

# Trabalho da mesa redonda: Objetividade e Clínica Psicanalítica

## O tratamento do objeto da segregação pela supervisão clínico-institucional

Mariana Mollica da Costa Ribeiro<sup>1</sup>

Daniel Fabrício da Silva<sup>\*\*</sup>

Partimos da proposição de que o remanejamento dos grupos sociais pela ciência, através da universalização capitalista do mercado, amplia os processos de segregação (Lacan, 1967). A biopolítica produziu o controle das massas pela normatização dos corpos e saberes da ciência médica nos séculos XIX e XX. O poder disciplinar, como nos mostra Foucault (1972, 1979), foi a maneira que a modernidade inventou de apartar o dito louco do convívio social; produziu com o hospício o silenciamento do sentido dos sintomas psicóticos reduzindo o sujeito a objeto das práticas psiquiátricas. A lógica contemporânea do hipercapitalismo produziu uma mutação na biopolítica (Macedo, 2015), a partir do avanço do consumismo como forma de segregação de quem não pode ter acesso aos bens de consumo e participar da livre concorrência. O contexto biopolítico operacionalizado pelo mercado neoliberal, na medida em que investe na qualidade de vida de uns, implica na exigência de destruição da vida de outros, tornando suas vidas descartáveis, de forma que novas figuras da criminalidade e da anormalidade serão fixadas naqueles que não se assumem como auto-empresendedores no mercado. Muitas vezes é pela transgressão - o consumo excessivo de drogas ilícitas é um bom exemplo - que esses sujeitos expulsos do laço pelo discurso da ciência, visam uma reinserção.

Na história da psiquiatria no Brasil, o manicômio chegou a ser nomeado como holocausto brasileiro (Arbex, 2013), graças às suas práticas violentas de isolamento, humilhação,

---

\* Psicanalista. Pós-doutoranda do Programa em Teoria Psicanalítica da UFRJ. Supervisora da Secretaria Municipal de Saúde RJ (SSM). CAPS III Arthur Bispo do Rosário (2014-2018).

\*\* Psicólogo, Especialista Escola de Psicanálise do Rio de Janeiro, Psicólogo Hospital Jurandyr Manfredini (2009 a 2018).

dessubjetivação e - mesmo que se tenha conseguido produzir uma mudança no quadro de enclausuramento da população, com intenso sofrimento psíquico nos últimos 30 anos de Reforma psiquiátrica, através do processo de desinstitucionalização - é preciso estarmos atentos às novas formas de manicomialização fora do hospício. Como observa Viganó (2012), o que tem ocorrido com as práticas da saúde mental em rede é a substituição da exclusão pela segregação. Se antes as instituições fechadas apartavam o paciente da convivência em sociedade, atualmente, muitas vezes se desconsidera a dimensão discursiva. As práticas atuais de segregação se dão sob a forma de moralização e criminalização das condutas; a inabilidade de lidar com surtos desencadeados por passagens ao ato, onde estão ausentes quadros psicóticos clássicos para os quais os medicamentos são inócuos, além da tendência de transformar a saúde em mercadoria, a ser imposta aos usuários como empreendimento do Estado. Nesse caso, o sofrimento e a inadaptabilidade psicótica ao convívio com outros é tomada como uma espécie de vitimização do usuário e, muitas vezes, a resposta é reduzida à políticas de assistência social que ignoram o gozo do sujeito e impedem a vertente singular de uma saída construída via sintoma. O sintoma tem, para a psicanálise, um estatuto de tentativa de cura, como evidenciou Freud com o delírio. É preciso situar a segregação como efeito do discurso inerente ao laço social. Embora haja um fora-do-discurso na psicose, como demonstra Lacan, os elementos discursivos - significantes, objeto e alteridade - estão presentes e precisam ser tomados em sua estrutura. A estrutura psicótica se caracteriza pela identificação do sujeito no lugar de objeto do gozo do Outro. Para tratar o gozo segregado de cada um, é preciso passar da certeza de que esse gozo é do Outro, do qual o psicótico é seu objeto, para a percepção de que tal gozo pertence ao próprio corpo.

