e escuta vozes, não se sente bem em casa. Sente angústia* (2002, p. 16).

Lugar único, encruzilhada onde se topam o sujeito e o significante, território de encontro onde se realiza o que, para o falante, é da ordem do possível, resposta que marca o vivente e o transforma em sujeito

*... Eu tenho consciência da doença que tenho, pois verifico que os médicos já têm uma avaliação e uma análise sobre o que um paciente em tratamento psiquiátrico tem. Palavrear é o mesmo que prostrar. Através deste pequeno grupo de 10 pessoas nós conseguimos nos entrosar... Minha opinião sincera NR.* (Livro II, 1996, p. 27).

Experiência de sua relação com o sofrimento, das percepções daqueles que o rodeiam, da repetição e recaídas, dos diversos mundos que a realidade psíquica produz.

... *CI mostra e fala do seu passado momentos alternados de felicidade e tristeza tem algum trauma devido o seu sofrimento....KE, queria ir embora, desgosto é a mesma coisa que depreção não tenho vontade de fazer nada....KE tem 34 anos , minha família mim colocou aqui não é lugar para mim...NI desde de 1991 veio para aqui porque perdeu seu marido e sua filha e sentiu-se muito sozinha e com angustia e depressão chora muito muito muito...(Livro III, 2001, pp. 52-54).*

Apostar que há um sujeito que pode dizer “tenho direito a” significa tomar isso essencialmente no sentido de um direito à palavra e de não ser excluído, o que também implica no direito ao silêncio, se for esse o desejo do sujeito.

O analista deve acolher, saber esperar, saber que o tempo é o do sujeito. A posição do analista deve ser de humildade, pois, se há um saber em jogo, esse saber provém do próprio paciente. O analista, segundo Lacan, encarna a posição de sujeito suposto saber e essa é a condição para que a transferência se estabeleça. Mas, ele adverte: o analista é um sujeito suposto saber, há uma suposição, ele encarna essa suposição, e não deve se confundir com ela. Em realidade, o analista aceita uma imputação de saber que o paciente lhe faz, mas deve saber que é apenas uma imputação de saber. No seu ofício, o analista deve colocar entre parênteses aquilo que sabe, deve operar a partir do que o outro lhe conta, a partir do saber que emerge da trama do discurso, com seus tropeços, mal-entendidos, equivocação e lapsos. Nesse sentido, opera muito mais a partir de uma posição de ignorância, que não se confunde com uma simples ignorância, parvoíce, mas com aquilo que Nicolau Di Cusa (século XV) denominava *ignorância douta*, definida como “um saber mais elevado e que consiste em conhecer seus limites”.

Como lidar com o real da clínica e suportar o não-saber?

... *Professora Rochelle, o Palavrear é um lugar onde trabalhamos a mente, distraímos-nos e aprendemos sempre mais. Pois a vida é quanto mais aprendemos menos sabemos* (Livro II, 1996, p. 6).

Trata-se da estrutura da linguagem, ou melhor, da relação do sujeito com o significante. O sujeito é representado por um significante para outro significante, sendo a análise uma experiência de significação.

*ZO tem 43 anos, tem três filhos, perdeu a auto-estima, não tem vontade de viver mais tem maus pensamentos, O que a Rochelle pode fazer para ajudar. Nada. N comprou álcool para acabar com a vida* (Livro IV, 2002, p. 24).

Falar de uma clínica implica falar da transferência, e se existe transferência é porque existe relação com o saber. Pode-se, portanto, dizer que o próprio fato de falar a alguém tem como resultado a transferência, uma vez que, ao falar, a dimensão do Outro aparece. A fala dirigida ao saber contém uma questão: onde estou no que falo? Ou ainda, qual é o meu desejo?

Reconheço aqui a mola da experiência analítica, perspectiva que coloca em cena um particular disjunto de qualquer universal, um particular que não se deixa absorver no universal, que é correlativo à originalidade. Ademais, acredito no encontro de desejos, singularidades de que têm dado provas os pacientes nesses 13 anos de trabalho. Cada caso é um caso novo e, como tal, deve ser abordado.

A oficina Palavrear tem um compromisso com a escuta daquilo que Freud (1930) denominou o mal-estar na cultura ou na civilização, sintoma de inserção problemática de todo sujeito no campo da linguagem. Afirma a primazia do dizer do sujeito defrontando-se com tudo aquilo que o atravança, inibe e angústia, que o impele a buscar o testemunho do outro, a se fazer reconhecer.

Nessa direção, não de confrontação, mas de articulação da psicanálise com o campo da psiquiatria, os pacientes que vêm à oficina sentem-se reconhecidos pelo outro.

*... A Dra Rochelle tomou a palavra e falou que é gratificante fazer seu trabalho com todos colaborando. Dona MC se apresentou e Dra Rochelle quis saber o porque dela estar no IPUB ela parou de tomar os remédios. F falou que tem dificuldades com as pessoas ...não sabe ficar bem, teve muitas internações. K extravasou seus sentimentos dizendo-nos da sua satisfação em participar da oficina (Livro VI, 2006, pp. 42-47). DV fala que se sente bem pois não precisa pagar mico falando por aí as coisas que pensa, aproveita pra falar aqui e ouvir também... EL concorda com DV e acha que fica muito perturbado mas tem respeito legal aqui. (Livro VI, 2006, p. 55).*

O analista trabalha segundo sua escuta e leitura de um saber que se extrai do único sujeito, o paciente, e que surge nas entrelinhas dos ditos, numa palavra, no lugar do Outro. Um saber próprio de cada um, saber do inconsciente.

