



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

**A INSERÇÃO DA PSICANÁLISE NA SAÚDE MENTAL DA  
REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: POSSIBILIDADES E  
DESAFIOS**

PAULA STEIN DE MELO E SOUSA

Brasília, 2010



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

A INSERÇÃO DA PSICANÁLISE NA SAÚDE MENTAL DA REFORMA  
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: POSSIBILIDADES E DESAFIOS

PAULA STEIN DE MELO E SOUSA

Orientador: Prof. Dr. ILENO IZÍDIO DA COSTA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Brasília, 2010

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura, da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos necessários obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Comissão Examinadora:

---

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa  
Presidente

---

Profa. Dra. Ana Cristina Figueiredo  
Membro Externo

---

Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri  
Membro

---

Profa. Dra. Daniela Scheinkman Chatelard  
Membro Suplente

Dissertação defendida e aprovada em 23/08/2010

Brasília - DF

2010

## *AGRADECIMENTOS*

- À minha família, por todo o suporte, entusiasmo e incentivo à formação acadêmica.
- Ao meu orientador, Prof.Dr. Ileno Izídio da Costa, pela oportunidade de desenvolver esse projeto, pelo apoio, sugestões e orientação que me foram dados.
- Aos meus amigos queridos, que acompanharam de perto a execução desse trabalho, pelo incentivo, pelas discussões e pelas as ideias compartilhadas.
- Ao Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicóticas – GIPSI, de onde surgiram as ideias para a elaboração e sustentação deste trabalho.
- À Universidade de Brasília, por me proporcionar as bases da minha formação acadêmica.

## **RESUMO**

O presente trabalho teve como objetivo estudar como se dá a inserção da Psicanálise no campo da Saúde Mental, contextualizado no paradigma da Reforma Psiquiátrica. O estudo foi desenvolvido a partir da revisão bibliográfica de publicações de autores contemporâneos que se dedicam ao estudo da interface entre psicanálise e saúde mental. O estudo do material compreendeu aproximadamente 50 publicações, dentre elas, livros, artigos científicos, capítulos de livros, dissertações de mestrado e teses de doutorado. A partir do estudo destas publicações, identificamos centros de pesquisa que desenvolvem trabalhos nessa área, dos quais destacamos o IPUB – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e o IPSM/MG – Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. Partindo do pressuposto que existe parceria de trabalho possível entre psicanálise e saúde mental, buscamos inicialmente tecer aproximações entre os dois saberes, para depois apresentar as possibilidades de inserção da psicanálise nesse contexto por meio das propostas de autores contemporâneos que apostam nessa interface. Em seguida, algumas questões para a psicanálise nos serviços públicos de saúde mental são problematizadas. Por fim, busca-se promover diálogos entre saúde mental, psicanálise e o sofrimento psíquico grave.

Palavras chave: *psicanálise, saúde mental, reforma psiquiátrica, sofrimento psíquico grave.*

## **ABSTRACT**

The present work aims to study how the psychoanalysis can be included in the mental health field in the context of psychiatric reform. The study was developed from the literature review of publications by contemporary authors who study the interface between psychoanalysis and mental health. The study of the material consisted of approximately fifty publications, among them books, scientific articles, book chapters, dissertations and doctoral theses. From the study of these publications, we identified research centers who study this interface, which we included IPUB – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro and IPSM/MG – Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. At first we try to make dialogues between psychoanalysis and mental health and then point the possibilities of inclusion of psychoanalysis in this context. The proposals of contemporary authors who bet on that interface are presented. Then, some questions for psychoanalysis in public mental health are developed. Finally, we seek to promote dialogues between mental health, psychoanalysis and serious psychic suffering.

Key words: *psychoanalysis, mental health, psychiatric reform, serious psychic suffering.*

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>CAPÍTULO 01 – INTERLOCUÇÕES ENTRE PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL</b> .....	10
A clínica ampliada da Reforma Psiquiátrica .....	11
Aproximações entre psicanálise e saúde mental.....	16
A aposta na psicanálise no contexto da saúde mental.....	21
<b>CAPÍTULO 02 – POSSIBILIDADES DE INSERÇÃO DA PSICANÁLISE NA SAÚDE MENTAL</b> .....	30
A aposta ética feita pelo analista .....	30
Vias de acesso à produção subjetiva: o trabalho com o delírio, a via da trivialização e o trabalho com a arte.....	34
A construção do caso clínico .....	38
O analista-cidadão.....	40
A prática entre muitos .....	42
O trabalho psicanalítico nas equipes interdisciplinares .....	47
A transmissão da psicanálise nas equipes interdisciplinares.....	53
O intercâmbio entre Universidade e rede.....	54
<b>CAPÍTULO 03 – QUESTÕES PARA A PSICANÁLISE NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL</b> .....	57
Dinheiro.....	57
O <i>setting</i> .....	61
A medicação .....	63
Considerações acerca da postura do psicanalista na clínica da saúde mental.....	67
<b>CAPÍTULO 04 – PROMOVENDO DIÁLOGOS: SAÚDE MENTAL, PSICANÁLISE E SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE</b> .....	70
Problematizações acerca do sofrimento psíquico grave.....	70
Aproximações entre o sofrimento psíquico grave e a psicanálise no contexto da Saúde Mental .....	72
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	75
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	82

## INTRODUÇÃO

A Saúde Mental compreende um vasto campo de saberes que se entrecruzam de modo complexo e intersetorial. No presente trabalho, a Saúde Mental é abordada pelo referencial do movimento da reforma psiquiátrica, que questionou o tratamento oferecido à chamada “doença mental” e buscou oferecer novas respostas sociais à loucura, com o intuito de evitar a segregação e cronificação decorrentes da hospitalização.

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é marcado mais intensamente pela dimensão política, em especial no que se refere às denúncias do caráter excludente do modelo asilar. A partir dos pressupostos éticos e do referencial da reforma psiquiátrica, pode-se caminhar no sentido de pensar em abordagens e intervenções terapêuticas cada vez mais adequadas a este contexto específico.

O presente trabalho tem como objetivo estudar como se dá a inserção da psicanálise, em seus aspectos teóricos e clínicos, no campo da saúde mental, sendo esta contextualizada no paradigma da reforma psiquiátrica.

O estudo foi desenvolvido a partir da revisão bibliográfica de publicações de autores contemporâneos que se dedicam ao estudo da interface entre psicanálise e saúde mental. A partir do estudo das publicações, identificamos alguns centros de pesquisa que desenvolvem trabalhos nessa área, dos quais destacamos o IPUB – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e o IPSM/MG – Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. Foram realizadas visitas nos referidos centros e em suas bibliotecas com o intuito de buscar referências bibliográficas adicionais.

Inicialmente busca-se no primeiro capítulo tecer interlocuções entre psicanálise e saúde mental. Para tanto, contextualizamos inicialmente a saúde mental na clínica

ampliada da reforma psiquiátrica. Em seguida, as interfaces entre psicanálise e saúde mental são problematizadas, e por fim a aposta na psicanálise no contexto da saúde mental é apresentada.

No segundo capítulo, as possibilidades de inserção da psicanálise no contexto da saúde mental são desenvolvidas por meio das propostas de autores contemporâneos que apostam nessa interface. A discussão é inicialmente situada na aposta ética que o analista faz ao habitar essa área. São abordadas, em seguida, as propostas de acesso à produção subjetiva, a saber, o trabalho com o delírio, a via da trivialização e o trabalho com a arte. A construção do caso clínico é apresentada como uma contribuição da psicanálise à área da saúde mental, seguida pela noção do analista-cidadão, que contribui na medida em que localiza a função do analista na saúde mental. Desenvolve-se, a seguir, o conceito da prática entre vários e das propostas de trabalho psicanalítico nas equipes interdisciplinares, de transmissão da psicanálise nessas equipes e do intercâmbio entre Universidade e rede.

O terceiro capítulo objetiva problematizar algumas questões para a psicanálise nos serviços públicos de saúde mental. As questões que elegemos para discutir referem-se à ausência de pagamento diretamente ao analista, ao segmento social geralmente empobrecido a que pertencem os usuários da rede pública de saúde mental, à ausência do *setting* psicanalítico tradicional e à medicalização a que estão submetidos os usuários da rede. Por fim, serão desenvolvidas considerações acerca da postura do psicanalista nos serviços públicos em saúde mental.

O quarto capítulo busca promover diálogos entre saúde mental, psicanálise e o sofrimento psíquico grave. Para tanto, problematizações acerca do termo *sofrimento psíquico grave* serão inicialmente apresentados, para, em seguida contextualizar tal

noção na área da saúde mental e tecer aproximações possíveis entre sofrimento psíquico grave e psicanálise.

## **CAPÍTULO 01 – INTERLOCUÇÕES ENTRE PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL**

Todo abismo é navegável a barquinhos de papel.  
*Guimarães Rosa*

A atual compreensão de Saúde Mental consiste em uma concepção ampliada de diversos conhecimentos, que se entrecruzam de modo complexo, plural e intersetorial. Não é mais possível conceber uma única área de conhecimento ou apenas um tipo de profissional atendendo às demandas dos usuários da rede de saúde mental. Do mesmo modo diversificado e multidisciplinar devem ser as formas de intervenções terapêuticas (Amarante, 2007).

A Saúde Mental, na perspectiva do presente trabalho, será abordada pelo referencial do movimento da reforma psiquiátrica, que tanto no Brasil quanto em diversos outros países questionou o tratamento oferecido à chamada “doença mental” e o saber médico-psiquiátrico que o fundamentou.

O Brasil tem caminhado no sentido de implementar a reforma na rede de saúde mental. Embora inúmeros avanços sejam reconhecidos, a análise histórica do movimento da reforma psiquiátrica extrapola os objetivos específicos deste estudo.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil foi marcado fortemente no seu princípio pela dimensão política, particularmente por meio de denúncias do caráter excludente do modelo asilar. Neste momento inicial, houve pouco espaço para as discussões propriamente clínicas, já que o processo de desinstitucionalização representou não apenas uma crítica à instituição asilar, mas também à clínica psiquiátrica tradicional que legitimou, fundamentada na ciência biomédica, práticas segregadoras (Rinaldi, 2006).

Deste modo, a partir dos pressupostos éticos e do referencial da reforma psiquiátrica, pôde-se caminhar no sentido de pensar em abordagens e intervenções terapêuticas cada vez mais adequadas a este contexto específico.

O presente trabalho tem como objetivo estudar como se dá a inserção da psicanálise, em seus aspectos teóricos e clínicos, na rede de saúde mental. Para tanto, inicialmente, propõe-se percorrer a contextualização da clínica ampliada da Reforma Psiquiátrica, por meio da análise de algumas experiências inovadoras de desconstrução manicomial; tecer aproximações entre psicanálise e saúde mental, a partir de autores que analisam possíveis convergências entre os dois saberes; e, por último, indicar o posicionamento de aposta na inserção da psicanálise na saúde mental, com as conseqüentes reflexões que se fazem necessárias.

### **A clínica ampliada da Reforma Psiquiátrica**

O modelo psiquiátrico decorrente do modelo biomédico teve na hospitalização e na medicalização suas principais ferramentas terapêuticas. A reforma psiquiátrica, no propósito de oferecer outras respostas sociais à loucura, que não o inevitável destino asilar, busca criar novos agenciamentos sociais com o intuito de permitir ao denominado louco que se mantenha na sociedade. A internação, nesta perspectiva, deixa de ser o único destino, e passa a ser um recurso apenas necessário eventualmente (Tenório, 2001).

