

O Sujeito Silenciado: Uma Crítica às Práticas em "Saúde Mental"

Maria Angela Santa Cruz

A que serve a manutenção do discurso da "saúde mental" na rede pública?
Apesar dos avanços rumo a um modelo mais humano de atendimento,
ainda resta muito por ser feito nesta direção.

L Dentre as atividades que vêm sendo oferecidas aos trabalhadores da Rede Pública de Saúde pelo Convênio do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae (através de seu Setor de Saúde Mental e Instituições) com a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, venho me ocupando mais diretamente da coordenação do "Seminário teórico-clínico sobre práticas multiprofissionais", que vem exigindo um certo esforço de pesquisa, dadas a complexidade do tema e a relativa ausência de bibliografia específica sobre o mesmo.

Diante da instigação de problematizar essas

práticas, de contextualizá-las, de promover um espaço produtivo de reflexão sobre elas, procurei e encontrei dois textos que serviram como ponto de partida de um percurso ainda não concluído: "Saúde Mental Comunitária - Análise dialética das práticas alternativas" (dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da USP em 1987) e "Elementos para uma caracterização da essência das práticas em Saúde Mental alternativas ao 'Modelo Asilar' - O Modelo

Maria Angela Santa Cruz
Psicanalista, Membro do Departamento de
Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae.

psicossocial" (texto inédito), ambos de Abílio da Costa Rosa.

Sobre as origens da proposta de trabalho com a "doença mental" em equipes multiprofissionais, estes textos permitem inseri-la num conjunto de proposições, formalizadas em convênios entre a extinta Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e órgãos de ensino e pesquisa públicos e privados, em 1973. Estas proposições tinham por objetivo a criação de um modelo alternativo ao modelo asilar, dominante tanto na rede pública como na rede particular de atenção à "Saúde Mental". Podemos dizer que este novo modelo proposto serviu como base para a estruturação das ações das instituições de "Saúde Mental" da Secretaria de Saúde de São Paulo a partir de 1983.

Para a caracterização de um modelo, Abílio propõe que se considerem três âmbitos das práticas da Instituição de Saúde Mental: 1. Concepções do "objeto" e dos "meios de trabalho"; 2. Formas de organização institucional; 3. Formas de relacionamento com a clientela. Estes três âmbitos se interpenetram. O que ocorre em um deles produz efeitos nos demais, que por sua vez produzirão efeitos no primeiro, num processo contínuo e interminável.

A equipe multiprofissional seria o meio de trabalho característico do provisoriamente chamado "modelo psicossocial".

E o "objeto" das práticas de "Saúde Mental", qual seria?

Foi esta interrogação que me provocou (e continua me provocando) o desejo de pesquisar, pensar, discutir. O que se segue é parte desse percurso.

II – "LOUCURA COMO DOENÇA MENTAL": UMA IDENTIDADE CONSTRUÍDA HISTORICAMENTE

Foi a partir do advento de um saber "científico" sobre a loucura que esta deixa de fazer parte da história das idéias religiosas. O louco da Idade Média e do Renascimento era visto ou como um "possuído", vitimado por demônios a serem exorcizados, expulsos, ou como bruxo/feiticeira, condenado a morrer na fogueira. Só a "objetividade" de um olhar médico teria sido capaz de "descobrir a deterioração da natureza

A experiência da desrazão foi progressivamente silenciada e desapropriada de sua verdade.

lá onde se decifravam apenas perversões sobrenaturais". (Foucault, 1968, p.75)

Na verdade, não teria existido uma figura como essa - o louco - antes do século XIX, já que a experiência da loucura tomava múltiplas formas no mundo ocidental, fazendo parte do "cenário e da linguagem comuns", sendo uma "experiência cotidiana que se procurava mais exaltar do que dominar". (ibid, p. 78)

Século XVII - Em toda a Europa passam a ser criadas casas de internação destinadas não só a loucos, mas a mendigos,

libertinos, desempregados, a todos aqueles excluídos, por uma ou outra razão, do processo de produção.

A exclusão, neste primeiro momento, atenderia então às exigências de um espaço social em reestruturação de acordo com os critérios do mundo burguês em constituição, onde o ócio deveria ser condenado e abolido.

Com o internamento, a loucura passa a ser associada às várias formas de crimes, incorporando à sua "face social" culpas morais e sociais. Condenada ao mundo da exclusão, a experiência da loucura é silenciada, impossibilitada de falar de si mesma, ainda que se continuasse a falar dela.