*... A professora se apresentou e todos se apresentaram. Q diz que teve depressão. É espiritual, depois que o cunhado morreu ficou com depressão. F tem depressão, ouve vozes, teve um neném e as vozes a mandavam se suicidar H sente*

*angústia não se sente bem em casa W está internada, tem problemas de cabeça não consegue raciocinar, tem angústia e tristeza, está achando legal participar do palavreado (Livro IV, 2002, pp. 16-23).*

O sintoma é uma formação é uma formação de compromisso, expressão de um conflito psíquico, uma construção que encobre e ao mesmo tempo revela algo da ordem do desejo. Daí a sua dimensão de gozo.

*...Ç se preocupa com a culpa... pediu o médico para se internar...o problema dele não esta aqui e sim lá fora. Mora sozinho não tem mulher não tem amigos. Gostaria de ser internado em outra clínica especializada... bebe cervejas..., passou o final de semana dormindo, vomita, foge da “ sociedade”... HE esteve com Ç e bebeu com Ç para ele não beber muito.. TI fundador da oficina ouviu os outros..... a oficina é aberta....(Livro VI, 2006, pp. 17-19).*

O inconsciente não conhece nem tempo, nem contradição, nem a incerteza e nem a diferença entre os sexos. Ele tropeça, fala, escapa, quebrando de uma maneira incompreensível a continuidade lógica do pensamento e dos comportamentos da vida cotidiana.

*Menina Moleque  
De altos e baixos,  
Num dia é alegria,  
Pura euforia, toda risonha.  
No outro dia  
Aparece chorosa, deprimida,  
Toda tristonha.  
Não,  
Você não é doente,  
Na realidade se sente doente  
Porque quer, porque não quer enxergar.  
O que está estampado diante do seu nariz,  
Cai na real*

SZ (Livro I, 1996, p. 92)

## 5.5

### **Sujeito, responsabilidade, laço social**

Dizer algo sobre a construção de um espaço clínico nos remete a Freud (1937b), que se pergunta sobre a tarefa do analista:

Sua tarefa é a de completar aquilo que foi esquecido a partir dos traços que deixou atrás de si ou, mais corretamente, *construí-lo* (...) Na verdade, como sabemos, é possível duvidar de que alguma estrutura psíquica possa realmente ser vítima de destruição total. Depende exclusivamente de o trabalho analítico obter sucesso em trazer à luz o que está completamente oculto (pp. 293-94).

Freud chama a atenção não apenas para a tarefa do analista, como também coloca em dúvida se alguma estrutura psíquica possa ser objeto de destruição, parecendo sugerir que mesmo nas situações mais radicais resta sempre algo a partir do qual se pode trabalhar ou reconstruir. O grande mérito de Freud foi inicialmente o de emprestar seus ouvidos às histéricas, e postular que por trás de sua fala bizarra e de seu sofrimento pudesse haver um sentido, a ser decifrado, contrariando com isso a opinião psiquiátrica de sua época. Torna-se assim o primeiro a fazer da fala e da sintomatologia dos pacientes um complexo trabalho de tradução do inconsciente e de suas formações.

O que proponho não é adequar a oficina a um modelo psiquiátrico que tenha uma resposta já catalogada nos seus manuais de classificação, mas sim elaborar um critério operativo, uma aposta no discurso do sujeito. A condição, de certo modo, é chegar até o limite de dizer que o sujeito é responsável pelas suas decisões, escolhas e caminhos. Ele tem sua cota de responsabilidade no sofrimento de que se queixa.

Dizer que o sujeito na clínica não é um sujeito de fato, mas um sujeito de direito, equivale a dizer que não se pode separar clínica analítica da ética, da ética da psicanálise. Ir dos fatos aos ditos não é suficiente, um segundo passo é essencial. Esse passo seguinte é questionar a posição daquele que fala, posição em relação aos seus próprios ditos.

No artigo “A ciência e a verdade” (1965-66), Lacan diz que: “ por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis” (p. 873). Responsabilidade deriva precisamente de responder. Responder o quê? Responder por sua posição

subjetiva. Confirmar um compromisso. Fazer da palavra um ato. Um ato que faz laço social.

O sujeito do inconsciente é o sujeito da diferença. É o sujeito do inconsciente como diferença e como singularidade. A ética da psicanálise se funda no reconhecimento desse sujeito. Portanto, quando se formula que a ética da psicanálise é uma ética do desejo, fundada no desejo e não num ideal de cura ou no bem do paciente, como enuncia Lacan, o que se sublinha é uma concepção do sujeito como diferença e singularidade. A oficina Palavrear, ao acolher a todo paciente independente de qualquer avaliação diagnóstica, pratica uma ética da diferença e não da segregação.

O essencial é, a partir dos ditos, localizar o dizer do sujeito, ou seja, retomando uma categoria de Benveniste (1966), desvelar a enunciação que existe por trás dos enunciados. Trata-se de distinguir entre o dito e uma posição com relação ao dito, sendo essa posição o próprio sujeito.

O exemplo da denegação (*Verneinung*), em Freud (1925), é um exemplo da análise da estrutura do dito com relação ao dizer. Uma coisa é o dito, dito como fato, e outra é o que o sujeito faz do que disse. Ou do que o outro lhe retorna do que disse. Não há uma só frase, um só discurso, uma única conversa que não traga a marca da posição do sujeito em relação ao que diz. Não é a assinatura do paciente um ato para fazer o dito firme? Um dito que seja reconhecido pelos outros?

PE, paciente internada, faz o seguinte comentário ao apor sua assinatura depois de um encontro no qual falou coisas de grande importância na sua vida e de sua família: ... *a gente tem que assumir o que pensa... as palavras voam, né Rochelle ?* (Livro VI, 2007, p. 27).

Como essa paciente percebeu, os ditos, pela sua própria natureza, são fluidos, movediços, escapam. *Verba volant, scripta manet*. A ata vem fazer uma marca, promove uma fixação, uma escritura, uma permanência, de alguma coisa que, ao contrário, se desvaneceria no tempo. Firmar ao final, apor o próprio nome estabelece um compromisso do sujeito com o que ali foi dito. Essa é a função da assinatura no final da ata, que, inicialmente, mais por intuição do que por uma elaboração, percebi como fundamental. A assinatura firma o dito, confirma, promove uma amarração. Assinar a ata constitui um ato. É nesse sentido que o nome faz uma amarração, celebra uma inscrição.