O processo de desconstrução da cultura manicomial revelou o hospício e sua organização dos espaços-tempos como promotores de identidades cronificadas. Promover autonomia, cidadania e produções de subjetividade são propósitos da clínica reabilitativa que se contrapõe ao modelo de segregação manicomial (Lancetti, 2006).

Com o intuito de cumprir com estes propósitos, o movimento de Reforma Psiquiátrica defende a extinção progressiva do modelo manicomial concomitantemente

à implantação progressiva do modelo substitutivo, que é constituído por diversas modalidades de serviços, tais como serviços ambulatoriais, hospitais-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, centros de convivência, serviços residenciais terapêuticos, trabalho protegido, dentre outras formas de intervenção ampliada.

Para garantir que os serviços substitutivos possam de fato romper com a lógica manicomial, e não apenas se configurarem como serviços que apresentam roupagens novas sem, no entanto, promover a ruptura com o paradigma anterior, estratégias institucionais como inserção territorial, apoio matricial, gestão colegiada e supervisão clínico-institucional podem e devem ser adotadas.

Vale ressaltar, no entanto, que o processo da reforma psiquiátrica não se reduz apenas a mudanças no âmbito assistencial. Para que mudanças estruturais possam de fato ocorrer, as transformações no âmbito da assistência precisam se articular a intervenções na cultura, para que novas ideias e posturas acerca da loucura possam ser reelaboradas e recriadas.

No sentido de superar a noção que reduz a reforma psiquiátrica à mera reestruturação dos serviços, Amarante (2007) propõe que o campo da saúde mental deva ser pensado não como um modelo fechado, mas como um processo, que é social e complexo. Tal processo pressupõe movimentação e constante transformação, em que dimensões variadas se entrelaçam simultaneamente, produzindo ora convergências, ora paradoxos. Para sistematizar a análise, as dimensões do processo social complexo são analisadas didaticamente pelo autor nas vertentes teórico-conceitual, teórico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

Após essas considerações iniciais, vale tecer algumas observações importantes acerca do termo já consagrado como “clínica ampliada”. Entendemos pertinente a utilização da expressão neste contexto para abdicar de uma acepção estreita da clínica, e

ao mesmo tempo preservar o termo em suas potencialidades e tradição. Tenório (2001) traz críticas em relação ao seu emprego, que merecem ser destacadas:

Embora consagrada, a expressão não deixa de merecer objeções. Aqueles que acreditam que a clínica traz consigo a negativização da experiência da loucura entendem que essas práticas não devem ser consideradas uma ‘ampliação’ da clínica, mas sim situadas fora dela, sem lhe prestarem tributo e sem estarem aprisionadas por suas categorias. Já os que valorizam a clínica como atividade que se faz junto ao paciente, orientada pela singularidade de cada caso e pela implicação ética do agente do cuidado, entendem que não há necessidade de descrevê-la como ‘ampliada’, pois ela não é senão a própria clínica, a ‘boa’ clínica, a clínica por excelência (p.72).

Deste modo, concordamos com o autor quando ele afirma que a clínica ampliada é apenas o resgate da clínica complexa abandonada pela psiquiatria. Entretanto, justificamos sua utilização pelo valor estratégico que tem ao enfatizar sua extensão por meio da incorporação de elementos anteriormente excluídos das práticas clínicas.

Dando continuidade ao percurso proposto, e em consonância com o contexto da reforma psiquiátrica, serão apresentadas algumas experiências diferenciadas que consistem em possibilidades de trabalhos clínicos mais ampliados, capazes de abarcar indivíduos com vivências de sofrimento e exclusão para os quais o modelo clínico tradicional se mostrou inadequado ou insuficiente. Considera-se importante destacar experiências relevantes da clínica ampliada em saúde mental, pois é neste contexto que serão analisadas as possibilidades de inserção da psicanálise.

A partir da noção de peripatetismo, Lancetti (2006), por exemplo, elenca uma série de experiências clínicas que acontecem fora do consultório, ao longo de passeios, caminhando. O termo *peripatético* é usado pelo autor na acepção comum do adjetivo e também na etimológica, que significa “passear, ir e vir conversando”. A clínica é, desta maneira, praticada em movimento, fora dos espaços de reclusão e segregação. Implica, portanto, em uma postura do profissional de estar presente em movimento,

desterritorializando o contexto e o *setting* tradicional, e habitando o limite em situações de miséria, conflitos e violência.

Estratégias diversificadas e inventivas são apresentadas, visando criar formas de intervir em situações complexas, nas quais os procedimentos tradicionais falharam ou se mostraram insuficientes. O autor traz como exemplos o que ele denominou de pedagogia da surpresa e de internação invertida.

Na pedagogia da surpresa, os sujeitos eram surpreendidos no momento em que menos esperavam. Por volta das seis da manhã, uma equipe saía em busca de crianças e adolescentes usuários de *crack* em situação de rua. A equipe os levava, mesmo que à força, para um lugar onde tinham acesso à atendimento médico, providências de higiene pessoal (corte de cabelo, banho), alimentação e lazer. Após esse procedimento, o encaminhamento das crianças e adolescentes era decidido junto à equipe.

No caso da internação invertida, os próprios profissionais se internavam com os meninos considerados mais “difíceis” em um local isolado. Nesta experiência, fatos surpreendentes surgiram, pois fora do contexto e território habituais, comportamentos diferentes puderam emergir. Desta forma, uma população que não se adaptaria a atendimentos em consultórios, ou em espaços reservados, pode ser abarcada a partir de propostas inovadoras.

Não se pode desconsiderar, no entanto, que a deambulação também se depara, com frequência, com fracassos e desvios, pois não há fórmula mágica nem receita pronta. O que existe é tentativa e erro, fazendo com que a eficácia das intervenções seja conhecida a partir de seus efeitos.

Assim, a clínica peripatética se constitui de modo paradoxal, em meio a impasses e surpresas. É desenvolvida a partir da vontade de experimentar estratégias novas e da determinação ética do terapeuta.

Com proposta semelhante, Lobosque (2003) defende o que ela denomina “clínica em movimento” para designar uma clínica que não caminha para si mesma, mas que está constantemente se articulando com tudo o que se movimenta na cultura, na vida e na sociedade. Tal clínica visa retirar a função de controle social exercida tradicionalmente na saúde mental, em nome de sua fundamentação técnica e científica, e trabalhar no sentido de oferecer maior independência e autonomia aos indivíduos em sofrimento psíquico grave.

A “clínica em movimento”, para cumprir o objetivo de oferecer ajuda a essas pessoas que vivem experiências de sofrimento, por vezes insuportável, pode usufruir de conhecimentos que perpassam diversas áreas, que vão desde a farmacologia até à psicologia, psiquiatria e psicanálise. Entretanto, conforme o posicionamento da autora, trata-se fundamentalmente de um projeto que não é psiquiátrico ou psicológico, mas político e social.

A clínica nos serviços substitutivos em Saúde Mental tem o objetivo de tornarem cada vez mais fluidas e flexíveis as fronteiras entre os espaços destinados a cuidar dos indivíduos em sofrimento psíquico grave e a sociedade. Para tanto, a própria estrutura física dos serviços substitutivos é diferenciada, o que evidencia a ruptura com a lógica hospitalar e permite uma maior circulação das pessoas.

A movimentação das pessoas e as interrupções são constantes e fazem parte do trabalho, devendo ser admitidas e suportadas, flexibilizando limites que eventualmente precisem ser impostos. Neste contexto, embora a existência de um espaço de escuta reservado seja importante, as conversas e intervenções são construídas nas mais diversas situações: em meio aos corredores, no passeio às dependências físicas da instituição, sentados em um banco no jardim. Para proporcionar e enriquecer esse convívio, é

importante que os técnicos não apenas permitam a circulação dos usuários, mas que eles próprios também saiam de seus espaços reservados e se movimentem pela instituição.

Para que o projeto dos serviços substitutivos ao modelo asilar tenha êxito, a autora destaca a importância dos movimentos sociais independentes, que ao cumprir com o seu papel de combatividade, possam exigir a extinção dos hospitais psiquiátricos, concomitantemente a uma análise das táticas de integração propostas e executadas pela aparelhagem *psi*. A autora considera os movimentos sociais uma das formas mais expressivas de resistência da atualidade.

Estas experiências de clínica ampliada na saúde mental inauguram novas formas de pensar a loucura e suas relações com a sociedade. A clínica aqui proposta é inovadora e inventiva, desprovida de fórmulas prontas. A imprevisibilidade é fator constante desta clínica que tem os efeitos de suas intervenções conhecidos *a posteriori*, pois somente a partir das indicações dadas pelo sujeito pode-se orientar o tratamento.

Os objetivos da clínica ampliada da reforma psiquiátrica consistem em tornar cada vez mais flexíveis as fronteiras entre o tratamento dispensado ao sujeito em sofrimento psíquico grave e a cultura em que está inserido. Como exposto anteriormente, não se trata de um modelo ou de um sistema fechado, mas de um processo complexo, que se dá em diversas dimensões: políticas, sociais, teóricas e assistenciais.

### **Aproximações entre psicanálise e saúde mental**

A saúde mental, tendo como referência no presente trabalho o processo da reforma psiquiátrica, ao romper com paradigmas tradicionais da psiquiatria, abre espaço para interlocuções com diferentes saberes para sua orientação e direcionamento. A psicanálise é mais um saber, dentre tantos, a trazer contribuições para se pensar a prática na saúde mental.

Partindo do pressuposto que existe parceria de trabalho possível entre psicanálise e saúde mental, busca-se neste momento tecer aproximações entre os dois saberes, ciente de que são termos distintos que não devem ser confundidos. Importante ressaltar que não se trata de afirmar a psicanálise como orientação teórica hegemônica, ou única a ser adotada nos serviços de saúde mental. Ao contrário, parte-se do pressuposto de que a área da saúde mental encontra sua riqueza na multiplicidade de saberes que, entrelaçados, a compõe.

Deste modo, dando continuidade ao percurso proposto, apresentam-se posicionamentos de alguns autores que buscam discorrer sobre as interfaces entre a psicanálise e a saúde mental, oferecendo contribuições relevantes para a compreensão das convergências que podem ser encontradas.

Guerra & Souza (2006) ressaltam que, tanto a psicanálise como a saúde mental questionam qualquer saber ou prática que se pretenda funcionar como agenciador de controle e normatização social, ou que tenha como efeitos a dessubjetivação ou a alienação. As autoras compreendem que a relação entre os dois saberes é de extimidade, pois mesmo sem haver uma intersecção, há uma relação ao mesmo tempo íntima e distante. Deste modo, conceitos e fundamentos da psicanálise podem ser forjados, quando úteis, como operadores na prática da saúde mental.

Com o objetivo de conhecer sob quais condições a psicanálise vem se efetivando nos centros de saúde públicos, Fernández (2001) investiga como se dá a intersecção entre psicanálise e saúde pública, passando pela análise das relações entre psicanálise e saúde mental. A autora mostra como saúde mental e psicanálise, embora sendo termos distintos que não devem ser confundidos, podem encontrar no termo *psíquico* uma ligação.