Século XVIII - A revolução francesa em 1789 fez culminar um processo que já se iniciara em meados do século XVII e que entendia o "internamento como símbolo da antiga opressão" (ibid., p.81). Libertam-se das casas de internação todos os miseráveis (não loucos), reservando-as apenas aos loucos. É a partir daí que o internamento passa a adquirir o significado de intervenção médica.

Os "tratamentos" médicos reservados aos loucos nos séculos XVII e XVIII não eram nem "psicológicos" nem "físicos", ainda que sustentados pela fisiologia da época: vapores, duchas, sangrias etc. Estes mesmos "tratamentos" são retomados por Pinel e sucessores num outro contexto: num contexto repressivo e moral. Assim, no século XIX, o advento de uma ciência positivista - a psiquiatria - inaugura novas práticas no trato com o louco, produzindo simultaneamente um novo olhar sobre a loucura; se o louco fora "liberto de suas correntes" por

Pinel e seus contemporâneos, as novas práticas médicas estreitaram ainda mais a prisão, transformando “o asilo numa espécie de instância perpétua de julgamento: o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros” (ibid., p.82). A infantilização e culpabilização do louco passam a ser estratégias privilegiadas na condução da “cura”.

É a partir daí que a loucura deixa de ser reconhecida como um fenômeno patológico referido ao homem na sua “totalidade” corpo/espírito (como faziam a medicina árabe, a medicina da Idade Média e mesmo a medicina pós-cartesiana), e passa a ser considerada como um fato relativo à alma humana, inscrevendo-se numa interioridade e recebendo, com isso, “status, estrutura e significação psicológicos”. (ibid., p.83) Inaugura-se o discurso da doença mental, ligado a todo um conjunto de práticas: “organização da rede médica, sistema de detecção e profilaxia, forma de assistência, distribuição dos cuidados, critérios de cura, definição da incapacidade civil do doente e de sua irresponsabilidade penal; em resumo, todo um conjunto que define numa cultura dada a vida concreta do louco.” (ibid., pgs. 90-91).

A experiência da desrazão, portanto, foi sendo progressivamente silenciada e desapropriada de sua verdade pela construção histórica de sucessivas identidades desta com a loucura, doença e, finalmente, doença mental. Seu “tempo de silêncio” arrasta-se durante quase três séculos até as

formulações pioneiras de Freud, que reabrem, para a loucura, a possibilidade de falar de si mesma.

III – INCONSCIENTE E PULSÃO: “ENCARNAÇÕES” TEÓRICAS DA RUPTURA FREUDIANA COM A CONCEPÇÃO CRÍTICA DA LOUCURA.

Joel Birman (1989) mostra que a exclusão da loucura do espaço social teria sido a contrapartida política, no plano das práticas institucionais, de outra operação de exclusão, ocorrida ao nível do discurso, pela

**Freud promoveu
uma ruptura com
a concepção crítica,
retomando a
concepção trágica
da loucura.**

definição da loucura como erro da razão - o que implicou na espoliação de sua verdade - sendo “representada originariamente pelo discurso cartesiano no plano do pensamento filosófico”. (Birman, 1989, p.135) A concepção crítica da loucura teria sido inaugurada na séc. XVII, momento histórico onde estas duas operações de exclusão da loucura estariam indissociavelmente articuladas. O saber psiquiátrico sobre a loucura filia-se a esta tradição.

“A tradição crítica represen-

tou um momento crucial na história da loucura, pois foi através dela que se empreendeu uma ruptura fundamental com o que Foucault denominou de *concepção trágica* (Foucault, 1972) da loucura, que teria existido no Renascimento. Com efeito, na tradição trágica, não apenas a loucura era inserida no espaço social, mas também o seu discurso era reconhecido como modalidade da verdade. Desta forma a psiquiatria do século XIX inscreve-se na história crítica da loucura. A transformação da loucura na figura da *doença mental* foi a materialização histórica dos pressupostos da tradição crítica.” (ibid., p.136)

Restituindo à loucura seu poder de fala e, mais do que isso, criando um dispositivo analítico de convite constante à fala (via regra fundamental, associação livre), Freud promove uma ruptura com a concepção crítica - e com o saber psiquiátrico com ela alinhado - retomando a concepção trágica da loucura.