Laurent (2014) em *Racismo 2.0*, nomeia uma transição do *racismo nazista* (Laurent, 18/fev/2014), que eclodiu com a guerra após o crescimento do antissemitismo na Europa, para o *racismo pós-colonial*, que se dirige a imigrantes e, aqui no Brasil, segue uma tradição escravocrata, voltada para classes populares. Embora haja distinções em relação às suas formas sociais, um ponto jaz intacto: uma comunidade se une pela rejeição de um gozo inassimilável. Para Freud, a rejeição racista reúne através de um traço de identificação com o líder de um grupo ou entre semelhantes. Para Lacan rejeita-se um gozo não representável e não compartilhável, que envolve um não-saber fundamental no campo do Outro que provoca horror e comumente a eleição de um bode expiatório pelo grupo, a ser extirpado ou mortificado; eis o objeto da segregação.

O rebotalho social criado pela própria transição de época constatada por Lacan (1971) - do discurso do mestre para o discurso capitalista - considerando aqui a especificidade brasileira, retorna muitas vezes no real, sob a forma da auto-mutilações, compulsões, ou na forma de passagens ao ato. As demandas que chegam aos serviços da rede não são mais características das psicoses clássicas, com sintomas produtivos. Um grande número de casos inclui uma violência eminente de risco de vida - em comunidades dominadas pelo tráfico, pela milícia e também pela opressão do Estado - nas quais os sujeitos estão ameaçados de morte, são espancados ou, eles próprios se colocam em situações de risco. O sintoma se apresenta sob a forma de auto-extermínio. Como tratar o objeto da segregação, alvo do extermínio do Outro e, paradoxalmente, do próprio sujeito?

A supervisão na rede de Saúde Mental é um espaço de formação continuada, segundo a fala das próprias equipes dos serviços. Profissionais chegam a considerar que sua formação na graduação não lhes dá condições para operar com tamanha complexidade nos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial. Evidentemente, a supervisão também não teria como responder às mais variadas perspectivas de ação de um serviço de alta complexidade que envolve gestão em saúde, articulações com o campo jurídico, com a assistência social, etc; mas ela é um dispositivo que permite aos profissionais traçarem e reatualizarem coletivamente uma política institucional que tem a clínica como direção ética.

Consideramos que todo profissional confrontado com os desafios colocados pela psicose e pelos efeitos subjetivos da violência extrema, mais cedo ou mais tarde, estará embaraçado com delicadezas no manejo de sintomas quase inabordáveis. Segundo Bassols, “a segregação mais radical se funda na negação da palavra” (Bassols, 2017: p. 7), sendo assim, para incidir sobre o objeto da segregação, é preciso operar a partir dos transtornos de linguagem. Os fenômenos elementares da psicose, a passagem ao ato, o falatório maníaco, são modos de apresentação da linguagem curto-circuitada. Na passagem ao ato o sujeito cai como objeto da cena do Outro (Lacan, 1962-63). A segregação toca na estrutura mesma da relação do sujeito com o Outro. Como essa segregação estrutural, inerente ao simbólico, se encontra com a segregação social que rege a civilização hipermoderna?

Um rapaz passou aproximadamente três anos contido no leito da enfermaria de um dos poucos hospitais psiquiátricos<sup>2</sup> remanescentes no município do Rio de Janeiro. Quando o soltam ele vira um *monstro*, como a equipe nomeia. Ataca a todos ou se joga contra uma parede e se

---

<sup>2</sup> Hospital Jurandyr Manfredini

machuca muito. Um psicólogo que consegue uma primeira vinculação com José se dirige à supervisão do CAPS<sup>3</sup> próximo ao hospital. Decidimos que ele participaria mensalmente da supervisão. A equipe do hospital começa a frequentar esse espaço coletivo no serviço aberto. Inicialmente, havia uma única consideração sobre ele: “o monstro, o paciente fora de possibilidades clínicas, refratário a todas as medicações”. A equipe tinha medo de se aproximar e o mantinha amarrado por 24 horas, a equipe do CAPS não conseguia uma ligação efetiva com José. As perspectivas de desinstitucionalização permaneciam inviáveis. Os que se aproximavam não o consideravam dentro de uma perspectiva discursiva. A questão que surge na supervisão: Porque ele vira monstro quando é solto?