Ressalta, no entanto, que as concepções históricas acerca do termo são bem distintas, já que a saúde mental tem como foco o homem determinado pela supremacia da razão, enquanto que a psicanálise descentra o sujeito de sua razão, entendendo-o como determinado pelo inconsciente. Entretanto, é justamente no *psíquico*, ou seja, no inconsciente de acordo com a concepção psicanalítica, que a autora aponta a possibilidade de intersecção entre psicanálise e saúde mental. Inúmeras conseqüências podem ser vislumbradas ao se pensar nessa intersecção, principalmente ao avaliar as concepções históricas discrepantes que envolvem os termos. Uma delas é apontada pela autora como o possível questionamento das definições oficiais de saúde e saúde mental.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por exemplo, definiu saúde como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como a ausência de doenças ou enfermidades*” (Straub, 2005). Nesse sentido, a autora questiona como se pode pensar em “*completo bem-estar mental*”, se o mental para a psicanálise é justamente o psíquico, o inconsciente. Ao reconhecer que o inconsciente se manifesta no discurso do sujeito, que fala sem saber o que diz e revela sua incompletude, reconhece-se também a impossibilidade de se pensar em tais definições.

Em consonância com o posicionamento da autora, pensamos não ser possível assegurar as condições para a promoção e manutenção da saúde sem levar em consideração o psíquico. E é justamente na saúde mental que geralmente a psicanálise tem lugar nas instituições públicas de saúde, ainda que de forma bastante controversa.

Na concepção de Ribeiro (2005) existem pontos de extrema convergência entre psicanálise e Reforma Psiquiátrica. Ambas partem da noção de que a loucura é produção plena de sentido, considerando o louco um indivíduo capaz de dizer de si mesmo, e que deve ser considerado em sua singularidade. Deste modo, tal produção que possui sentido deve ganhar lugar de existência subjetiva na vida do sujeito que sofre.

Neste direcionamento, o tratamento deve privilegiar a criação de estratégias para que o sujeito possa ter lugar e tecer redes.

Para a autora, o contexto institucional aberto, como o modelo de dispositivo dos CAPS, traz inúmeras modalidades de atividades, intervenções e vínculos, que possibilitam que o sujeito se enganche em algum ponto, em algum lugar, para que possa construir de modo singular seu percurso no tratamento. Na construção desse lugar para o psicótico, além da prática em si, é necessário também a reflexão acerca dos referenciais que a guiam.

Assad & cols. (2002) consideram que, mesmo com a inegável importância dos serviços substitutivos no campo da saúde mental, tais serviços, quando pautados apenas no foco da reabilitação psicossocial podem levar a dilemas como a dependência dos usuários às novas formas de acolhimento, o que seria contrário aos propósitos da própria política de saúde mental. Desta forma, tais serviços de acolhimento não estariam interferindo na subjetividade dos pacientes, ou compreendendo-os com os seus sintomas.

Na concepção dos autores, é no resgate do sujeito como operador de seu próprio tratamento que a psicanálise pode dar sua contribuição, a partir de seus pressupostos de escuta do sujeito como ser de linguagem submetido à lógica do desejo. O diferencial da inserção da psicanálise no contexto da reforma psiquiátrica e da reabilitação seria, nesta proposta, a promoção de um espaço de escuta em que se permita dar vez e voz à clínica do sujeito.

Neste mesmo sentido, Tenório (2001) argumenta a favor de uma articulação possível entre a clínica do sujeito e a atenção psicossocial, ressaltando, contudo, as limitações de cada saber:

Atenção psicossocial e clínica do sujeito não são a mesma coisa. Mas uma pode tornar a outra possível – desde que a primeira evite dois riscos:

impor ao psicótico ideais de funcionamento que são nossos e aos quais ele muitas vezes não pode corresponder, e o de acreditar que o bem estar psicossocial torna menos relevante o trabalho subjetivo na palavra; e que a segunda reconheça os limites de qualquer prática ligada à palavra e a necessidade, em certos casos prioridade, na psicose grave, de uma ajuda concreta e cotidiana ao viver (p. 87).

Ainda nesta perspectiva, Carneiro (2008) aponta que a reabilitação psicossocial que releva apenas a dimensão social e jurídica do sujeito, desconsiderando a motivação clínica da existência da instituição, promove a própria exclusão da clínica. A clínica que não leva em consideração as diferentes subjetividades é fadada a desenvolver uma prática assistencial de caráter disciplinar, sem atentar-se para a singularidade dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Para a autora, ao longo do século XX, houve um processo de continuidade e de ruptura entre a psicanálise e a clínica psiquiátrica. A continuidade pode ser ilustrada a partir da apropriação de termos, categorias nosológicas, trabalho com a linguagem, de modo que a psicanálise fosse considerada herdeira da tradição clínica psiquiátrica. A ruptura epistemológica pode ser revelada na determinação de uma clínica do sujeito situada no campo da ética do desejo.

Ao ponderar a respeito das incidências da psicanálise no tratamento psiquiátrico da psicose, Rocha & Fernandes (2004) indicam que tal incidência significa, principalmente, que eventos e emergências da psiquiatria podem ser compreendidos também com base na referência à linguagem e ao discurso. Ponderam ainda, em relação à cautela e a postura modesta que se deve adotar quanto às promessas de uma abordagem psicanalítica, centrada na palavra, pois em muitos casos, existe a inacessibilidade a qualquer tipo de abordagem, inclusive a medicamentosa. Os autores salientam que a abordagem orientada para o discurso tem, em muitos casos de crise, mais a característica de uma aposta do que de um procedimento efetivo.

Na concepção dos autores, a relevância da psicanálise para a psiquiatria consiste em considerar que há um dizer propriamente psicótico, ainda que este dizer não obedeça à gramática e à semântica. A psicanálise viabiliza, deste modo, outra possibilidade de laço com a loucura ao considerá-la como estrutura particular; entretanto, não exime a psiquiatria de nenhuma responsabilidade em relação às demandas a ela dirigidas. Ao reconhecer as limitações impostas pela própria especificidade da psicose, pode a psicanálise propor novos agenciamentos para a loucura, ao contrário de silenciá-la por meio de medicamentos.

### **A aposta na psicanálise no contexto da saúde mental**

Parte-se da crença, no presente estudo, de que a restrição teórica da psicanálise com o objetivo de ser completamente fiel aos seus princípios exclui experiências relevantes que se propõe a dar conta de demandas que não se adaptariam a protocolos clínicos tradicionais ou ao *setting* psicanalítico como Freud o concebeu. A proposta, compartilhada por outros autores (Figueiredo, 2008) é de caminhar no sentido de investigações empíricas que ultrapassem discussões teóricas, para que experiências singulares possam ser abarcadas, com o devido cuidado para não assimilar modelos incompatíveis.

Neste sentido, tal proposta consiste em um desafio teórico e epistemológico, que objetiva oferecer estratégias a demandas complexas em que os dispositivos tradicionais psicanalíticos, psiquiátricos ou pedagógicos não funcionam. É necessário, porém, cautela em relação ao risco inerente de incorrer na falta de rigor teórico ou no ecletismo de práticas divergentes. Entretanto, a assimilação de práticas importantes, com a devida análise crítica, visa engrandecer o movimento científico e ampliar o âmbito de atuação da psicanálise.

Desde o princípio de sua existência, a psicanálise tem trilhado percursos e passado por releituras, a depender do contexto histórico-social. Questões foram repensadas e interpretações particulares foram desenvolvidas, entretanto, determinados conceitos e construções permanecem sem alterações, a despeito das releituras e contextualizações, o que permite com que a psicanálise não se confunda com outras modalidades clínicas.

Vale ressaltar neste momento, pertinente consideração a respeito da recontextualização da psicanálise, desenvolvida por Figueiredo (1997). A autora chama a atenção para dois entendimentos que podem ser tomados: a recontextualização no campo teórico, a partir de revisão conceitual; ou no campo clínico, a partir da realocação de sua prática. Assim, considera que não se deve tomar a dicotomia entre consultório privado e ambulatórios públicos como dois contextos diferentes que supõem duas psicanálises, pois deste modo, o local e as condições estariam definindo o contexto. Na perspectiva proposta, tal diferença grosseira configuraria uma falsa questão. Nesse sentido, concordamos com a autora quando ela afirma que “*o ambulatório não é um simulacro do consultório, é o próprio consultório tornado público*” (p. 11).

Freud, em artigo intitulado “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912/2006) assinala que as técnicas à época apresentadas são decorrentes de sua experiência profissional e, portanto, apropriadas às particularidades de seu contexto. Acrescenta ainda que, outros profissionais, no caso, médicos, podem adotar outras posturas a depender da diferente formação que tiveram ou das características de sua realidade. Em “Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I)” (1913/2006), ele novamente ressalta a importância do contexto na utilização da técnica:

Penso estar sendo prudente, contudo, em chamar essas regras de 'recomendações' e não reivindicar qualquer aceitação incondicional para elas. A extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores determinantes opõem-se a qualquer mecanização da técnica; e ocasionam que um curso de ação que, via de regra, é justificado possa, às vezes mostrar-se ineficaz, enquanto outro que habitualmente é errôneo possa, de vez em quando, conduzir ao fim desejado (p.139).

Nesse mesmo sentido, Goidanish (2001) ressalta que a contextualização constante da psicanálise é imprescindível, considerando a concepção de que não há sujeito fora da cultura, não há sujeito que não seja efeito de seu contexto. É no movimento de permanente reconstrução e a permanência de ideias centrais e identificatórias que a psicanálise se mantém.

A inserção de psicanalistas na área da Saúde Mental é hoje uma realidade. Os analistas, em número cada vez mais crescente nas instituições de saúde mental, podem e devem habitar espaços institucionais diversos aos do consultório privado (Rinaldi, 2006).

A área da saúde mental é plural e heterogênea, na qual se encontram peculiaridades que extrapolam em muito o específico da psicanálise. A quantidade de respostas sociais que a clínica da saúde mental demanda está bem além do que a psicanálise, ou até mesmo a psiquiatria, sozinhas, podem oferecer. No entanto, os analistas devem sentir-se convocados a localizar sua atuação profissional, sem se desviar da ética que fundamenta a psicanálise.

No campo da saúde mental, não raro, mistura-se parte da psicanálise com parte da psiquiatria formando, muitas vezes, uma miscelânea indigesta. O problema não é a junção de saberes em uma área tão heterogênea e propositalmente multidisciplinar, que encontra sua riqueza justamente na interlocução entre as diversas áreas. O problema consiste em combinar saberes e teorias, em muitos aspectos divergentes, de modo frouxo, sem o devido cuidado e rigor em contextualizá-las.

Pensar a psicanálise na prática institucional, assim como o tratamento psicanalítico na clínica das psicoses constitui um desafio que traz questões e impasses, que não pertencem, entretanto, à ordem da impossibilidade. Primeiramente, porque a psicanálise é vista por muitos como uma prática de âmbito privado, e seu enquadre tradicional ocorre nos consultórios particulares. Segundo porque Freud a concebeu primeiramente no campo da histeria, ou seja, das neuroses, e não das psicoses.

Atualmente, a prática psicanalítica já extrapolou o campo das neuroses, sendo utilizada como tratamento em diversos quadros psicopatológicos. Entretanto, sua inserção nas instituições ainda é questionada e polemizada (Monteiro & Queiroz, 2006).

Figueiredo (1997) argumenta que, por mais que o exercício da psicanálise não dependa de formação universitária ou órgãos oficiais de ensino, o fenômeno de sua disseminação pôde ser observado nas mais diversas áreas do saber. Entretanto, na opinião da autora, a difusão da psicanálise não se deu de modo efetivo no exercício da clínica psicanalítica nas instituições médico-psiquiátricas. Para tanto, dois aspectos são tomados como possíveis causas: o da demanda de atendimento e o dos próprios dispositivos de tratamento.