E mais ainda: se, por um lado, as principais formulações freudianas do início deste século - o inconsciente e a pulsão - vêm operar uma ruptura epistemológica com os saberes até então produzidos pelo ocidente, ao destronar a razão do centro do “universo” humano, por outro lado, vêm recolocar a questão da experiência da loucura como algo da ordem da condição humana, não mais “privilégio” de alguns loucos passíveis de exclusão, confinamento e moralização. Sonhos, lapsos, sintomas passam a ser vividos e pensados como algumas das expressões da “socialização” da loucura que o discurso psicanalítico vem empren-

der.

Para situar, no artigo a partir do qual extraio estas reflexões, Joel Birman diz que “por loucura não entendemos apenas a experiência das psicoses, mas o conjunto de experiências mentais que rompem de alguma maneira - direta ou indiretamente, total ou parcialmente - com o *universo da razão*”. (ibid., p.133)

Se, para a psiquiatria, a loucura é uma forma de erro da razão, Freud traz a inovação de que existe verdade na loucura, a verdade de um sujeito. “A proposição fundamental estabelecida pelo discurso freudiano é de que a loucura *é uma forma particular do sujeito dizer a verdade*.” (ibid., p.135)

A fala passa a ser pensada, então, como constituinte do sujeito; a palavra, dirigida a um outro sujeito que a suporte, ganha poder de reordenação simbólica e de produção interminável de sentido. E é pelo registro do sentido que, com Freud, a loucura pode ser resgatada do registro do erro.

Inseparável da formulação do inconsciente, porque característica fundamental do inconsciente “freudiano”, está a proposição freudiana sobre a sexualidade humana. A formulação do conceito de pulsão vem constituir um “novo corpo” para o sujeito humano, corpo que, para ser humano, necessariamente traz consigo a marca fundante da libidinização por um outro. Corpo que se organiza não mais, apenas, segundo um padrão biológico, mas que perverte esse padrão com seus circuitos de prazer-desprazer.

O conceito de pulsão vem abrindo um amplo e complexo campo de investigação em psica-

nálise. Para os objetivos deste artigo, no entanto, gostaria de marcar apenas algumas idéias.

Na medida em que, para Freud, a pulsão seria uma força constante, sempre em busca de satisfação, e “uma medida da exigência de trabalho imposta ao anímico por sua conexão com o somático” (Freud, 1915, p.2041), poderíamos pensá-la como um “vetor de movimento”, um “propulsor” no sujeito.

Freud nos ensinou também que o objeto é o que há de mais contingente na pulsão, “que entre a pulsão sexual e o objeto sexual

O sujeito da experiência da loucura: inserido no registro do sentido, encarnado num corpo pulsional que o conecta e move.

existe uma soldadura” (ibid., 1905, p.1179), sendo que esta soldagem pode se dar de múltiplas formas, com múltiplos objetos imaginários ou “reais”, dependendo das histórias libidinais dos sujeitos e do “campo de oferta de objetos de satisfação”. Os circuitos criados pelas pulsões - conectores e propulsores no sujeito - sua maior ou menor flexibilidade, seu maior ou menor grau de fixidez, compõem-se singularmente em cada sujeito.

O sujeito da experiência da loucura, tal qual vai se delineando a partir destas breves reflexões, é

um sujeito inserido no registro da verdade e no registro do sentido, encarnado num corpo pulsional que o conecta e move, de múltiplas formas, nos encontros com outros sujeitos, num contexto histórico-cultural determinado.

Esta seria, a meu ver, uma contribuição fundamental da psicanálise para uma redefinição do “objeto” das práticas multiprofissionais em “saúde mental”, que se produziria na interlocução com outros saberes e práticas.

IV – A QUE SERVE A MANUTENÇÃO DO DISCURSO DA “DOENÇA MENTAL NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE?”

Diante do que venho desenvolvendo neste artigo, gostaria de marcar a impossibilidade de manter um “jogo de faz-de-conta” quando, seja como supervisores, professores ou “técnicos” na rede pública de saúde, somos chamados a fazer parte das propostas de trabalho provenientes de órgãos públicos, que têm por objetivo declarado restabelecer a “saúde mental” da população.