A supervisão clínico-institucional orientada pela psicanálise no CAPS em questão segue a metodologia descrita por Viganó como “construção do caso clínico”: “caso vem do latim *cadere*, cair para baixo, ir para fora de uma regulação simbólica; encontro direto com o real, com aquilo que não é dizível, portanto, impossível de ser suportado” (Viganó, 2012: p. 116). Embora se vise circunscrever esse real inassimilável, é pela materialidade do significante que pretendemos bordeá-lo. O primeiro passo para a transformação que se produziria foi o estranhamento dos profissionais diante das próprias condutas e o levantamento de questões relativas às manifestações sintomáticas.

Uma outra questão foi destacada pela percepção aguçada do psicólogo: “porque ele pede para ser contido no leito quando fica em estado de agitação?” Tomando a questão como enigma, o psicólogo descobre através da escuta do conteúdo do quadro alucinatório, antes pouco considerado, que o paciente permanecia constantemente sob a ameaça de um Outro mortífero que poderia estuprá-lo e que essa ameaça partia do espaço da enfermaria. Vale dizer que José foi abusado sexualmente, tanto durante a infância, quanto na cadeia, onde foi preso antes da última internação. A prisão se deu em circunstâncias violentas, quando o retiraram a força de dentro do manicômio, algemado, diretamente para o cárcere, por denúncias de envolvimento com o tráfico de drogas. Na comunidade, havia sido ameaçado de morte. Do manicômio foi ejetado como criminoso. Então, só lhe restava permanecer preso.

As passagens ao ato passaram a ser entendidas pelo psicólogo como uma maneira de José defender-se da ameaça de estupro. Durante a supervisão, o pedido de ficar preso foi interpretado como um pedido de contenção do Outro em si. Se anteriormente o paciente era retirado da contenção quando havia uma ordem institucional, a retirada e a colocação da contenção passaram

---

<sup>3</sup> CAPS III Arthur Bispo do Rosário

a ganhar um estatuto simbólico. José passou aos poucos a decidir quando seria preso ou solto, artifício que passou a funcionar como um controle próprio sobre seu ímpeto destrutivo que, embora parecesse vir de fora, era inerente ao próprio gozo. A contenção foi paulatinamente sendo retirada dos braços e depois apenas restava um laço em forma de borboleta nas pernas, pedido de José. Ou seja, tal amarração foi se tornando uma mediação entre seu corpo e o Outro institucional, entre *estuprador* e *monstro*.

Após seis meses José aceitou sair da contenção mecânica. O profissional de referencia faz uma aposta arriscada diante de sua agonia e agitação por estar sem cigarros: que ele fosse à rua comprar. José permaneceu num estado ambíguo: queria e recusava a saída. A equipe aguardou seu tempo até que, ele decidiu ir à rua. Tal ambiguidade, embora constante, só foi percebida pelos profissionais quando passaram a dar ao sujeito o poder de fazer suas próprias demandas, subvertendo o lugar de objeto das práticas universalizantes do serviço e considerando a dimensão debatida na supervisão; produzir um corte na rotina institucional e, portanto, nas demandas situadas do lado da equipe.

A estratégia de sair independente de seu mau comportamento, imposição institucional *a priori*, mas agora a partir de seu pedido, modificou completamente a relação dele com a equipe e redundou na diminuição das agressões. Foi assim que o processo de supervisão rompeu com o discurso disciplinar e punitivista por meio da tomada da reabilitação não no sentido médico ortopédico, de restabelecer uma função somática anômala, mas no sentido jurídico, na construção do “direito pleno, do direito como tal” (Viganó, 2012: p. 118). A construção desse direito não se daria na lógica dos instrumentos jurídicos-assistenciais, mas na construção do caso clínico que compreende além do significante, o objeto.