Não é outra a função da leitura ao final dos trabalhos. Percebi que sua relevância não era a de conferir a exatidão do que foi dito, tarefa impossível, mas, antes, de ensejar um reconhecimento da fala de cada um. Se esse reconhecimento é buscado por aquele que fala, ao fazer a leitura promove-se certa confrontação do sujeito com seus ditos. E essa confrontação passa evidentemente pelo outro. Assim, com o tempo, a leitura da ata se converteu num momento especial, marcado por certa solenidade, como aquele que curiosamente assume o da leitura de uma escritura de um imóvel, por exemplo, ou de um termo de compromisso. É precisamente de compromisso que se trata. Antes de mais nada, compromisso do sujeito diante dos seus ditos. O que se visa é a posição subjetiva de cada um. Surpreende-se aqui o sujeito. O sujeito e sua capacidade de dar resposta, de responder por sua posição subjetiva, posição esta a partir da qual faz laço social.

A escolha real do sujeito é da ordem da separação, operação que se opõe à alienação. Separado do Outro, o sujeito, sem amparo nem garantia, está sozinho, vindo a ser para além da determinação significativa.

Fazer laço social decorre, em primeiro lugar, da inscrição simbólica promovida pela linguagem que situa o sujeito numa história, numa árvore genealógica, que constitui seu desejo inconsciente como o somatório de desejos de todos aqueles que desejaram a ele, por ele e para ele. Quando o paciente TR define “*A oficina é a história da vida de cada um*”, ilumina o sentido do trabalho aqui desenvolvido. Resgatar, reinserir ou reinscrever o sujeito na sua própria história parece ser o caminho apontado pelo paciente citado, restabelecendo um traço de continuidade, uma espécie de elo perdido. Aos pacientes que se encarregam da função de registrar as atas, não escapa esta dimensão do trabalho:

*... SM fala que sente necessidade de falar, de contar seus problemas. Quando faz a ata procura relatar tudo, escrever o que os outros contam, os traumas de cada um, as famílias, as drogas, o cigarro, etc e tal, quer continuar escrevendo, quer caprichar, escrever bem legível o interior dos pacientes, que os médicos não tem mais tempo... (Livro V, 2005, p. 29).*

Nesse sentido, o inconsciente freudiano longe de poder ser definido como um lugar absolutamente individual, recôndito, e impermeável, adquire o significado de algo transindividual, permeável a todas as influências e identificações, que se define como o somatório das marcas do Outro sobre o sujeito.

O inconsciente é o capítulo da minha história que é marcado por um branco ou ocupado por uma mentira: é o capítulo censurado. Mas a verdade pode ser resgatada; na maioria das vezes, já está escrita em outro lugar (Lacan, 1953b, p. 260).

Esse “Outro lugar” do qual fala Lacan \_ a Outra cena freudiana \_ é o que se revela em todos os fenômenos psíquicos, e não menos na doença mental, desvelando a estrutura discursiva própria do psiquismo humano. Assim é que essas duas afirmações devem ser aproximadas: o inconsciente é discurso e o inconsciente é história.

A historicidade do sujeito faz com que surjam significantes e fantasias a partir das quais a direção do tratamento se desenrola. A escuta da demanda do sujeito, em busca da verdade de sua história e de seu desejo, não deve ficar surda à ação da fala na medida em que ela não consiste apenas, para o sujeito, em ele se dizer, nem em se afirmar, mas em se fazer reconhecer. Um traço de alteridade.

Nesse cenário em que os conceitos psicanalíticos revigoram a prática clínica, um trabalho se impõe, a cada início, uma nova fala impossível de calar, com apelo a uma escuta mais próxima do sujeito que sofre. Uma experiência que implica o sujeito em seu trato com a linguagem. É se dispor a aprender com cada um.

Outro aspecto do funcionamento da oficina diz respeito ao lugar singular daquele que faz o registro. Estabeleci como regra que aquele que registra mantém-se calado e só toma a palavra ao final para ler o seu produto. Isso acabou por provocar certo rodízio nesse lugar. Raramente um mesmo paciente ficou mais de três ou quatro encontros na função. B, uma das pacientes mais antigas, e uma das que mais fizeram registros até aqui me chamou a atenção, com um comentário que se repetiu algumas vezes: *Hoje, eu não vou fazer a ata. Estou muito angustiada.... preciso falar* (Livro II, 1999, p. 43).

Como a angústia intervém aqui? O que significa o lugar do escrevedor? Ao fazer o registro não está o paciente assumindo uma responsabilidade? O que está em jogo?

Parece clara a importância da palavra na atenuação da angústia. É o que testemunham vários pacientes ao longo desse trabalho. Estar muito angustiado impele à fala e torna impossível ocupar o lugar daquele que registra. Por outro

lado, como assinala o paciente RU, ocupar esse lugar parece conferir certa dignidade e chamar ao reconhecimento:

*... A ata do palavrear as 10.00h, com a presença da psicanalista responsável Rochele... SI queria ir de alta. Precisa se tratar já tentou se queimar várias vezes.tem problemas de trauma.tem 43 anos e tem 3 filhos.Perdeu a auto-estima... KI acha que SI deve dar uma chance para ela viver mais. Lavrei a presente ata que será assinada por mim e pelos participantes. Oficina do palavriar é... liberdade ...ver o louco chateado...;...Quero falar com minha mãe.....;Tô bem, tô no controle, mas uma vez tô internado faz parte da minha vida; só eu posso me ajudar; ... nossa vida é um teatro.... (Livro IV, 2002, pp. 24-27).*

Às vezes, as questões que surgem ultrapassam a capacidade de assimilação do responsável pela ata, ou lhe provoca uma angústia tal que faltam palavras para um simples registro. É o que conta a paciente K: *não deu para anotar tudo o que vocês falaram; tem coisas que me deixaram nervosa. Não deu. Vocês me desculpem (Livro VII, 2007, p. 21).*

A aposta é que o reconhecimento da palavra aí pronunciada restaure a função criativa e possibilite a construção de laços sociais. É a autenticação do Outro no pacto da fala.