Em relação ao primeiro aspecto, o da demanda de atendimento, importantes questões são consideradas, tais como as diferenças socioculturais entre terapeuta e paciente e a discrepância decorrente de tais diferenças nas representações de doença, tratamento e cura.

Ao analisar esta questão, surge a necessidade de relativização dos valores e concepções de subjetividade do terapeuta no atendimento psicoterapêutico à população de baixa renda usuária dos serviços de saúde. Figueiredo (1997), ao propor uma maior aplicação do dispositivo psicanalítico para além de consultórios privados com clientes inseridos na cultura '*psi*', considera que as condições de possibilidade de análise não

devem ser orientadas estritamente pelos conteúdos mais ou menos inseridos na *cultura psi* do discurso do cliente.

Diante dos mais diversos valores e representações de doença dos sujeitos que buscam tratamento, surge a necessidade de que os ideais de cura do terapeuta sejam colocados em suspenso para permitir que o atravessamento cultural possa ser benéfico para aqueles que se submetem ao tratamento psicanalítico.

O segundo aspecto, o dos dispositivos de tratamento, traz a questão dos dispositivos que concorrem entre si em determinado momento histórico-político, tornando-se mais hegemônico. Neste sentido, observa-se atualmente, a tendência por priorizar, na psiquiatria, o tratamento medicamentoso, em razão de maior eficácia e rapidez de resultados.

Alberti & Fulco (2005) analisam que a revolução científica iniciada com Descartes, em que o sujeito era entendido sob a primazia da consciência, produz efeitos significativos nas práticas clínicas cotidianas. Assim, a psicanálise, ao descentrar o sujeito da consciência, necessita de grande esforço para aproximar-se de outros saberes. As autoras trazem como sugestão o aprofundamento do estudo teórico da psicanálise, aliado à sua adequada transmissão, como ferramentas fundamentais para que o diálogo multidisciplinar possa ser estabelecido.

Embora importantes avanços possam ser considerados no atual panorama de implementação de dispositivos substitutivos em Saúde Mental no Brasil, Lobosque (2003) avalia que a participação da psicanálise em tais conquistas já foi maior do que é atualmente. A autora considera que, não apenas os psicanalistas se afastaram das questões que envolvem o movimento da Reforma Psiquiátrica, como até mesmo as leituras e debates dos textos de Freud e Lacan são menos frequentes e inventivos nos serviços interessados em promovê-la.

A partir da contextualização histórica do movimento da luta antimanicomial no estado de Minas Gerais feita por Lobosque (2003), pode-se entender que, em um primeiro momento, as leituras de textos psicanalíticos ofereceram importantes contribuições para romper com a medicalização da loucura. Conforme o relato da autora, duas vertentes foram tomadas como estratégias de enfrentamento ao discurso psiquiátrico hegemônico dos anos de 1980: o estudo atencioso dos clássicos da psiquiatria e o trabalho em torno dos textos de Freud e Lacan. Deste modo, tais textos usualmente restritos às instituições psicanalíticas, puderam ser socializados, contribuindo na medida em que trazem a noção de sujeito do inconsciente, a concepção lacaniana das psicoses e demais conceitos como significante, desejo, Nome-do-Pai, entre outros que contribuíram significativamente na prática em Saúde Mental.

A autora alerta ainda no sentido de que o reconhecimento da psicanálise e de sua importância, na medida em que traz a concepção do sujeito descentrado da consciência, para a clínica nos dispositivos substitutivos em Saúde Mental não pode fazer com que ela ocupe o lugar das “teorias envolventes e globais”. Apenas uma teoria não deve fundamentar teoricamente as práticas de uma clínica que encontra sua riqueza e eficácia no seu caráter descentrado, disperso e desprovido de autenticação universalizante.

Nesse sentido, defende uma clínica que se posiciona e desafia relações de poder, em que as mais diversas referências teóricas, filosóficas, psicanalíticas, sociológicas, os mais variados saberes, parciais, autônomos podem e devem ser utilizados como instrumentos que interrogam os obstáculos e desafios desta clínica.

A realidade institucional impõe reflexões polêmicas e paradigmáticas aos psicanalistas, que, como aponta Verztman (1999), possuem pouca base teórica para lidar com situações diversas às do consultório particular.

No momento em que o sujeito busca o tratamento, o aspecto institucional aparece, pois é ao nome do serviço que o sujeito faz referência. Os profissionais que atuam na instituição, por mais liberdade que tenham na condução dos casos, também necessitam de adaptar-se às normas e políticas institucionais. Contudo, se algumas características da instituição podem dificultar o trabalho analítico, outros podem favorecê-lo, como a possibilidade da busca de uma parcela mais ampliada da população por tratamento, no caso deste ser dispensado nos serviços públicos de saúde.

Entretanto, localizar o lugar da psicanálise na instituição sem perder de vista seus fundamentos não constitui, portanto, tarefa fácil. Nas diretrizes públicas para saúde mental não se encontram referências acerca do lugar da psicanálise nesta área, diferentemente de outros saberes, que contam com esse direcionamento (Alberti & Fulco, 2005). Aos analistas cabe, cotidianamente, reinventar seu lugar na instituição, bem como assegurar sua participação em debates das políticas públicas de saúde mental.

Ao se propor o tratamento psicanalítico como instrumento clínico na reforma psiquiátrica, Figueiredo (1999) considera que se deve pensar na própria definição de psicanálise, visto que práticas diversas são realizadas sob a mesma denominação. Ainda que diferentes abordagens se apropriem de termos psicanalíticos como inconsciente, transferência, pulsões, recalque, suas utilizações e definições são diversas. Encontrar um ponto em comum entre as teorias e práticas psicanalíticas, assim como criá-la constantemente sem romper com o que a caracteriza e demarca, são, na concepção da autora, pontos de partida para uma proposta de psicanálise dentro do contexto da reforma psiquiátrica.

Vale ressaltar a pesquisa desenvolvida nos ambulatórios públicos por Figueiredo (1997), que, ao focar nas peculiaridades dos profissionais *psi* (psiquiatras, psicólogos e psicanalistas), faz emergir importantes questões relacionadas à inserção da psicanálise

nos serviços públicos de saúde. Na referida pesquisa, a autora busca comentar algumas falas recorrentes dos profissionais, relacionadas a identificações concebidas no decorrer do percurso de formação profissional, em que fantasias em relação à psicanálise e ao psicanalista são tecidas. Segmentos de diversos discursos dos profissionais psi são apresentados, o que permite localizar a posição destes profissionais frente à psicanálise.

Destacam-se os contrapontos da autora frente a questões habituais que aparecem no discurso como dificultadores da prática psicanalítica nas instituições, no caso da pesquisa, ambulatórios públicos. No contexto do que se convencionou chamar de “social”, são apontados como obstáculos: faltas recorrentes, interrupções no tratamento e histórias de vida marcadas por eventos trágicos permeados por situações diversas de violência.

Em relação às faltas, a autora aponta que podem ser indicativos de momentos difíceis tanto na análise quanto na vida do sujeito. Quanto às interrupções, indica os recursos de um chamado sem repreensão ou de um convite de retorno na medida do possível. Sobre as histórias de vida, apresenta possibilidades de como trabalhar psicanaliticamente sem esvaziar a condição social do sujeito, atentando-se para como são contadas e recontadas as histórias; onde se situa o sujeito; qual a fantasia está presente; do que ele pode se desfazer para dar outro rumo a sua vida.

Nesse sentido, a autora traz como pertinente desafio o deslocamento do questionamento usualmente feito de que a população não investe no tratamento (por não pagar, não saber do que se trata, não poder em função de sua condição social ou não querer), para os auto questionamentos por parte dos profissionais (por não ser bem pago? não saber o que fazer de sua própria clínica? não conseguir suportar os problemas alheios? ou não querer?).

Esta autora assinala, a partir de seus estudos, que diversos psicólogos e psiquiatras referidos à psicanálise adotam o termo psicoterapia de base analítica. Diante desse fato, enumera possíveis razões: a submissão a critérios inflexíveis na definição da psicanálise durante seus processos de formação ou porque durante seu percurso profissional não conseguem definir seu trabalho como psicanálise.

Destaca ainda, outra questão que diz respeito não apenas à trajetória da psicanálise, mas a uma postura política. São profissionais mais sensíveis às questões sociais, normalmente com histórico de militância política, que comumente priorizam os direitos sociais em contraponto as exigências da clínica.

Alcançar formas de intervenções terapêuticas eficazes e teoricamente consistentes no âmbito da saúde mental é um desafio para os psicanalistas decididos a atuar nesta área. Estudos e propostas acerca da possível inserção da psicanálise em instituições de saúde mental têm sido desenvolvidos de modo sério e consistente por autores contemporâneos.

## **CAPÍTULO 02 – POSSIBILIDADES DE INSERÇÃO DA PSICANÁLISE NA SAÚDE MENTAL**

Não quero ter a terrível limitação de quem vive apenas do que é passível de fazer sentido. Eu não: quero uma realidade inventada.

*Clarice Lispector*

No primeiro capítulo, buscou-se tecer possibilidades de interlocução entre psicanálise e saúde mental, a partir do referencial da reforma psiquiátrica. Várias são as possibilidades de contribuição da psicanálise para o trabalho institucional em saúde mental. Pretende-se no presente capítulo, elencar propostas de autores contemporâneos que apostam nesta interface e contribuem para a construção desta interlocução ao indicar diferentes formas de inserção da psicanálise na saúde mental.

Inicialmente, pretende-se situar a discussão de inserção da psicanálise no campo da saúde mental por meio da aposta ética que o analista faz ao habitar essa área. Em seguida, serão abordadas propostas de acesso à produção subjetiva, como o trabalho com o delírio, a via da trivialização e o trabalho com a arte. A construção do caso clínico é apresentada como importante contribuição da psicanálise à saúde mental. Logo após, o conceito de analista-cidadão é exposto, por tratar-se de pertinente contribuição de localização da função do analista na saúde mental. O percurso segue com o desenvolvimento do conceito da prática entre vários, e das propostas de trabalho psicanalítico nas equipes interdisciplinares e transmissão da psicanálise em meio a esse trabalho, finalizando com a proposta de intercâmbio entre Universidade e rede de atenção à saúde mental.

### **A aposta ética feita pelo analista**

Alguns autores buscaram desenvolver tentativas de delimitação de aspectos fundamentais ou específicos à psicanálise no campo da saúde mental. Esses

posicionamentos serão aqui apresentados, pois indicam a aposta ética que o analista faz na subjetividade e na escuta singular de cada caso no trabalho institucional em saúde mental.

Entretanto, antes de apresentar as concepções desenvolvidas pelos autores contemporâneos, cabe destacar uma citação em que o próprio Freud (1923), com o objetivo de enfatizar o que há de específico na psicanálise, defende as condições sem as quais não há trabalho psicanalítico:

Os pilares da teoria analítica – a aceitação de processos psíquicos inconscientes, o reconhecimento da doutrina da resistência e do recalçamento, a consideração da sexualidade e do complexo de Édipo são conteúdos principais da psicanálise e os fundamentos de sua teoria e quem não está em condições de subscrevê-los não deveria contar-se entre os psicanalistas.” (p.65).

Quando a prática psicanalítica está situada no contexto institucional, estará sempre atrelada à escuta singular do caso. Considerar o psicótico um indivíduo digno de voz e capaz de dizer sobre si mesmo é uma aposta ética. Ribeiro (2005) desenvolve a ideia de que a psicose é um lugar existencial e o psicótico um indivíduo dotado de sentido. Assim, a posição do analista é a de apostar no outro e em sua subjetividade, o que implica em uma escuta que legitima o dizer do psicótico e o deixa a vontade para expressar sua construção delirante.