Que objeto está em jogo nesse caso? O que o tornou um analisante na instituição não foi a qualidade pedagógico-interpretativa da equipe, mas que tenha realizado logicamente as seguintes perguntas: “O que eu faço aqui? O que posso fazer para encontrar uma solução?” Essas são modalidades preliminares de uma elaboração do sintoma e do início da transferência.

Foi a partir daí que José localizou o seu técnico de referência nomeando-o, a partir de uma função que estabeleceu para ele: *advogado*. Ora, advogado é aquele que defende um acusado. Se *o monstro* era o que ficava preso por ser perigoso e previamente condenado à clausura, o técnico de referência suspendeu o estatuto de criminoso que se estabelecera, inclusive na comunidade onde morava, uma nomeação de gozo a qual o sujeito se apegou. Para um advogado, alguém é inocente até que se prove o contrario. É preciso um processo escrito, dito,

evidenciado por palavras para que haja condenação e prisão e não simplesmente em função do capricho do julgador. O estabelecimento da transferência permitiu o desenvolvimento da circulação da palavra por parte do sujeito, dirigida ao psicólogo. Nomear uma função para o Outro foi o ponto que lhe permitiu a transformação do lugar aprisionado de objeto da segregação para a construção de novo lugar no laço social.

Certa manhã José foi escutado pela equipe, estava atormentado pela produção delirante: “queriam enfiar ovos nele”. Durante um passeio acompanhado, ao chegar a uma venda quebrou a barraquinha onde se vendiam ovos. O profissional que o acompanhava pôde fazer a leitura de que o significante ovo retornou no real alucinatório, o que levou a uma resposta não recriminatória. As reações do *advogado* pareciam surpreender José e produzir efeitos. Diante de uma situação constrangedora e impactante de ter levado um soco do paciente, em uma outra saída do hospital, o técnico de referência surpreendeu José ao abraçá-lo, num gesto inédito de outro tipo de contenção: “vamos voltar para o hospital para que você não se machuque ou machuque alguém”. Uma contenção recheada de palavras e afeto. José não passou mais ao ato.

O técnico de referência de José afirmou durante a supervisão que precisava desconstruir o manicômio que habitava em si. José construiu um lugar na transferência onde seu interlocutor o ajudava a fazer a mediação diante do Outro perigoso, monstruoso. Não um secretário, como propôs Lacan, mais propriamente como advogado, como ele próprio nomeou. A alta foi entendida como um projeto futuro, que dependeria de condições: passaria a frequentar o CAPS e sairia à rua desacompanhado, desde que cumprisse contratos. A equipe aceitou uma transgressão parcial, ao saber que ele fora numa comunidade usar drogas e voltou fora do horário combinado. No entanto voltou. O estabelecimento da confiança se construía na contramão de uma perspectiva moral. Seu gozo transgressor era incluído no projeto terapêutico.

A constituição do novo espaço institucional se deu na medida em que encontrou funções distintas para os dois serviços de tratamento, o CAPS III e o CAPS ad que passaria a frequentar. O primeiro lhe servia de auxílio para o sofrimento pela ameaça do Outro e, o segundo, para mediar sua relação com o uso desenfreado de drogas e com outros usuários, investimento em laços que o colocavam diante da ameaça de morte na comunidade. Estar entre usuários de drogas e traficantes também lhe conferia um lugar no Outro. Seu irmão morto fora traficante. Já morando fora do hospital, passou a formular o desejo de ter uma fonte de renda extra para residir sozinho, separado da avó, com quem tinha uma relação muito difícil.