*... F leu o que escreveu sobre as palavras dos participantes e que as palavras dizem coisas que estão guardadas. D já participou da oficina e disse que a oficina é para fala, Y disse que aqui se fala o que quer. X veio à oficina pois está triste, veio só para oficina, sua avó faleceu... (Livro II, 1997, pp.1-21).*

Como respeitar a singularidade do sujeito e ao mesmo tempo responsabilizá-lo por sua inscrição social?

*A sociedade diz que você é maluco, mas quer que você trabalhe. A sociedade traz uma verdade inadmissível, mas quer que você aceite. Fui tido como PMD (psicótico maníaco depressivo), e que foge a realidade. Não nascemos com a doença, ela se instala em nós através das ciladas da vida. O palavrear é um espaço revolucionário... É uma oficina que tem liberdade para falar de nossas vidas (Livro II, 1996, p. 5).*

O recorte do discurso da paciente acima, escolhido entre tantos outros, expressa ambigüidades, contradições e dificuldades. Ela percebe claramente que há uma demanda, não só dela, mas também da instituição que persegue a cura e a

alta. Um indicador do sucesso desse desiderato seria o retorno ao convívio familiar, social, e à reintegração ao trabalho. No limite, o resgate da capacidade produtiva, a reintegração ao mercado de trabalho e a reconquista da autonomia constituiriam o ideal da cura. Há uma expressão, que se tornou lugar comum nas discussões entre os técnicos do ambulatório ou do hospital-dia para se referir ao suposto êxito de algum tratamento, que é o seguinte: “fulano estava muito mal, mas agora já está podendo...” Essa expressão tão comum nas discussões de casos marca certo “já está podendo...” como indicação do progresso obtido no tratamento. O paciente ideal já deve “estar podendo” retornar à família e ao trabalho, isto é, reconquistou a sua autonomia. Todavia, salta aos olhos \_ e essa paciente o percebe \_ a contradição aqui instalada. Estigmatizada por sua identificação na condição de doente mental, a paciente se confrontará com uma demanda freqüentemente impossível de satisfazer e um ideal longe de realizar.

Outras vezes, a aspiração do paciente se choca com o que o técnico ou a equipe julgam o que seria melhor para ele. O espaço de contradição que se abre aqui é enorme, aponta para várias direções. É o caso da paciente Z sobre a qual trago um fragmento mais extenso.

## 5.6

### Aporias do desejo

Z é uma paciente com uma história de inúmeras internações em vários estabelecimentos psiquiátricos, a maioria delas no próprio Instituto, sobretudo as mais recentes. Tem cerca de 40 anos, solteira, três irmãs com as quais não mantém nenhum relacionamento. Vive só, em casa de vila, alugada na Baixada Fluminense. Filha de família de baixa renda, Z tem apenas o curso de primeiro grau, tendo sido obrigada a trabalhar desde adolescente para ajudar no orçamento doméstico. Trabalhou como agente administrativo em várias empresas até a eclosão de seu primeiro surto e conseqüente internação psiquiátrica. Desde então passou por vários médicos e tratamentos, numa triste rotina onde a baixa adesão e mesmo inconformismo com as orientações lançaram a paciente na chamada carreira psiquiátrica. As conseqüências do ingresso nessa carreira são conhecidas, não sendo necessário citar o corolário de problemas representados pelo chamado

hospitalismo. Não é de menor importância assinalar o efeito provocado pelas internações seguidas nos já combalidos laços sociais da paciente. Isto não apenas pela ruptura dos vínculos de trabalho, mas também pelo afastamento de companheiros, vizinhos, familiares etc. O estigma decorrente dessas internações repetidas, do ir e vir de hospitais psiquiátricos, da frequência de ambulâncias à sua porta, terminou por emprestar à paciente um estereótipo que dificultava ainda mais sua relação com seu meio social. Um exemplo dessa dificuldade pode ser aferido por um incidente em que tive a oportunidade de intervir durante a sua última internação, ocorrida há pouco mais dois anos.

O pastor da igreja que Z frequenta me procurou para pedir ajuda, pois temia que a paciente fosse expulsa da comunidade, em virtude de seus estranhos e agressivos comportamentos, linguajar inapropriado, trajes bizarros, enfim uma maneira de estar no mundo e de se relacionar que provoca rejeição. Percebi claramente a importância que a comunidade, em particular a igreja, tinha na sua vida. Sem relação com as irmãs, e com dificuldades de se inserir no mundo do trabalho, as relações de vizinhança, na comunidade e no seio da igreja constituíam as formas fundamentais de laço social para ela. Ciente dessa importância acertei com a paciente, com seu médico e o pastor uma visita à igreja para tentar evitar seu isolamento ou até mesmo sua expulsão do grupo. Desse contato inicial decorreram várias reuniões com os membros da igreja, cujo resultado foi obter uma maior compreensão do sofrimento de Z, suas dificuldades e limites e, por fim, o acolhimento e o respeito à singularidade.

A intervenção acima descrita coincidiu com o início da participação de Z na oficina Palavras. Nesse caso particular, minha intervenção enquanto membro de uma das equipes da enfermagem criou uma relação transferencial que propiciou a entrada da paciente na oficina. De início, sua participação era bastante desorganizada, havendo mesmo encontros em que a paciente parecia delirar todo o tempo. Não obstante, o acolhimento dos demais participantes ensejou a oportunidade para que Z trouxesse à discussão suas dificuldades reais, seus temores, suas angústias, sua solidão e mesmo suas idéias delirantes.