Assad & cols. (2002) indicam claramente que as contribuições que a psicanálise pode dar no campo da saúde mental dizem respeito à ética da posição subjetiva e à exigência de que se estabeleça uma clínica da singularidade, impedindo respostas que pretendam tratar casos psiquiátricos como casos gerais. Deste modo, cabe ao analista chamar a atenção para a particularidade de cada caso, sempre que respostas generalistas sejam oferecidas.

Com o intuito de enfatizar o aspecto fundamental da psicanálise, que deve necessariamente manter-se para que a prática psicanalítica possa ser sustentada na

clínica, Goidanish (2001) indica que este seja o da escuta das produções do inconsciente que ocorrem na relação transferencial. Tal escuta é realizada com base em uma concepção de sujeito diversa daquela difundida pela ciência positivista, tendo a concepção psicanalítica como fundamento a noção de sujeito dividido, barrado, faltante, alienado de seu próprio desejo. Essa escuta possibilita a singularização do sujeito por meio de sua fala e permite a construção ou reconstrução de um lugar para si no laço social. Para a autora, o ato de falar e constituir-se a partir de um lugar particular da inserção na linguagem são aspectos mais fundamentais para o desenvolvimento de um trabalho psicanalítico do que um divã ou um número mínimo de sessões por semana.

Com o objetivo de fundamentar a psicanálise possível nos ambulatorios públicos, Figueiredo (1997) desenvolveu uma pesquisa com base no método da *argumentação por exemplo*, particularizando caso a caso. Esta pesquisa percorreu serviços diversificados, dentre postos de atendimento médico, centros e postos de saúde, hospitais gerais, hospitais psiquiátricos e hospitais universitários. Ao indagar-se sobre as condições de viabilização da psicanálise, a autora analisa como se dão os primeiros contatos entre paciente e instituição, a partir dos mecanismos de recepção, triagem e encaminhamento. Nesta etapa inicial, cabe ressaltar que a referência fundamental à psicanálise diz respeito a o que e a quem se deve escutar.

Na referência psicanalítica, são privilegiados o acolhimento e a escuta em detrimento da contenção e medicalização. A concepção de que quem adoece é um sujeito e não um corpo e a singularização da fala, que faz surgir outra dimensão da queixa, contrapõem-se à rápida psiquiatrização que visa à remissão do sintoma por meio da medicação. Para tanto, a autora resalta a importância do trabalho em equipe na criatividade de soluções não pensadas para o manejo de casos singulares.

Ainda considerando esta etapa inicial, cabe ressaltar o modelo dos grupos de recepção, ou de triagem coletiva, que tem aumentado cada vez mais nos serviços de saúde mental. Com o intuito de promover a convivência de pacientes graves que buscam soluções para seus problemas, este tipo de modalidade visa desconstruir o estigma da doença mental e socializar as experiências dos indivíduos em sofrimento psíquico. Assim, a psicanálise pode acontecer em diversas modalidades de tratamento, sejam elas de atendimento em grupos ou individuais, da atenção primária às oficinas terapêuticas.

Na tentativa de delimitar as condições mínimas para caracterizar a especificidade da psicanálise, a autora as resume da seguinte maneira:

trata-se de uma clínica que diz respeito à realidade psíquica e, para isso, provoca um modo peculiar de fala que se dá a partir da transferência, numa relação também peculiar com o tempo, visando remanejar essa realidade por sucessivos deslocamentos (p. 126).

Nesta mesma tarefa de localizar a especificidade da psicanálise, Guerra & Souza (2006) elencam os seguintes pontos para ilustrar o que diz respeito à aplicação da psicanálise na saúde mental:

- a) cada solução psicótica, quanto à estabilização, dependerá do arranjo subjetivo ou, em outras palavras, da estrutura borromeana, sobre a qual o sujeito assenta sua relação entre Real, Simbólico e Imaginário, compondo sua realidade;
- b) assim, o que mais importa, na direção de um tratamento, é o ‘savoir-faire’ que o sujeito estabelece com seu sintoma, ou seja, a maneira como ele aprende a operar com seu gozo, com seus embaraços;
- c) portanto, a solução é sempre singular opera a partir da história do sujeito, não podendo ser standartizada(p.10).

A escuta psicanalítica do dizer psicótico implica em uma aposta ética que o analista faz no campo da saúde mental. Esta aposta diz respeito à consideração do sujeito em sofrimento psíquico grave como alguém que é capaz de dizer sobre si mesmo, sendo, portanto, uma aposta na sua subjetividade e na clínica da singularidade.

Deste modo, o que interessa ao analista apreender diz respeito ao movimento que o sujeito em sofrimento psíquico grave, usuário da rede de saúde mental, pode tecer

como solução particular a partir das conseqüências da assistência oferecida sobre sua condição de sofrimento.

A aposta ética feita pelo analista implica, por conseguinte, em assegurar a dimensão clínica da prática nas instituições por meio da escuta do sujeito em suas diferenças, em contraponto àquilo que diz respeito ao universal dos direitos do cidadão. Aqui o interesse recai sobre os movimentos singulares tecidos pelo sujeito que sofre, em contraponto às soluções que pretendem oferecer respostas generalizantes a questões individuais.

### **Vias de acesso à produção subjetiva: o trabalho com o delírio, a via da trivialização e o trabalho com a arte**

Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso. Nunca se sabe qual é o defeito que sustenta nosso edifício inteiro.

*Clarice Lispector*

A escuta do analista deve incidir sobre aquilo que há de mais específico em cada sujeito, deve trazer à cena o que dela está excluído. Deste modo, importa para a psicanálise a solução oferecida por cada sujeito à seu modo de gozo e à errância de seu desejo, de modo singular. Com base na ideia de que a principal contribuição da psicanálise à saúde mental é a questão do sujeito, Monteiro e Queiroz (2006) propõem três vias de acesso à produção subjetiva: o trabalho com o delírio, a via da trivialização e o trabalho com a arte.

As três vias de acesso à produção subjetiva propostas pelas autoras serão breve e resumidamente desenvolvidas, e para isto, outras referências bibliográficas serão utilizadas.

O trabalho com o delírio constitui a primeira ferramenta de acesso às produções do sujeito proposta pelas autoras. O delírio é aqui entendido como modo de expressão subjetiva e principal via de acesso da psicanálise às psicoses:

O trabalho com o delírio deve estar baseado em outros princípios que não sejam os da psiquiatria. O delírio tem sido a via *princeps* do acesso da Psicanálise ao mundo das psicoses; seu bom uso pode promover o advento de um sujeito, destituindo-o da condição de objeto de gozo do Outro, posição na qual o psicótico se encontra (p.114)

Desta forma, não deve ser evitado de qualquer maneira, já que o trabalho com o delírio pode promover o advento do sujeito. Nesta perspectiva, o trabalho com o delírio visa à construção de uma metáfora delirante que possibilite significação na medida em que significante e significado se estabilizam.

Na concepção psicanalítica, o delírio é compreendido como um movimento na direção da cura, e aparece como reinvestimento no mundo, um ponto final ideal para o processo de defesa contra um desejo intolerável, tendo como consequência o desinvestimento no mundo. Esse processo é apresentado pela ideia de fim de mundo, a perda das experiências e de seu registro psíquico, com as palavras que se tornam coisas. A este modo de se defender que não parte de um recalque propriamente dito, Freud (1925) denomina como recusa, enquanto Lacan (1955-56) o nomeará como forclusão (Ribeiro, 2005).

Deste modo, o delírio é a possibilidade de comunicação de uma verdade, e pode ser aproximado do sintoma, pois revela. É produto da organização psicótica em seus esforços por remendar o que não está inscrito, é criado para substituir o que não aconteceu, qual seja, a amarragem em torno da organização central que organiza o sujeito, a função paterna. A construção do delírio ao longo do tratamento pode permitir ao psicótico construir a si mesmo, como um sujeito vinculado a uma história e, a partir dela, existir, movimentar-se e posicionar-se frente aos outros (Ribeiro, 2005).

Nesse mesmo sentido, Rinaldi (2006) indica que é no delírio que se pode escutar a verdade do sujeito nos casos de manifestações alucinatórias na psicose. A autora traz ainda considerações acerca da particularidade de tal escuta. Enfatiza que trata-se de uma escuta do inconsciente, que abre possibilidades de produção de sujeito. Essa escuta difere de outras modalidades disponíveis no campo da reabilitação psicossocial como aquelas compreensivas e subordinadas à lógica do cuidado, atentas às questões do sentido.

De modo oposto, porém complementar ao trabalho com o delírio, a via da trivialização, conforme exposto por Monteiro e Queiroz (2006), constitui uma importante estratégia que serve para subtrair a força que tem o delírio de capturar o sujeito em sua condição de objeto. Nesta perspectiva, o destaque é dado a temas comuns do cotidiano, e não a temas específicos que incitam conteúdos do delírio.

Essa estratégia, que pode ser usada pelo analista e demais técnicos, consiste em realizar simples intervenções em momentos críticos da demanda psicótica, em que o profissional utiliza-se do vínculo para iniciar conversas sobre assuntos comuns da vida do sujeito, ao invés de apelar para interpretações elaboradas acerca dos conteúdos do delírio. O objetivo, de acordo com as autoras, é que o delírio perca força e sofra um esvaziamento de sentido, e logo, de gozo. Este tipo de intervenção pode se mostrar eficaz e importante principalmente nos momentos em que o delírio constitui uma ameaça de atuações, ou passagens ao ato.

Assim, a partir de manobras simples que o profissional procura fazer a partir da transferência que se estabelece, a enorme invasão de gozo pode ser barrada. Trata-se, portanto, de intervenções triviais que promovem a perda da força do delírio. É preciso que o analista deixe de lado as interpretações que buscam dar sentido ao delírio para, com inventividade, buscar barrá-lo na trivialidade.

Seguindo as três vias eleitas de acesso à produção subjetiva, apresenta-se, por último, o trabalho com a arte. Nos atuais dispositivos substitutivos em saúde mental, a criação artística se faz muito presente, principalmente nos serviços destinados à clientela mais grave. O recurso artístico se mostra eficaz na medida em que promove certa estabilização psíquica e gera reflexões. Entretanto, de acordo com Autuori (s/d) tal prática não tem sido objeto de estudo da psicanálise, pois nota-se, com frequência, uma espécie de inversão, em que a psicanálise é que é aplicada à arte.

A autora desenvolve cinco possibilidades clínicas de trabalho com a arte: a arte mediando o encontro, interpretação da arte, intervenção na arte, a arte como analista, e a arte com crianças pequenas psicóticas e autistas. Para tais possibilidades, a hipótese sustentada é a de que a *arte ajuda o sujeito a inventar uma maneira de estabelecer seu contorno singular em torno do vazio* (p.01).

No trabalho apresentado pela autora, os dispositivos denominados ‘Convivência’ assumem lugar privilegiado para trabalhos em que a arte se soma à psicanálise. Em tais práticas, o trabalho artístico não está relacionado à produção de obras de arte, valorizadas pela sociedade, podendo até mesmo não haver um objeto ao final do trabalho. O propósito consiste que tal prática possa promover que a função de analista e a função de sujeito façam laço. Para tanto, o profissional que oferece o tratamento coloca-se em posição dessubjetivada, para que assim possa ouvir o que subordinará sua ação.