O tratamento do objeto da segregação a partir da supervisão clínico-institucional implica na dimensão do conceito de extimidade. O mais íntimo é um objeto que paradoxalmente encontra-se no exterior, é êxtimo (Lacan, 1959-60, p. 173). Esse ódio que recai sobre um ponto insuportável a ser extirpado imaginariamente pelo grupo, um gozo do Outro que não reconheço, tem uma dimensão estrutural e pode ser entendido, segundo Miller (2016), pelo estatuto que adquiriu o imigrante no contemporâneo. Com a globalização, reduziram-se as grandes fronteiras e o estrangeiro que quer se assentar numa nova pátria tem exatamente o estatuto do sujeito em psicanálise – não definimos seu lugar na própria casa, mas a partir do território do Outro. O supervisor tem uma função extima em relação às equipes justamente para interrogar esse gozo que o grupo rejeita e que é inominável. É o ponto a ser tratável no sintoma dos usuários segregados do laço social. A própria função do supervisor é ser um estrangeiro que, no entanto, se estabelece naquele contexto com intuito de incluir a diferença através de um enigma frente a um gozo estranho, que provocaria uma resposta recriminatória. É função da supervisão transmitir que as pulsões são indomesticáveis e que o excesso de proibições, contenções e até a ajuda assistencial não apenas não tem efeitos de diminuição do processo anômalo, mas sim o faz crescer.

Quando o psicólogo se dá conta que precisará desconstruir o manicômio em si, acolhe o estrangeiro que o habita como algo a ser interrogado e não calado, excluído, mortificado. A supervisão não coloca uma pergunta sobre a doença, o diagnóstico, mas sobre a prática clínica dos profissionais. Sensíveis às próprias defesas, os profissionais podem se colocar disponíveis para o inédito que surgirá no encontro com os usuários, como sujeitos sobre quem nada se sabe previamente. *Ovo* foi um significante que não retornava no simbólico, mas justamente esse irrepresentável levou o objeto a fazer sua aparição. O objeto nesse caso é um objeto oral, de devoração. Ser devorado é uma dimensão da vivência do horror testemunhado pelo sujeito e recuperada *a posteriori* pelo coletivo. A suspensão no *logos* institucional, um a menos de saber por parte dos operadores do cuidado, permitiu que o próprio paciente construísse uma morada ali onde estava exilado, sem paradeiro. O enigma colocado pelo caso José pôde ensinar a vários profissionais que atuam naquela região; no hospital, na Unidade de Acolhimento Adulto onde ficou, nos dois CAPS que frequentou e também para a própria avó, que passou a ser atendida no CAPS. Uma *bruxa* presente no quadro delirante de José foi atribuída à posição da avó. Inicialmente tida pela equipe como uma velhinha frágil e vítima das agressões do neto, a avó passou a assumir outro lugar na estrutura do caso. Ela o ameaçava de abandono, como fez a mãe de José. Verbalizar a raiva da avó permitiu que ele traçasse um projeto de morar sozinho. Cabe à

supervisão transmitir que não é possível nem eliminar esse objeto irrepresentável, nem tampouco incluí-lo completamente, mas construir pela nomeação do Outro uma localização para o gozo com os resíduos desse inassimilável.

### **Referências Bibliográficas:**

ARBEX, D. Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BASSOLS, M. Prólogo do livro Indagaciones Psicoanalíticas sobre la segregación. Delgado e Fridman (org). Grama Ediciones, 2017.

FREUD, S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Edição Standart Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1987. (1921) Psicologia de grupo e análise do eu, vol. XVIII.

FOUCAULT, M. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

\_\_\_\_\_ Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

LACAN, J. (1959-60). O seminário, livro 7: a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

\_\_\_\_\_. O seminário, livro 10: a angústia. (1962-62). Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

\_\_\_\_\_ Seminário, livro 18. De um discurso que não fosse semblante. 1971. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

\_\_\_\_\_ Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., p. 248-264.

LAURENT, Racismo 2.0 in Lacan Cotidiano n. 371. Blog de La Asociación Mundial de Psicoanálisis. 2014.

MACEDO, L. A Biopolítica e as novas segregações. (2015) In: O Império da Imagens. <http://oimperiodasimagens.com.br/pt/faq-itens/a-biopolitica-e-as-novas-segregacoes-luciola-freitas-de-macedo/> .

MILLER, J A. Racismo e Extimidade. In: *Derivas Analíticas* - Revista Digital de Psicanálise e Cultura da EBP-MG, nº 4, maio de 2016.



VIGANÓ, C. A construção do caso clínico, em Novas conferências. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2012.