Esse acolhimento foi fundamental para que a paciente se sentisse aceita e respeitada, consolidasse o vínculo transferencial, e em pouco tempo passasse a fazer parte do núcleo fixo da oficina. Depois de dois anos de frequência ininterrupta talvez se possa dizer que o dispositivo da oficina propiciou uma

relação de confiança, pertencimento e responsabilidade essenciais para a mudança de curso verificada na trajetória desse sujeito. A mudança observada nos dois últimos anos, em que a paciente sai de um estágio onde sua adesão aos tratamentos praticamente inexistia, para o estágio atual, no qual é chamada a responder pelo lugar de sujeito, levou-me a refletir sobre a importância da oficina nesse caso. De fato, desde o início, por maior que fosse a desorganização da paciente, era um sujeito que estava ali e demandava uma intervenção.

*... Não quero ficar sem fazer nada. Acho que tenho capacidade para fazer muitas coisas. Quero sair, trabalhar e ganhar meu dinheiro, quero ter uma vida igual de todo mundo. Sair de manhã para o trabalho, voltar para casa à tarde e cuidar das minhas coisas. Acho que posso fazer isso. Vou mandar currículo para as empresas. Tenho esperança que alguma me chame. Tenho experiência de trabalhar como secretária (Livro III, 2002, p. 42).*

Não era a doença, mas o doente, um sujeito cuja implicação no seu próprio sofrimento, no seu mal-estar no mundo e nos problemas é que importava para a oficina.

Depois de um longo período de internação, e quando a equipe da enfermaria já discutia a possibilidade de alta hospitalar, Z passou a falar de seu desejo de voltar a ter um trabalho regular. De fato, Z não conseguia manter um emprego estável desde seu primeiro surto. Desde então, sobrevive com um benefício \_ auxílio-doença \_ do INSS. Todavia Z não parece satisfeita com essa situação, alegando que tem condições de trabalhar e gerenciar sua própria vida. Não se trata de um trabalho qualquer, esclarece:

*... Quero ter um trabalho direito, com salário e carteira assinada, tudo direitinho. Sei que ta difícil. Tem muita gente querendo isso também, mas não consegue. Tem muita gente desempregada. Mas tem muita gente que não quer trabalhar. Trabalho sempre tem. Não tenho medo de trabalhar. Tenho experiência de trabalhar como secretária (Livro III, 2002, p. 43).*

Assim, Z enuncia claramente o seu desejo. Perguntada sobre o significado disso, Z responde que deseja ser uma trabalhadora. Essa resposta me pareceu muito significativa, pois assimila a condição de trabalhadora à posse da carteira de trabalho, assimilação essa que permitiria a mudança na sua inscrição social, a troca de sua condição de titular de um auxílio ou benefício social para a de trabalhadora.

Mas, como voltar a trabalhar *com* carteira assinada sem abrir mão do auxílio-doença que recebe desde o dia em que se afastou do trabalho para tratamento? No plano ideal, tudo parece muito simples e muito lógico. Não seria o esperado de alguém que, melhorado ou curado da doença, quisesse voltar a trabalhar? Recuperar a capacidade de trabalho? Não seria esse até um bom indicador da evolução favorável do caso? O desejo de trabalhar, depois de tanto tempo de afastamento, não deveria ser saudado?

No entanto, as coisas não são tão simples assim. Tão logo a paciente enunciou seu desejo, houve uma grande mobilização de todos os técnicos envolvidos com o caso. Os técnicos do hospital-dia, do ambulatório e até mesmo estagiários me procuram para discutir o encaminhamento a ser dado. A preocupação dominante, para não dizer única, era a possibilidade de a paciente perder o auxílio-doença, caso insistisse em levar adiante a idéia de voltar a trabalhar regularmente. Preocupação pertinente, pois a história e a complexidade do caso recomendavam todas as cautelas possíveis.

O interesse nesse caso é que o anúncio da intenção de Z de pleitear uma nova perícia para dar fim ao seu auxílio-doença e de ser liberada para voltar a trabalhar provocaram um quase pânico entre os técnicos. Imediatamente, como se esquecessem do ideal de cura antes apregoado procuram demovê-la da intenção de abrir mão do benefício social para lutar por um lugar no mercado de trabalho. A justificativa para a mudança de orientação dos técnicos é que a paciente trocava o certo (auxílio-doença) pelo duvidoso (o salário com carteira assinada), pondo em risco a sua segurança e sobrevivência. A paciente, porém, resistia aos argumentos dos técnicos, insistindo no desejo de voltar ao trabalho. Lembro o dia em que o médico veio falar comigo para que ajudasse a convencê-la da temeridade dessa decisão. Ao fim, a paciente, talvez vencida pelos seus próprios medos e divisões, recuou dessa posição e acabou por concordar em permanecer com o auxílio - doença, restringindo-se a pequenos trabalhos sem a ambicionada carteira assinada. Para reforçar a necessidade de manter o benefício, o médico chegou até mesmo a mudar o diagnóstico, agravando-o, no laudo dirigido à perícia previdenciária.

Esse caso me pareceu exemplar no sentido de mostrar um pouco das ambigüidades que caracterizam o trabalho com o doente mental.

Mas, como conciliar essas cautelas com a aposta no desejo do sujeito? Até que ponto há espaço para o desejo? Como articular, numa mesma resposta, a necessidade de garantir a proteção social, preocupação de todos os técnicos, e o reconhecimento do desejo do sujeito de alterar sua inscrição social? Onde localizar o sujeito? Como conciliar a expressão da realidade psíquica com os imperativos da realidade social? Como dar consequência prática ao postulado segundo o qual há sujeito na loucura? Sujeito, desejo, responsabilidade, direito\_ como articular na prática esses termos? Querer o bem da paciente não se choca com a ética da psicanálise que se define como a ética do desejo?