Ainda que as políticas de saúde “oficiais” venham explicitando uma proposta anti-manicomial e não exclusivamente medicamentosa no trato com a loucura, a própria modalidade de organização institucional da esmagadora maioria das unidades de atenção à “saúde mental”, sejam ambulatórios, unidades básicas, ou hospitais psiquiátricos, têm como organizador central o discurso médico-psiquiátrico. As expressões “doença e saúde mental” são designações oficiais nos órgãos públicos, e sua manutenção é fortemente indicativa de como se pensa e se age diante do sofrimen-

to psíquico. Simultaneamente a isso, quando perguntados, a grande maioria dos trabalhadores de "saúde mental" confirma que seu trabalho é com a "loucura" e que seu objetivo é a "cura". A direção das unidades, deixando de lado a questão da competência ou disponibilidade para a função, em geral é exercida apenas por médicos. A alta do "paciente", seu encaminhamento na ou fora da instituição é igualmente, via de regra, atribuição de médicos. O "resto" da equipe, os comumente chamados de paramédicos, acabam por se posicionar diante do trabalho tomando como referência o saber médico, reproduzindo e mantendo a hegemonia do discurso médico sobre a "doença mental".

Um exemplo que surgiu num dos grupos de trabalho com os profissionais da rede talvez seja contundente para ilustrar este ponto:

Uma jovem terapeuta ocupacional, surpreendentemente satisfeita com seu local de trabalho, (de fato, tratava-se de um ambulatório "especial", a começar pelo fato de que as pessoas *queriam* trabalhar e *gostavam* de seu trabalho) relata o caso de um paciente psicótico com o qual trabalhava há algum tempo. Este paciente, numa das primeiras atividades de oficina, fizera um abajur torto. Preocupada com os critérios de alta para psicóticos - era isto que estava em pauta de discussão no grupo - dizia que haviam se proposto, ela e seu paciente, a trabalhar para "desentortar" o abajur.

O psicótico como torto, errado ou louco, não importa de qual ordem de "falha" se trate, como de resto todos os "doentes

mentais" assim concebidos, assinalam uma função, um papel unívoco para o trabalhador de "saúde mental": o papel de desentortar ou corrigir (papel corretivo, normalizador), ou o papel de "curar" (papel médico-salvador).

Mas isto é exatamente o que se espera da instituição de saúde mental no velho, anacrônico, porém atualíssimo modelo asilar, que, tendo por "objeto" de trabalho a doença, determina com isso os meios privilegiados de sua prática - a medicação -, sua figura de proa - o médico -, o foco de sua

Os asilos estão também nas práticas cotidianas em "saúde mental".

intervenção-o indivíduo doente-, a forma de relacionamento com outros profissionais - hierárquica - e a própria forma de exercer sua função. Com estes parâmetros, lamentavelmente concluímos que os asilos não estão apenas lá onde os "loucos" são internados, lá onde os movimentos antimanicomiais querem (queremos) derrubar muros e arrancar grades. Os asilos estão também nas práticas cotidianas em "saúde mental" na rede pública, desde os órgãos mais centrais até as unidades básicas, na micropolítica das relações profissional-paciente,

profissional-profissional, na relação do próprio sujeito com seu trabalho.

Além de enclausurar o sujeito que sofre na categoria de "doente", com todas as consequências éticas e práticas que isto traz, enclausura o técnico num distanciamento e alheamento do "paciente", medida ilusória de vacina contra a "loucura" que seria "só do outro".

O mais curioso - e que cristaliza ainda mais a ocupação de um lugar central pelo saber médico sobre a loucura - é a forma com que esse saber-poder vem sendo exercido na realidade brasileira. É voz corrente seja entre supervisores, seja entre técnicos não médicos da rede pública, a dificuldade de contar com a participação dos médicos em qualquer atividade que se proponha a discutir o trabalho: supervisões, reuniões clínicas, seminários etc. Recentemente, um psicólogo de um ambulatório do Estado, desanimado, contava da recusa de um psiquiatra de sua unidade em participar de discussões sobre o trabalho. O argumento que, segundo ele, o psiquiatra utilizava era o de que "esse negócio de equipe multiprofissional só dura até mudar o governo". Com isso, é claro que apontava para uma triste realidade da saúde pública brasileira: a substituição sistemática de critérios ético-técnicos por critérios "polítiques" na condução da atenção à saúde da população. Mas também justificava a sua prática cotidiana de "atender" o menor número possível de pacientes, num mínimo espaço de tempo, através da transformação/deformação do exercício profissional em exercício burocrático de assinar receitas, garantindo, en-

tre outras coisas, uma mínima implicação pessoal com o trabalho.