Para melhor elucidar o que as autoras designam como a terceira via de acesso à produção do sujeito, o trabalho com a arte, Monteiro e Queiroz (2006) ressaltam uma importante distinção: a criação na neurose e a criação na psicose têm propósitos diferentes. Nas palavras das autoras:

O sujeito neurótico cria a partir da falta instaurada pela castração. Sua via é a da sublimação, tida por Freud como um dos destinos da pulsão

sexual. A criação do psicótico, ao contrário, dá-se sobre o fundo da ausência da metáfora paterna, tendo, desse modo, um propósito diferente do ato sublimatório do neurótico. Ela é considerada um arranjo sintomático, realizado pelo sujeito sem a recorrência à suplência neurótica do Nome-do-Pai, tendo por função dar um tratamento ao gozo que o invade e aniquila, na psicose (p. 116-117).

Vale ressaltar que, para a criação funcionar como arranjo sintomático é necessário que um Outro seja destinatário da produção. Neste entendimento, as autoras defendem que é importante e fundamental a presença de analistas em oficinas artísticas, juntamente aos demais profissionais, como os terapeutas ocupacionais. Os psicanalistas promoveriam, neste contexto, a articulação entre o fazer criativo e a emergência de produção subjetiva, atentos à singularidade de cada sujeito e ao seu modo de expressão.

O ato de criar, nas suas mais diversas formas, pode ser importante ferramenta para a psicanálise, na medida em que pode ajudar a promover laços sociais e ter efeito apaziguador no sujeito, ao permitir a extração do objeto e servir de borda para o gozo invasor do Outro.

### **A construção do caso clínico**

Na atual conjuntura das práticas em saúde mental, torna-se possível e necessário o debate clínico aberto e interdisciplinar. Viganò (2010) defende que a discussão dos casos clínicos constitui importante ferramenta como instrumento de formação, e como modo de avaliar e aprimorar a prática clínica.

A construção do caso clínico em meio ao trabalho interdisciplinar implica em uma inversão da posição de saber, na qual o paciente tem algo a ensinar à rede social, e não o oposto. Nas palavras do autor:

A construção do caso clínico é uma construção democrática na qual cada um dos protagonistas do caso (os operadores, os familiares, as instituições) traz a sua contribuição, de uma forma que parecerá paradoxal somente àquele que está doente de tecnocracia e de modelos cibernéticos. Na realidade, trata-se de juntar as narrativas dos protagonistas dessa rede social e de encontrar o seu ponto cego, encontrar

aquilo que eles não viram, cegos pelo seu saber e pelo medo da ignorância. Este ponto comum, a falta de saber, é o lugar do sujeito e da doença que o acometeu. A construção do caso consiste, portanto, em um movimento dialético em que as partes se invertem: a rede social coloca-se em posição discente e o paciente em posição de docente (p.2).

O autor acrescenta que o que o paciente tem a ensinar neste contexto, não é algo que pode ser apresentado em sua fala direta, ou diz respeito ao que passa pela consciência. O paciente tem a ensinar mediante a escuta de suas particularidades, evidenciadas em atos falhos, recaídas, ausências.

A construção do caso clínico, conforme Figueiredo (2004), consiste em uma importante contribuição da psicanálise à saúde mental e à psicopatologia. Trata-se de recolher da experiência do sujeito, por meio do seu discurso, elementos com os quais a construção do caso será feita, que tem como objetivo direcionar ações e intervenções da equipe de saúde mental. Como ressaltado pela autora, o caso clínico não é o sujeito, mas a construção baseada em elementos extraídos de seu discurso, sendo, portanto, uma construção sempre parcial e passível de revisão.

Com o intuito de indicar caminhos para a sua construção, a autora apresenta três binômios: história/caso, supervisão/construção e conceitos/distinções.

A história diz respeito ao relato completo, com todas as minúcias e detalhes, contado pelo paciente. Já o caso é o que se extrai do relato a partir das intervenções do analista e do que é decantado de seu relato. Para se trabalhar em psicanálise, uma história deve tornar-se caso.

No segundo binômio sustenta-se a construção, contraposta à supervisão, na medida em que as funções de sujeito, pesquisador e analista são trabalhadas de modo entrelaçado. Desta forma, rompe-se com o modelo aprendiz/aluno e com a fixidez de posição diante do saber.

Por fim, os conceitos fundamentais da psicanálise são constantemente questionados, mas distinções são estabelecidas para a condução dos casos.

Deste modo, a construção do caso clínico envolve um trabalho em equipe na qual o arranjo dos elementos que nortearão a condução dos casos surgem das diversas implicações e de efeitos transferenciais elaborados nos diálogos e nas supervisões.

A construção do caso deve partir de uma posição de não saber. Ela não é definitiva e estanque, é uma construção sempre provisória que se dá em etapas, no dia a dia do trabalho. Deve ser um exercício coletivo realizado de modo permanente por meio do dispositivo das supervisões.

### **O analista-cidadão**

Laurent (1999) argumenta que a concepção da psicanálise entendida como prática de desidentificação, na qual uma aceção extra-pura da psicanálise é mantida para se desidentificar infinitamente contribui para a marginalização social da psicanálise. Afirmo o autor:

Os analistas tem que passar da posição de analista como especialista da desidentificação à de analista cidadão. Um analista cidadão no sentido que tem esse termo na teoria moderna da democracia. Os analistas precisam entender que há uma comunidade de interesses entre o discurso analítico e a democracia, mas entendê-lo de verdade! Há que se passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa; um analista sensível às formas de segregação; um analista capaz de entender qual foi sua função e qual lhe corresponde agora (p. 13).

Para o autor, o analista é aquele que ajuda, juntamente com outros profissionais, a civilização a respeitar a articulação entre normas gerais e particularidades de cada sujeito. Deste modo, é função do analista a tarefa de impedir que em nome de ideais universais, ou de qualquer outra universalidade, possa-se deixar de levar em consideração as particularidades de cada um.

Esse analista que opina, toma partido, ou que intervém com seu dizer silencioso contrapõe-se ao analista crítico, apagado, que não possui ideais e não crê em nada. Essa postura do analista vazio, apagado é criticada pelo autor em favor do analista útil, que contribui e opina sobre coisas precisas em debates democráticos e abertos.

O analista cidadão, útil, nesta perspectiva, avalia práticas em saúde mental, bem como os processos de segregação de determinado cultura, aceitando, da mesma forma, ser avaliado. Assim,

os analistas não hão de se manter como analistas críticos. Haverão de pedir, de pedir algo à saúde mental. Pedimos uma rede de assistência em saúde mental que seja democrática e, como acontece efetivamente na fórmula que se tem utilizado, seja capaz de respeitar os direitos de cidadania dos sujeitos que estão nesse campo e nesse marco concreto da saúde mental. Nesse sentido, os analistas, junto com os outros, devem incidir nessas questões, tomar partido e através de publicações, através de intervenções, manifestar que querem um tipo determinado de saúde mental. Não uma instituição utópica ou um lugar utópico, mas precisamente formas compatíveis com o fato de que, se já não há ideais, só resta o debate democrático (p.16).

Desta forma, a noção de analista cidadão desenvolvida pelo autor permite retirar o analista daquela posição de exclusão de si mesmo, e torná-lo útil e compatível com os novos dispositivos democráticos de assistência em saúde mental.

Nesse mesmo sentido, Monteiro e Queiroz (2006) argumentam que, para cumprir com o desafio de localizar seu lugar na instituição, o analista deve destituir-se do status de especialista para a posição de analista-cidadão. Para as autoras, isso implica que o analista se perceba como um a mais em uma prática feita por muitos, além de ser sensível às diversas formas de segregação e exclusão de seu contexto, e atentar-se aos novos modos de subjetivação de sua época.

Torna-se imprescindível, para tanto, a passagem do analista especialista da desidentificação do mundo externo ao analista-cidadão, conforme exposto por Abreu (2008). Não se trata de afastar-se da ética própria da psicanálise, mas de situá-la na

condução do seu fazer profissional na instituição, frente às novas demandas sociais específicas de seu tempo e às transformações da humanidade.

O autor faz, no entanto, pertinente consideração em relação à postura do analista-cidadão no trabalho entre muitos. Argumenta que a busca pela defesa da cidadania e inserção psicossocial do louco não podem ser consideradas um ideal tirânico de convívio social para o sujeito. Impor ideais de integração social é pressupor que estes pacientes possuam tal desejo intrínseco. As dimensões da cidadania e da inserção psicossocial são pressupostos éticos e políticos da atuação profissional do analista, que diferem em muito do objetivo de tentar impor, a todo custo, um desempenho ideal de socialização para o sujeito.

Em consonância com essa ideia, Rinaldi (2006) ressalta que, nos novos serviços de assistência em saúde mental, o saber prévio aliado aos ideais de bem e de cura acabam por impor a profissionais e usuários dos serviços obrigações que podem desconsiderar a subjetividade de ambos. A autora sustenta que desconsiderar a dimensão do sujeito pode levar o discurso da cidadania a reproduzir práticas tutelares e excludentes, que pretendiam inicialmente enfrentar.

Desta forma, acredita-se que a sustentação da prática clínica na instituição se dê a partir da introdução do fator sujeito, o que difere em muito de práticas ancoradas na lógica assistencialista em que já se sabe, *a priori*, o que é melhor para o sujeito.

### **A prática entre muitos**

Mestre não é quem sempre ensina,  
mas quem, de repente, aprende.  
Guimarães Rosa

De acordo com Laurent (2000), o termo *pratique à plusieurs*, inventado por J.-A. Miller surgiu para designar o que aconteceu na prática de instituições, reunidas sob este título, no momento pós anos 70. Nas palavras do autor:

A psicanálise não se deixa definir a partir de uma regra clara de funcionamento, nem tampouco de um lugar exterior ou interior à instituição. Há, antes de tudo, uma prática feita por muitos, de uma imanência, de uma presença jamais definível em um ponto e por todo lado presente do Outro da psicanálise. [...]

O tipo de instituições, ajustado pelos psicanalistas nos anos 90, resulta desse tipo de instituição, em países bastante diferentes e com línguas bem diferentes. Digamos que são comunidades psicanalíticas adaptadas ao espírito da época. É esse tipo de instituição que se define por uma modalidade de conversação imanente entre muitos, em que a psicanálise não se encontra exterior, transcendente. São provavelmente o futuro de nossas instituições. Não são lugares de vida, como se dizia nos anos 70; são formas de vida, formas de vida com o Outro (p.168).

Di Ciaccia (2007) refere-se à “prática entre vários”, termo batizado por Jacques-Alain Miller como já exposto, para designar a invenção desses autores que buscavam atingir objetivos específicos em instituições destinadas a crianças autistas. O autor observa ainda a difusão de tal prática em instituições destinadas ao tratamento de outras demandas, que não a originalmente pensada, qual seja, de crianças autistas. Enumera, a partir desta constatação, uma série de questionamentos em relação à adequação desta prática em outros contextos.

Para o autor, a verdadeira prática entre vários na instituição deve orientar seu funcionamento a partir das exigências do sujeito, em contraponto às exigências dos especialistas que lá atuam.

Beneti (2003) traz outra contribuição acerca do termo “trabalho feito por muitos”. De acordo com este autor, tal expressão tem sido utilizada com frequência para designar o trabalho desenvolvido por diversas categorias profissionais em meio ao trabalho em equipe interdisciplinar. Para ele, esse “muitos” deve fazer referência aos quatro discursos – o discurso do mestre, da histórica, do universitário, e às vezes nesses serviços, do analista – que apontam para a multiplicidade de discursos que funcionam nas instituições.