É comum o enunciado, sempre com o sentido de advertência, segundo o qual na prática a teoria é outra. Aqueles que trabalham com o doente mental sabem dos impasses e dos paradoxos com que nos deparamos a todo o momento. As certezas inexistem, as verdades não são únicas e os caminhos são abertos na própria caminhada. O caso de Z, brevemente resenhado acima, expõe claramente as dificuldades, impasses e limites do nosso trabalho.

Confrontada com essa situação manteve a posição de sustentar uma escuta não comprometida com nenhuma direção que não fosse a indicada pela própria paciente. Isso não significa, e não significou simplesmente acatar sem nenhum questionamento a fala do sujeito. Procurei desvendar a enunciação nos seus enunciados. Ao fazer isso, com a ajuda dos demais pacientes da oficina, coloquei em evidência a posição subjetiva de Z. Um primeiro movimento foi o de responsabilizá-la pela sua decisão, fosse qual fosse. Segundo, os próprios pacientes da oficina com suas questões levaram-na a desenhar os vários cenários engendrados pela sua decisão, com as consequências possíveis. Esses movimentos não se confundiram com o dirigismo da equipe da enfermaria ou do hospital- dia, que estabelecera de antemão o que era melhor para ela.

O que seria melhor para o sujeito?

É uma pergunta que talvez um psicanalista não se deva colocar. E, se o fizer, não deve operar a partir daí. Não se trata de desmerecer o trabalho das equipes multiprofissionais que atuam nos serviços psiquiátricos. Mas a visada do psicanalista é necessariamente outra. Essa diferença talvez se perca nos atuais dispositivos de atenção onde as equipes procuram dar uma assistência dita integral ao paciente. Evoca-se aqui a própria definição da saúde como o estado de completo bem estar biopsicossocial Essa universalidade humanista não deve

seduzir o psicanalista a ponto de fazê-lo esquecer a particularidade de cada um. E justamente por ter como ofício e visada o particular, o psicanalista não pode se deixar absorver no universal, no conjunto, na chamada equipe de saúde mental. Ele não é mais um; sua função, seria mais apropriado dizer, é ser menos um no conjunto. Ou, dito de outro modo, é não deixar fazer conjunto. Da mesma forma que em relação ao saber, onde sua operação é introduzir a dimensão do não \_ saber, em relação às equipes de saúde a posição do analista deve ser a de sustentar a radical originalidade do desejo de cada sujeito. A responsabilidade do analista, e o risco decorrente do seu ato, é o de abolir ou reconhecer o outro como sujeito.

Autorizar o dizer de cada um \_ trata-se de uma clínica que não se presta à universalização. Operar sem cair na rede de uma clínica estandardizada demanda uma abordagem de não rigidez, que intervenha por uma lógica que responde pelo não - todo. Uma lógica que não trata de prometer a normalização ou a reabilitação dita social cujo indicador mais freqüente costuma ser a reinserção no trabalho.

## 5.7

### Uma existência escritural

*A ata é feita para falar sobre as nossas vidas e pela vida dos pacientes do IPUB e as nossas coisas que acontece na vida. A oficina na minha vida é muito importante... Porque eu vejo como a minha vida é muito importante... porque a gente aprende a viver. (Livro VI, 2007, p. 5).*

O próprio do campo freudiano é supor que o discurso do sujeito se desenvolve na ordem do desconhecimento, do erro, do tropeço, e mesmo da denegação. Nesse discurso que se desenvolve algo se manifesta. O sujeito emite uma palavra, um significante cujo encadeamento no fluxo do discurso produz um efeito de significação ele próprio desconhece. Isso resulta mesmo da estrutura do significante cujo aspecto essencial está em que ele seja articulado. Conforme assinala Lacan (1957), com base na lingüística de Saussure, os elementos significantes se compõem segundo as leis de uma ordem fechada, resultado de uma estrutura combinatória cujo substrato topológico é a cadeia significante.

A significação é efeito de uma ação retroativa do último significante sobre a cadeia: não é senão com a última palavra que uma significação vem se produzir. Na medida em que sempre mais um significante pode ser encadeado há necessidade de um ponto final, um ponto de basta, um corte que interrompa o fluxo contínuo das palavras e faça emergir a significação. A palavra escrita é de outra natureza, pois ao conferir uma materialidade à fala impede o desvanecimento ou até mesmo o deslizamento incessante dos significantes, produzindo um traço no real.

Com base nessas considerações é que, desde o início do Palavrear, pensei em fazer um registro que desse conta de algo da experiência. Primeiramente, eu mesma me encarreguei da tarefa, esmerando-me por fazer um registro tão fidedigno quanto possível, objetivando uma transmissão de tudo o que se passara em cada encontro. Logo depois, porém os próprios pacientes se encarregaram de redigir as atas, dando uma versão própria do movimento da oficina. Se, como assinala Foucault (1987), a primeira e mais fundamental violência contra o louco é destituí-lo da sua palavra, a oficina devolve-a a ele; ao atribuir-lhe a responsabilidade pela escrita da ata.

Em realidade, houve uma espécie de passagem, na qual se transitou de um modelo mais ou menos comum, tradicional, em que o terapeuta faz um registro ou diário de campo, para um modelo novo, em que o registro é feito pelos próprios pacientes. Não foi propriamente uma escolha\_ pelo menos no sentido consciente do termo. Ocorreu algo que já disse a respeito da oficina: institui-se pelo seu funcionamento. E confesso que não foi sem alguma resistência.