Essa parece ser a moeda corrente nas instituições públicas de saúde.

Ora, a partir do momento em que o discurso freudiano sobre o inconsciente e a pulsão lança a possibilidade de uma nova escuta sobre a experiência da loucura, além de propor uma outra forma de pensar o sujeito - implicado na própria produção e configuração dessa experiência - propõe simultaneamente novas formas de investigação, de produção de conhecimento e de intervenção sobre esse sujeito e sua experiência. Será somente numa relação de fala/escuta, na relação com um outro que, ao escutar, possa servir como suporte transferencial que o sujeito - o "paciente" - poderá produzir novos sentidos para sua história e para seu sintoma. Isto significa lançar-se, portanto, numa "aventura" sem garantias de cura, num processo de colocação em movimento de circuitos libidinais cristalizados, repetitivos, processo que implica na existência de pelo menos dois sujeitos desejantes.

Agora vejamos: o profissional enclausurado no distanciamento e alheamento do paciente é autorizado e mantido em sua clausura tanto por um suposto saber/poder médico sobre o "doente" como por um funcionamento e organização institucionais hierarquizados e burocratizados. "Livre" do perigo de um trabalho cujo saber só pode se produzir na própria relação com o paciente, "livra-se" também do "fardo" de ter que desejar.

Ainda que não seja especificamente uma situação ocorrida

numa prática de "saúde mental", um outro exemplo pode vir a calhar, já que demonstrativo da atitude "médica" hegemônica na rede pública (quando falo em "médica" aqui, não estou me referindo exclusivamente a atitudes de médicos, mas àquela postura do técnico diante do paciente que, além de apropriar-se da doença do outro, alienando-o de seu corpo - pois quem supostamente tem o saber sobre a doença é o médico - aliena-se como sujeito em relação a outro sujeito): Uma colega de um outro trabalho com a rede pública, em uma de nossas reuni-

Reconhecer que o "doente mental" deseja e "sabe" é se confrontar tragicamente com as próprias experiências da loucura.

ões de discussão, contou que no Centro de Saúde onde fazia sua intervenção uma das participantes do grupo relatara um episódio ocorrido com a médica ginecologista daquela unidade, que mandara retirar a única cadeira que havia em sua sala de atendimento. Perguntada pela razão dessa decisão, a médica teria sido enfática em responder que, sem a cadeira, nenhuma paciente se convidaria a sentar e a falar de seus problemas.

Tomando este exemplo quase folclórico como analisador, a formulação que vai se impondo é a seguinte: qualquer prática pro-

fissional, seja "psicológica", médica, de serviço social ou outras, pode significar uma "puxada de cadeira" para o sujeito que nos fala de seu sofrimento, se for executada automática e burocraticamente. Impedir que o outro fale da sua verdade é, antes de mais nada, impedir que nossa escuta se exerça a partir do lugar de sujeito que somos. Reconhecer que o "doente mental" é um sujeito que deseja e que "sabe" sobre a verdade de seu desejo e de seu sofrimento, saber possível numa relação de fala/escuta que possa produzir novos sentidos para sua história, que possa criar novos caminhos em seu circuito pulsional, novos territórios existenciais, reconhecer isto é renunciar à onipotência, ainda que ilusória, do lugar do provedor, do são, daquele que sabe. Mas, antes de mais nada, é se confrontar com a própria condição de sujeito cindido, de sujeito confrontado tragicamente com suas próprias experiências da loucura.

É certo que o inusitado também acontece.

Uma assistente social, profissional antiga na rede pública, relatou num dos grupos um episódio único ocorrido em sua unidade de trabalho. Trata-se de um hospital psiquiátrico do Estado que entre outros "horrores" abrigou (e pela descrição ainda abriga) uma verdadeira "quadrilha" de corrupção e fraude; alguns de seus elementos, afastados de suas funções, respondem a inquérito por fraude contra o INSS. Serve ainda de palco para pequenos furtos cotidianos nos mais diferentes setores, não conta com nenhum tipo de trabalho em equipe (muito menos em equipe multiprofissional), e a figura do médico é

praticamente soberana sobre os destinos dos pacientes - massa anônima de internos uniformizados, sem rosto. Numa ocasião, foi internado um rapaz com amnésia. Não sabia nem seu próprio nome. Uniformizado, como todos os outros pacientes, na minha fantasia era o símbolo encarnado do típico paciente da rede pública: sem origem, sem pertinência, sem nome.