“A instituição é o lugar dos quatro discursos”. A equivalência imaginária – categoria profissional=discurso (laço social no sentido laciano) –

tenta apontar os antecedentes da formação universitária de cada técnico, trabalhador da/na Saúde Mental ao nível social, do público, ordenado e comandado pelas políticas do Estado. Fazendo equivaler, por exemplo, o assistente social, o enfermeiro e os auxiliares técnicos de serviço ao discurso da ajuda, do amor, ao discurso histérico; o psicólogo ao do mestre e o psiquiatra biológico ao discurso universitário (p.90)

Conforme exposto por Elia (2005), a prática entre muitos diz respeito ao trabalho com e entre muitos em meio à equipe interdisciplinar, situado na interface da psicanálise com a saúde mental. Tal prática, em curso há mais de 25 anos, é resultado da incursão de psicanalistas decididos a atuar no campo da saúde mental, sem se sentirem estrangeiros ou inseridos em uma área que não lhes pertence. Esses psicanalistas que tomaram para si o trabalho de cuidar de sujeitos em sofrimento psíquico cunharam esta expressão – *la pratique à plusieurs* – que pode ser traduzida como a prática com muitos, entre muitos, de muitos e até prática entre vários para designar o trabalho desenvolvido em instituições de cuidado para crianças e adolescentes autistas e psicóticos.

O autor aponta, contudo, semelhanças existentes entre tais instituições e os atuais dispositivos em saúde mental destinados ao atendimento infanto-juvenil – CAPSIs – assim descrevendo-as:

a) são instituições que não reproduzem o modelo de consultório particular “a dois” (entre aspas porque sabemos que nunca estamos a dois, mesmo que haja só duas pessoas na sala) mas assumem o dispositivo como institucional e com muitos; b) são públicas ou conveniadas com a saúde pública; c) não tem fins lucrativos (são Asbl), associando-se à lógica da coisa pública, sem cair, por isso na filantropia assistencialista, teúda e manteúda pelo dinheiro público, d) definem para si princípios e diretrizes de trabalho, comuns a outras instituições afins; e) assumem a dimensão das questões sociais em seu trabalho clínico. Cunharam então esta expressão – a prática com muitos.

Nesta prática o clínico é redefinido, torna-se ampliado, uma vez que não se faz oposição entre atendimentos em consultório ou demais espaços especificamente

terapêuticos e as demais atividades que ocorrem no espaço institucional. O clínico torna-se estendido a todo espaço, tempo e atividades institucionais.

O trabalho com muitos não é o mesmo que trabalho em grupo: nesta perspectiva, não se formam grupos de sujeitos. O trabalho se dá com e entre muitos, mas um a um, respeitando a singularidade do sujeito.

Stevens (2007), por sua vez, aponta para quatro eixos que orientariam a prática entre vários: a desespecialização, a formação, a invenção e a transmissão.

A desespecialização é considerada em dois planos: a do projeto institucional, que deve evitar a identificação monossintomática; e a do trabalho de cada um, que é desespecializante na medida em que atravessa pontos de vista de todos os especialistas. No plano do projeto institucional, ou plano do sintoma, conforme o denomina Abreu (2008), acredita-se que uma clínica monossintomática, que identifica o sujeito como toxicômano, deprimido, autista, anorexo, dentre outros, é uma clínica da exclusão, tanto nas conseqüências sociais como nas possibilidades de invenção do sujeito. Nesse entendimento, a clínica monossintomática leva alienação.

Quanto ao plano do trabalho técnico, a prática entre vários se distingue da prática multidisciplinar e transdisciplinar, já que não se trata de cada um trabalhando na sua especialidade, com o saber específico de sua profissão, mas sim pelo saber construído a partir de cada sujeito, pelo trabalho analítico da construção de caso que perpassa todas as especialidades. Nesta perspectiva, não se desconsidera o saber postulado nas diversas áreas do conhecimento, mas entende-se que a função terapêutica é realizada por cada um dentro da instituição.

Ainda que tendo em vista a desespecialização, é preciso também buscar um direcionamento comum para o trabalho. Conforme ressalta Abreu (2008) é necessária uma política comum para nortear o trabalho institucional, sendo a proposta neste caso, a

política e a ética da psicanálise. Assim, nem todos os que trabalham na instituição precisam ser psicanalistas, mesmo que muitos o sejam, mas devem ser analisantes civilizados, ou seja, estar em análise ou ter uma transferência com a psicanálise como sujeito suposto saber, e estar regulado por esta transferência (Stevens, 2007). No eixo da formação, ressalta-se também a importância do estudo teórico da psicanálise.

O terceiro eixo, da invenção pode ser analisado sob dois planos: da invenção dos próprios sujeitos, e da invenção dos membros da equipe na prática. Os membros da equipe devem estar sempre atentos à invenção, à surpresa, produzidos pelos sujeitos. Abreu (2008) considera que a instituição deve caber ao paciente, e não o contrário, e desta maneira, inventa-se continuamente uma instituição que acolha invenções de cada sujeito.

O último e quarto eixo é o da transmissão, em que a reunião da equipe ocupa papel central no processo de construção da prática entre vários. Na reunião da equipe, intervenções são discutidas e avaliadas, pois nem toda invenção do sujeito é sustentada, mas apenas as que proporcionem um ponto de basta, ou pontos de ancoragem, ao momento da história do sujeito exposto a um gozo que não consegue localizar.

Diante das diversas orientações teóricas na prática entre muitos, como evitar a junção de práticas divergentes, agregando orientações que consideram o sujeito do inconsciente com orientações que o excluem, como por exemplo, a psiquiatria biológica?

Deve-se levar em conta que não se sabe de antemão. O profissional é um, ao lado de outros na equipe que não sabem, posição a partir da qual ele se põe a operar e se autorizar. Este saber, que é preciso não saber, faz com que a equipe opere e se autorize permitindo ao sujeito psicótico construir seu próprio saber (Baio, 1999).

A prática entre muitos diz respeito à clínica suportada na pluralidade, ou como proposto por Figueiredo (2004), seguindo Zenoni (2000), trata-se de um direcionamento que aponta no sentido de “*aprendizes da clínica*”, na qual não há um modelo imposto, mas procura-se extrair das produções do sujeito a orientação para seu tratamento. Nas suas palavras:

Essa expressão sintetiza a posição da equipe em formular as boas questões, verificar os efeitos de suas intervenções, tomar novas decisões ou dar novo rumo a cada caso a partir das indicações do sujeito que, convém lembrar, não são tão óbvias ou intencionais, mas estão dadas de algum modo no seu sintoma, em suas diferentes manifestações (p.83).

Em suma, este dispositivo clínico se sustenta tanto na pluralidade dos sujeitos a quem se trata, como dos profissionais na instituição. A prática acontece nos diversos espaços e tempos institucionais envolvidos no tratamento, e por ser psicanalítica, permite que a função de analista e função de sujeito façam laço.

### **O trabalho psicanalítico nas equipes interdisciplinares**

Sabe-se da importância fundamental do trabalho em equipe nos serviços substitutivos de Saúde Mental para incentivar e promover intervenções clínicas criativas e inovadoras. Pretende-se aqui discutir como se dá o trabalho psicanalítico nas equipes interdisciplinares em saúde mental.

Conforme aponta Figueiredo (2007), a psicanálise oferece uma série de construtos amplamente difundidos na área da Saúde Mental, tais como a valorização da palavra do sujeito, o acolhimento do desejo, a concepção do delírio como uma tentativa de cura e o manejo da transferência no tratamento. Entretanto, conforme salienta a autora, ao contrário da reforma psiquiátrica e da assistência em Saúde Mental, não existem diretrizes gerais para o trabalho em psicanálise nestes cenários.

A autora chama atenção ao fato do psicanalista raramente ser identificado como um dos profissionais das equipes multiprofissionais compostas geralmente por médicos,

psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros. Indica, para tanto, duas possíveis razões: o fato dos mesmos profissionais não se identificarem ou não serem identificados como psicanalistas, ou pelo fato de que o ideário psicanalítico já se encontrar, de certa forma, diluído entre os profissionais mencionados.

Desta forma, uma das questões mais importantes que se impõe no cotidiano de um serviço público de saúde mental diz respeito à coexistência de inúmeras orientações teóricas, às vezes divergentes, que disputam lugar no andamento dos casos. Neste espaço, encontram-se equipes compostas por profissionais oriundos das mais diversas áreas do conhecimento, configurando uma pluralidade de saberes que podem não conseguir estabelecer referenciais comuns a serem seguidos para a boa condução dos casos.

Conforme aponta Alberti (2006), a psicanálise tem procurado verificar sua relação com a ciência e demais discursos, em consequência de sua crescente inserção na universidade, que configura um contexto propício à interlocução de diferentes saberes.

A autora explicita seu posicionamento de não recuar diante dos fenômenos observados na clínica, no que concerne à diversidade de discursos e práticas, sua eficácia no tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico grave e suas implicações teóricas para a psicanálise. Deste modo, defende que o campo de atuação dos diferentes saberes precisam ser delimitados:

A partir da experiência de um trabalho que desenvolvemos há mais de dez anos no hospital geral, levantamos a hipótese de que não há consenso sobre essas diferenças, nem do ponto de vista do usuário do hospital, nem do ponto de vista dos vários membros das equipes multidisciplinares, nem mesmo dos próprios profissionais que exercem a psicanálise, a psiquiatria e a neurologia na comunidade hospitalar. Além disso, levantamos a hipótese de que os próprios profissionais de cada uma dessas três áreas têm ideias bastante díspares sobre o que fazem e o que deveriam fazer os profissionais das duas outras áreas que não as deles (p.97).

Na opinião desta autora, mais do que respeitar e preservar as diferenças entre as práticas das diversas disciplinas, faz-se necessário conhecer quais são essas diferenças, explicitar melhor os pontos obscuros e procurar compreender melhor as possíveis convergências entre as práticas.

Ainda na análise entre as relações entre psicanálise e medicina, Alberti & cols. (2008) ressaltam a importância da fala entre diversos profissionais para sustentar coletiva e mutuamente o direcionamento do trabalho. Os autores mostram que quando o intercâmbio institucional entre os diversos profissionais é realizado, promovendo a circulação da palavra, prolongamentos de tratamentos desnecessários podem ser evitados.

A falta de comunicação e de conhecimento a respeito das especificidades de atuação das diversas disciplinas envolvidas nos tratamentos do pacientes pode promover o prolongamento desnecessário deste tratamento, ou mesmo torná-lo ineficaz. Os autores, a partir da análise de alguns exemplos clínicos emblemáticos mostram como que os limites de atuação entre psicanálise, psiquiatria e neurologia encontram-se muitas vezes indistintos, dificultando encaminhamentos mais eficazes para a condução dos casos.

As conseqüências de um encaminhamento mal feito são percebidas pela dispersão que ocorre dentro de um hospital geral, dispersão esta que é regida por um especialismo, que acaba por conduzir à fragmentação do tratamento. Desta forma, sujeitos que buscam tratamento são subordinados a um cientismo que os fragmenta a partir de diversas especialidades, sem que estas dialoguem e cooperem entre si com o objetivo de traçar uma intervenção interdisciplinar.

Desta forma, a questão problemática dos múltiplos encaminhamentos é analisada como promotora de atendimentos dispersos e descontínuos, em que a ausência

ou a precariedade da comunicação entre os profissionais imperam na condução dos casos.