Como não lembrar a surpresa diante de algumas atas bastante desconexas? O que fazer com algumas cuja escrita era francamente desorganizada, expressão de um pensamento descarrilhado? Como evitar a tentação de interpretar o registro, praticamente um vício profissional? Evidentemente, o primeiro obstáculo foi vencer a minha resistência e me deixar conduzir, sem me agarrar a modelos ou roteiros já conhecidos, aventurando-me sem preconceitos pelos caminhos que a própria experiência abriu. Sem bússola nem mapas, tomei como orientação um verso de nosso poeta maior: “penetra surdamente no reino das palavras” (Drummond).

Assim, abandonei a pretensão de trilhar um caminho já conhecido, um terreno já mapeado, e deixei-me levar pela experiência, onde o muro da

linguagem nem sempre permitia ver muito longe. Mas, para me dar conta do que tinha ali na minha frente, não seria necessário abandonar a pretensão de enxergar ao longe? Não deveria me permitir errar? Ao seguir por esse caminho optei pela construção de um saber fragmentário, à moda do inconsciente, opção não compatível com as exigências do discurso universitário, no sentido que lhe dá Lacan (1969-70), em que o saber ocupa o lugar do agente.

De qualquer modo, a clínica ensina que todo caso é sempre uma construção. Ao fazermos uma apresentação não trabalhamos senão a partir de fragmentos, procedendo como um arqueólogo um tanto estouvado, metáfora a qual Freud (1937b) freqüentemente recorreu: "... assim como o arqueólogo ergue as paredes do prédio a partir dos alicerces que permaneceram de pé,... também o analista procede quando extrai suas inferências a partir dos fragmentos de lembranças, das associações e do comportamento do sujeito da análise" (p. 293).

O que busquei obter foi um efeito de fixação. A ata é fixação, amarra o que, por natureza\_ o discurso, a fala \_, é fluído, cava uma marca no real, uma espécie de marca entalhada cujo efeito, ao ser reconhecido pelo outro, é de inscrição social. ... *A ata é o monopólio das palavras* (Livro I, 1994, p. 44).

... *Foi bom fazer para mim a ata gostei. Eu adoro ser útil para meu trabalho. Fiz uma ata palavrear presença do meu trabalho* (Livro VII, 2007, p. 10).

*A ata é um documento escrito das palavras. São passagens da vida da gente inclusive do hospital e de antes também. Falamos de tudo, internações, problemas de família, angustias, medos, relacionamentos e até dos médicos* (Livro VI, 2006, p. 32).

É evidente que não se trata do registro factual, da minúcia dos acontecimentos, mas fragmentos significantes, em cujo registro está implicada ademais a subjetividade do escrevedor, aquele que lavra a ata. Este assume a responsabilidade pelo texto e pela leitura do registro, o qual ocasiona reações tanto de reconhecimento quanto de estranhamento. Não raro os pacientes pedem uma retificação do que foi anotado como condição para que ao final a ata seja aprovada e possa ser assinada por todos. Assinatura é firma\_ firma o dito. Ao firmar o dito como uma conclusão do trabalho, ponto de basta no deslizamento dos significantes, a assinatura se faz ato.

*A oficina dá um projeto de vida. Rochelle faz a apresentação e explicando a oficina, para cada um pergunta sobre seus problemas. Você acha que precisa ficar internada? Como? O que você vai fazer depois que sair do hospital? A oficina é um espaço que procura escutar os outros, tem dois momentos, tem um começo e assinatura na ata (Livro V, 2005, p. 54).*

*A professora Rochelle se apresentou e todos se apresentaram. F não tem vontade de viver ela foi violentada. Q acha que F deve dar uma chance para ela viver mais. F hoje não está bem deu ataque de epilepsia está internada disse que será pior quando sair daqui. Lavrei a presente ata que será assinada por mim pelos participantes (Livro III,2002, pp. 20-24).*

Destaco três significantes que me parecem essenciais nessa articulação: lavar, ata e ato. Lavar, do latim *laborare*, tem significados cuja pluralidade nos aproxima da complexidade de efeitos que intento fixar aqui. Lavar pode ser tomado no sentido de trabalhar (que nos remete ao trabalho psíquico), de marcar ou sulcar a terra (refere-se a uma marca no real), registrar e assinar (dimensão simbólica).

Ata deriva de *acta*, coisas feitas\_ escrita que firma o significante, o que a assinatura confirma. Aliás, o verbo firmar tem exatamente esse significado. Firmar um documento ou um ato no sentido de assinar. Ato deriva de *actu*, feito, fazendo, faz, tem ou é passível de conseqüências jurídicas. Decorre de um ser de desejo, que se responsabiliza livre e conscientemente. Dá a idéia de presente e durável, em grau definido de realidade e perfeição. Na língua francesa existe a palavra *acte*, que se pode traduzir como ato e como ata, ressonâncias da língua de que se aproveita Lacan (1967-68).

A psicanálise inaugura uma nova concepção de ato que está profundamente implicada com o começo de suas formulações, pois todo ato funda um principio de organização, refere-se a um momento inaugural, de criação. Diria que o ato inaugural de Freud foi atribuir um saber ao Outro, saber este que subverteu a boa forma de qualquer discurso. Essa descoberta permitiu que se considerasse a emergência de uma nova língua que vem articular-se entre esquecimentos banais, interditos e contradições. No lugar de abordar as falhas de linguagem como contraponto para o estudo de línguas formais, Freud, desde seus primeiros estudos, tratou de escutar os deslizos de linguagem, relacionando-os ao inconsciente. O inconsciente faz ato. Esta afirmação serviu como uma premissa

estrutural na definição de seu projeto científico; era preciso continuar a investigar ainda sua forma de atuação.