As enfermeiras estavam "alvoroadas" com ele, por conta da seguinte situação encaminhada para essa assistente social resolver: esse "fulano" tingia o cabelo e queria continuar tingindo-o dentro do hospital. A assistente social, depois de alguma "batalha", conseguiu convencer as enfermeiras a que permitissem que ele assim o fizesse. O paciente passou então não só a tingir seu próprio cabelo, como também a prestar esse tipo de serviço para outros pacientes, que o "batizaram" com um apelido carinhoso. Nome e pertinência conquistados por um sintoma, que teve a sorte de ser escutado por alguém sensível à singularidade do outro.

Mas não é isso que ocorre nas instituições públicas em geral. Esse é o inusitado que lança luz sobre o que é usual.

E o usual é o anonimato tanto do paciente como das responsabilidades sobre ele. O usual é o anonimato, o isolamento e a falta de pertinência dos próprios profissionais que trabalham com "pacientes" igualmente anônimos.

Jurandir Freire Costa mostra, num ensaio brilhante - "Psiquiatria Burocrática: duas ou três coisas que sei dela" (1991) - como os indivíduos despossuídos de cidadania, desprovidos de direitos, de reconhecimento e

pertinência, formaram historicamente a matéria-prima da criação das burocracia totalitárias. Seguindo uma designação de Hannah Arendt, que chamara a estes indivíduos de "homens supérfluos", Jurandir F. Costa considera duas respostas possíveis a esse estado de superfluidade: a delinquência e a obediência. Neste ensaio analisa mais detidamente a segunda resposta - a obediência - vendo nela o bilhete de entrada e de permanência dos indivíduos em instituições burocráticas.

O ponto de partida de sua análise é a burocracia asilar, mas

**A esmagadora
maioria das
instituições
públicas de saúde está
gravemente
"contagiada" pela
epidemia da
burocratização.**

duvida que este fenômeno tenha se restringido aos muros do asilo. Considera-o um "fato social maior, fato que contagia o país com a virulência de uma epidemia grave." (Jurandir F. Costa, 1991, p.42).

Penso que a esmagadora maioria das instituições públicas de saúde do Estado de São Paulo está gravemente contagiada por essa epidemia.

Ainda que existam pessoas que trabalhem duramente para que "alguma sementinha sobreviva" (para tomar uma expressão

usual de quem faz um trabalho de "resistência" às "forças" de destruição), a organização burocrática é muito mais poderosa do que os esforços individuais.

Como então pensar e tentar produzir intervenções nesta situação?

De um lado, o lado do Estado, de alguns anos para cá, temos assistido, impotentes, a uma política de desvalorização crescente dos trabalhadores de saúde, seja através de seus salários aviltantes, seja através das precárias condições de trabalho, seja ainda através do dismantelamento de projetos pioneiros e corajosos. Um dos fatos mais gritantes dessa política de desvalorização é a obstaculização sistemática de qualquer tentativa de autonomia criativa que estes trabalhadores possam ter. Nos grupos de trabalho do Convênio, é bastante comum ouvirmos de quem quer trabalhar a sério que trabalhar incomoda o funcionamento das instituições, porque "mesmo sendo o *mais baixo dos mais baixos*, você passa a querer coisas: quer uma sala para atendimento, quer material, quer cadeira para fazer trabalho em grupo, e você não pode desarrumar as cadeiras da sala de espera; parece que você enche o saco das pessoas porque você está solicitando mais espaço!"

De outro lado, o lado dos sujeitos que aderem a essa situação, o que se passa? O que se passa com o profissional que trabalha diariamente nas instituições de saúde, com aquele médico que obedece rigorosamente as normas de "produtividade", atendendo "religiosamente" seus dezesseis pacientes em duas horas, quando seu contrato é de quatro? Ou com aquela médica

que “puxa a cadeira” da paciente para não ouvir o que esta, eventualmente, queira lhe dizer? Ou com a psicóloga que diz que o serviço público é como o namorado - não vale nada - mas permanece com ele? Ou ainda com centenas de jovens profissionais, que ao ingressar no serviço público, chegam entusiasmados com a perspectiva de poder trabalhar e, de repente, se vêem capturados pelo desânimo e pelo descrédito dos mais antigos, trabalhando, como eles, na lógica do “quanto menos trabalho, melhor”? Ou ainda, com trabalhadores de “saúde mental” subservientes ao discurso médico hegemônico, que os distancia e os anestesia no contacto com o sofrimento psíquico dos pacientes? Ou com a negligência institucional que se encarna em tantos profissionais?