Ao fazer esse pequeno apanhado das várias significações desses termos, autêntica polissemia, me aproprio dessa riqueza semântica e com os equívocos da língua para me aproximar de um aspecto fundamental da oficina incidência deve ser pensada nos registros do real, simbólico e imaginário. Esses três registros psíquicos são trabalhados por Lacan desde sua conferência “*Le symbolique, l’imaginaire et le réel*” (1953b), quando são vistos de forma isolada, até *O Seminário RSI* (1974-75) em que se tornam dependentes de seu enodamento na cadeia borromeana.<sup>50</sup> Ele vê nesses três a possibilidade de uma nomeação ou de uma releitura da psicopatologia freudiana: o real da angústia, o imaginário da inibição e o simbólico do sintoma.

A angústia se refere a um objeto desde sempre faltante, vazio que a pulsão não faz senão contornar. É nesse sentido que o real é o impossível na medida em que escapa ao simbólico e à mobilidade que lhe é própria. É o que esta fora do que faz sentido. Nas palavras de Lacan: “o real ex-siste enquanto impossível”<sup>51</sup> (p.66). Essa ligação do objeto com sua falta necessária é onde se situa o que, em sua análise da transferência, ele introduziu sob o termo *agalma*. É porque esse lugar vazio é como tal que se constitui a dimensão da transferência, conforme vimos na leitura do *Banquete*.

O simbólico, dominante na tópica lacaniana em seu período inicial, refere-se ao campo do Outro, à linguagem. Mesmo reconhecendo um ponto de opacidade, resistente à significação, Lacan (1953a) afirma que tanto o inconsciente quanto o sintoma se estruturam como uma linguagem. Por isso, ele entende que o símbolo e a linguagem são a estrutura e o limite do campo psicanalítico. Ao contrário do real, que insiste sempre no mesmo lugar, o sintoma é movente por ser linguageiro, por ser “... linguagem cuja fala deve ser libertada” (p.270). O sintoma, como sonho, é um enigma. Ele representa o sujeito. Atrás de cada sintoma está o sujeito. E sua cura consiste na reintegração de sua história.

---

<sup>50</sup> Cadeia borromeana é uma cadeia tal que, se cortarmos qualquer um dos seus anéis, todos se desligam. O uso analítico está mais explicitado em *O Seminário, livro 22, RSI*.

<sup>51</sup> Ex-sistir quer dizer, mais precisamente, se situar alhures, fora, mas cuja presença é necessária aos outros dois termos (simbólico e imaginário) como ponto de apoio, de nodulação.

Se o real se caracteriza por sua ex-sistência e o simbólico por sua insistência, o imaginário se define pela consistência que empresta a estrutura. Como mostrou no estágio do espelho, Lacan localiza na identificação imaginária a assunção jubilatória de um corpo, operação psíquica pela qual o ser humano se constitui numa identificação com seu semelhante, instaurando-se numa dualidade interna ao sujeito. Do início do seu ensino quando o registro do imaginário aparece como o do engano, das ilusões do eu e da alienação, da tensão agressiva da relação especular, sua teoria lhe confere outra dimensão, a de dar consistência, isto é, corpo e imagem à estrutura.

*LO está internada desde maio, escuta vozes que perturbam muito. Queria matar a avó dela com quem morou tem 23 anos e começou seu problema aos 18 anos. Diz que os remédios foram os culpados por sua internação. PC reclama que está aqui por engano, que está bem, que seu irmão é que é doente e quer prejudicar e ficar com tudo dele. Acha que ele devia ser internando. MF diz que de tanto ouvir essas conversas está meio pinel, está misturando tudo. Num outro dia viu LO agitada e ficou nervoso agitado também (Livro V, 2005, p. 64).*

*EL está internada, veio a oficina antes e disse ser EL. Hoje disse que é cid10 f32 bipolar e se apresentou com esse nome. Falou alto e não parou sentada e fez muitos gestos. Os outros estranharam a mudança de EL (Livro VII, 2007, p. 16).*

*É uma oficina que concerta cabeças (Livro II, 1996, p. 34).*

*O pensamento precisa ser escrito, alivia a tensão. É o lugar pra falar dos sonhos (Livro I, 1995, pp. 49-50). Aqui é tudo registrado é conversa séria (Livro II, 1996, p. 29).*

A ata tem por objetivo e efeito reconstruir um pedaço da história, reinscrevendo nela o sujeito, numa dialética com o outro. Assim, nessa reconstrução o sujeito acede a uma temporalidade da alteridade, no sentido literal em que ele consegue re-situar-se na interação simbólica. Aquele que constrói o texto dá provas de responder para os demais, com o seu produto, o que escutou e, posteriormente, ler enquanto os demais participantes escutam.

Quando assinalo que o registro, a leitura e a assinatura da ata promovem um laço entre os participantes, um laço que por seus efeitos pode ser chamado de laço social, estou acrescentado um quarto termo que vem balizar o trabalho na oficina: do latim *laceu* ou *laqueu*, laço remete a aliança, vínculo ou união.

*A assinatura da ata é um ato de bom senso (Livro VII, 2007, p. 5).*

*... Rochelle assistente social é que preside o palavrear. M.diz que aqui as pessoas escutam o que se fala. M diz que a ata é um registro. Sem mais lavro a presente ata (Livro III, 1997, p. 13).*

Ato, assinatura, alguém é convocado a assinar seu nome, uma função subjetiva está em jogo, condição de responsabilidade, afirmação necessária do falante.

O que se afirma é um nome, não um nome comum, mas um nome próprio, ponto de junção entre a linguagem e o sujeito.

Ao apresentar a oficina através dos registros dos pacientes tenho a pretensão de trazer o vivo da experiência, com suas dificuldades, imperfeições e limites. Não obstante sei que essa é uma missão impossível, não resultando mais do que uma pálida amostra do trabalho. O próprio Freud (1918) se defrontou com essa dificuldade, deplorando que nenhuma apresentação de uma psicanálise possa restituir as impressões que se experimentam durante sua realização e que a convicção final não possa ser comunicada pela leitura, mas pelo vivido.