A hipótese com a qual Jurandir F. Costa trabalha no ensaio acima citado, e que gostaria de adotar para pensar essa situação, é a de que os indivíduos aderem à burocracia, ao exercício burocrático da profissão, porque se inserem numa “montagem perversa” (utilizando-se de uma expressão de Contardo Calligaris). “Entrar numa montagem perversa significa ‘abandonar sua singularidade’ para perseguir exclusivamente o ‘gozo do Outro’.” (Ibid., p.62). “Laço social” (Calligaris, 1986, apud Jurandir F. Costa, 1991) que ligaria sujeitos neuróticos, a “montagem perversa” traria para o neurótico o gozo de fazer imaginariamente o Outro gozar. O Outro aqui segundo Jurandir, seria o “Estado-burocracia” (ibid., p.71). Pela obediência ao “Estado-Burocracia”, o burocrata conquista um poder enorme, nem que seja o poder de

oprimir. Já não mais se vê, então, como supérfluo ou sem valor. Além disso, não “precisa” mais desejar, pois, fazendo imaginariamente o Outro gozar, realiza seu sonho de completude (além do que desejar, perturbaria a inércia do jogo burocrático). Nem pode pensar, porque quem pensa não obedece cegamente; só obedecendo cegamente à lei tirânica da burocracia é que pode se manter no fascínio do gozo.

Dialogando com Calligaris, Jurandir diz: “Se o autor afirma o caráter perverso do laço social é por entender que a estabilidade deste laço seria incompatível com o que chamaria, para efeito de elucidação, de “montagem neurótica” ou “montagem psicótica”. Os laços neuróticos ou psicóticos, embora possam existir, seriam incapazes de apresentar a *consistência exigida pelas ideologias culturais dominantes* (o grifo é meu). Este pretensão pressuposto do pensamento do autor não está explícito no trabalho. É uma inferência extraída a partir da natureza de seus argumentos, e é de minha inteira responsabilidade.” (ibid., p.65)

A partir desta inferência de Jurandir, que me parece particularmente interessante, penso que Estado Burocrático (aquele que tem realidade social, não apenas a representação que dele fazem os burocratas, segundo Jurandir) e o tipo de subjetividade que entra na “montagem perversa” se produzem simultaneamente, um não existindo sem o outro. Se a dominância desse tipo de subjetividade é matéria-prima que alimenta o Estado-Burocrático, este se incumbem de se reproduzir, alimentando essa subjetividade com ideais de absoluto, com a lógica

do privilégio, com a sedução do poder, ao mesmo tempo que com o exercício de uma política de desvalorização sistemática.

Acredito que nós, “trabalhadores” da subjetividade, torçamos por uma transformação dessa subjetividade dominante, fonte de alimento das organizações sociais totalitárias. O registro e a divulgação deste fragmento de um percurso de investigação é apenas uma contribuição na produção dos múltiplos dispositivos necessários para essa transformação.

BIBLIOGRAFIA

- BIRMAN, Joel - “Freud e a crítica da razão delirante”, in Birman (org.) *Freud, 50 anos depois*, Rio de Janeiro, Ed. Relume-Dumará, 1989.
- COSTA, Jurandir F. - “Psiquiatria Burocrática: duas ou três coisas que sei dela”, in *Clínica do Social - Ensaios*, São Paulo, Ed. Escuta, 1991.
- FOUCAULT, Michel - *Doença mental e Psicologia*, Rio de Janeiro, Biblioteca Tempo Universitário, 1968.
- FREUD, Sigmund - “Tres ensayos para una teoria sexual” (1905); “Los instintos y sus destinos” (1915), in *Obras Completas de Sigmund Freud*, Tomo II, Biblioteca Nueva - Madrid.
- ROSA, Abílio da Costa - “Saúde Mental Comunitária - Análise dialética das práticas alternativas”, Dissertação de Mestrado - Instituto de Psicologia - USP - 1987. - “Elementos para uma caracterização da essência das práticas em Saúde Mental alternativas ao ‘Modelo Asilar: o Modelo Psicossocial’.” Texto inédito.