Os autores apostam, entretanto, que o diálogo entre psicanálise e medicina pode trazer inúmeros benefícios ao tratamento dos pacientes, na medida em que a delimitação dos campos de atuação de cada saber se torne mais claros. Acreditam que a comunicação entre as disciplinas fica prejudicada quando não se tem clareza a respeito dos limites de cada ciência e dos campos de intersecção com outras.

Diante da questão que diferentes saberes sustentam diferentes discursos, que geram diferenças em suas práticas, Bezerra (2004) opina que o problema não está nas diferenças, já que a diversidade de concepções e o clima de cooperação que se tem estabelecido podem ser encarados como uma vantagem da realidade brasileira. Entretanto, afirma que tal cooperação só pode se dar mediante acordo, tácito ou explícito, em relação à natureza das teorias e proposições clínicas de cada perspectiva; e os critérios que devem reger a escolha de qual perspectiva diante de cada situação. Sustenta também que nenhum saber pode abarcar o fenômeno de modo global, conforme cita:

Diante de uma depressão é possível traduzir sinapses e serotoninas na língua psicanalítica? Não, mas não há problema nenhum nisto, desde que os que falam uma e outra língua estejam de acordo com a ideia de que nenhum deles fala a 'língua da depressão'(p.7).

O autor defende que precisa-se estabelecer um corte, um critério que indicaria que determinada posição é contrária e necessita ser combatida. Esse critério, em sua concepção, não é epistemológico, mas ético e político. Nesse sentido, sugere que as diversas teorias não deveriam apenas ser avaliadas pela sua fundamentação teórica ou consistência científica. A ideia é analisar as teorias no campo dos efeitos subjetivos, ou seja, as conseqüências que determinada concepção provoca e quais resultados surgem a partir de sua aceitação. É evidente que, para que se faça tal análise, é importante que se

tenha clareza acerca dos objetivos clínicos e políticos que se pretende alcançar, e que nem sempre isso se faz presente ou possível de se estabelecer nos CAPS, por exemplo.

Teixeira (2007) ressalta que, embora possa se trabalhar a partir da orientação psicanalítica, a psicanálise não é tomada, de modo algum, em uma função prescritiva na condução dos casos atendidos. Neste sentido, Pinto (2007) propõe que é o próprio lugar do saber prescritivo que deve ser esvaziado, dando lugar ao saber do sujeito em tratamento.

Desta forma, a articulação entre os diversos saberes não disputaria o lugar da prescrição da melhor conduta a ser tomada, pois não é o saber teórico que conduz e orienta o tratamento, mas o saber do sujeito em questão. Em consonância com esse posicionamento, Alberti e Figueiredo (2006) ressaltam que:

é como aprendizes que nos colocamos no trabalho em equipe, nas parcerias criadas, que devem se sustentar muito mais numa transferência para o trabalho do que nas miragens imaginárias do amor ou nas armadilhas do corporativismo (p. 11).

Como já exposto, o trabalho em equipe constitui uma ferramenta fundamental nos serviços de saúde mental. Figueiredo (2005) traz singular contribuição a partir de indicações da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial focado nos CAPS. Partindo de uma análise da formação e consolidação das equipes, são destacadas a equipe hierárquica e a equipe igualitária.

A primeira se caracteriza por uma verticalização do poder de intervenção, que aponta para uma hierarquização das profissões, que no caso de instituições médicas, por exemplo, prevalece a autoridade do médico. Já a segunda apresenta a característica da autorização entre seus membros ser difusa, já que todos discutem de igual para igual, correndo o risco permanente de abolir especialidades e assim desconsiderar as especificidades das ações terapêuticas. A autora ressalta que o que se tem na prática consiste em uma mistura destas duas posições mais típicas.

Com base nesta análise dos dois modos de funcionamento das equipes, a autora destaca as concepções psicanalíticas do *coletivo não-todo* e da *transferência de trabalho* para propor indicações da psicanálise para o trabalho em equipe nos CAPS. A concepção do *coletivo não-todo* designa “*que não há todo na soma das partes*”. O coletivo não fecha, pois é exatamente na fenda que o paciente, com seu delírio e comportamento disruptivo, faz furo. A utilização de protocolos sistematizados ou prontuários mostram o intuito de recobrir o real do susto, garantir uma primeira estratégia até que o profissional ganhe tempo para enfrentar a nova situação e pensar na intervenção adequada a especificidade do caso. Desta maneira, as indicações do tratamento, produzidas coletivamente, na perspectiva do coletivo não-todo, é sempre parcial e passível de revisão, devendo assim ser trazida para a *construção do caso*.

A referência à *transferência de trabalho* surge para dar conta dos efeitos nocivos da *cola imaginária*, que diz respeito às rivalidades narcísicas que provocam a segregação devido às diferenças entre os membros do grupo. A transferência de trabalho é pensada a partir do conceito de transferência da psicanálise. Não se refere às concepções de transferência que remetem à resistência, mas pelo contrário. Consiste na condição para estabelecimento de um laço produtivo entre os membros da equipe, que visam concomitantemente o fazer clínico e a produção de saber daí decorrente.

Desta maneira, a proposta apresentada pela autora consiste no trabalho em equipe na perspectiva do *coletivo não-todo*, que tem como condição a *transferência de trabalho* e desenvolve-se na construção do caso a partir dos elementos fornecidos pelo sujeito e recolhidos de cada caso. A equipe deve, para tanto, reunir-se periodicamente para discutir o direcionamento do trabalho. Destaca-se aí a função da supervisão e o papel do supervisor.

O supervisor deve proporcionar espaço de discussão entre os pares que faça a *transferência de trabalho* funcionar, para que não ocorram os efeitos nocivos da *cola imaginária*. Cumpre, então, a função de *êxtimo*, por se tratar de membro externo à equipe, mas ao mesmo tempo interno devido a sua constante presença.

### **A transmissão da psicanálise nas equipes interdisciplinares**

Após apresentar contribuições para o trabalho psicanalítico nas equipes interdisciplinares, vale destacar questões relativas à transmissão da psicanálise nesse trabalho.

Conforme Figueiredo (2007), a transmissão da psicanálise no trabalho em equipe se dá no cotidiano da própria clínica, e não por meio do ensino. Mas para que esta transmissão se torne possível deve haver uma transferência com a psicanálise. Diariamente, no manejo das mais diversas situações clínicas e na convivência, esta transferência é disseminada. Assim, não é o psicanalista com seu saber acumulado que ensina a psicanálise, mas a própria psicanálise que ensina a partir de seus efeitos.

No funcionamento das equipes multi ou interdisciplinares percebe-se que o saber referencial constitui-se o principal operador. A autora retoma os quatro discursos em Lacan para indicar o giro que deve ocorrer do discurso universitário para o discurso do analista.

Primeiramente, podemos apontar para o deslocamento do lugar do saber. No discurso universitário, o saber referencial é agente no trabalho em equipe, já no discurso do analista, o saber é suposto ao sujeito. Conforme indica a autora, tal saber não está dado a priori, mas cabe à equipe reconhecê-lo, a partir das suas mais diversas manifestações, muitas vezes rápidas e fragmentadas, que devem ser recolhidas cotidianamente para que a clínica do sujeito possa se dar no coletivo. Esta clínica se constitui para além de saberes técnicos, pois é o próprio sujeito chamado a tomar

posição nas mais rotineiras situações. Desta forma, o saber que se constrói neste contexto provém do sujeito, cotidianamente convocado a dizer sobre si.

Desta forma, o psicanalista deve construir o trabalho de transmissão da psicanálise na equipe, o que não acontece pelo simples fato de haver esse profissional em meio à equipe. Para que isso aconteça, é necessária a transferência com a psicanálise. Nas palavras de Figueiredo (2007):

Se há o psicanalista, deve haver a disseminação de uma transferência com a psicanálise, com o texto de Freud, em seus princípios (*modus operandi*) mais do que seus conceitos (teoria). A função do psicanalista na instituição é tornar possível essa transferência a partir do manejo de situações cotidianas na clínica e na convivência. Não se trata de ‘ensinar’ a psicanálise, bem ao contrário, deve-se sustentar o que a psicanálise nos ensina a partir de seus efeitos (p. 03).

### **O intercâmbio entre Universidade e rede**

Por fim, apresenta-se a proposta do intercâmbio entre Universidade e Rede como importante ferramenta para o desenvolvimento da prática interdisciplinar em saúde mental.

Bezerra Jr. (2004) ressalta que, muitas vezes, os profissionais não possuem as habilidades e as competências necessárias para trabalhar nos novos dispositivos da rede de saúde mental. Uma possível razão apontada diz respeito à formação generalista, tecnicista, formalista e pouco crítica presente nas Universidades. Assim, o autor destaca a importância de formar profissionais mais reflexivos para o trabalho nos serviços substitutivos.

Nesse sentido, o autor aponta que o intercâmbio entre Universidade e rede de atenção à saúde mental enriquece a ambos. Estratégias como articular alunos e professores com os dispositivos da rede, facilitar o diálogo entre os profissionais e pesquisadores da universidade, promover encontros, seminários, estágios, dentre outras podem ser interessantes para promover uma qualificação para os dois os lados.

Com essas propostas de interlocução, acredita-se que os profissionais que atuam nos dispositivos da rede de saúde mental podem ser estimulados e motivados a adotar posturas diferenciadas, e, ao mesmo tempo, os alunos das universidades podem ter acesso a uma formação mais qualificada.

Do mesmo modo, Rinaldi e Alberti (2009) defendem a articulação entre psicanálise, saúde mental e Universidade, com o objetivo de oferecer formação acadêmica que possa instrumentalizar os pós-graduandos, além de proporcionar sustentação de pesquisa para a prática no âmbito da saúde mental. As autoras partem do pressuposto de que a produção de saber se dá na prática clínica, sendo esta, portanto, o *locus* privilegiado da pesquisa em psicanálise.

No que diz respeito à relação entre psicanálise e universidade, Lowenkron (2000) aponta que, mesmo em meio às resistências acadêmicas em relação às suas descobertas, Freud não abandonou a tentativa de estabelecer um relacionamento entre psicanálise e universidade. De acordo com o autor:

Freud, simultaneamente, questionou e valorizou a aproximação da psicanálise com a universidade, reconhecendo a importância da utilização do conhecimento psicanalítico na formação de profissionais de saúde e do saber das ciências humanas, atribuindo, no entanto, às instituições autônomas a tarefa especializada de formação dos psicanalistas (p.70).

O autor assinala ainda que, embora Freud houvesse ressaltado que o desenvolvimento do conhecimento psicanalítico prescindia da academia, a reflexão acerca das descobertas freudianas poderia ter sido amplamente enriquecida desde o princípio por meio do diálogo com os diversos saberes na universidade, caso tal intercâmbio não tivesse sido tão adiado.

A formação continuada dos profissionais na área da saúde mental é indispensável, visto que os posicionamentos e posturas éticas dos profissionais que lá atuam precisam ser reelaborados e reavaliados nesse contexto específico. É nesse

cenário que pensamos ser de grande valor o intercâmbio entre a Universidade e a rede de atenção à saúde mental.

## **CAPÍTULO 03 – QUESTÕES PARA A PSICANÁLISE NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL**

Na clínica dos serviços públicos em saúde mental, uma série de alterações se impõe diante da técnica concebida por Freud, tais como a frequência e tempo de duração das sessões, a ausência de pagamento dos honorários diretamente ao analista, a ausência do *setting* tradicional, a duração do tratamento e o fato do pedido de tratamento não ser dirigido a alguém especificamente, mas a uma instituição.

Entretanto, conforme questiona Goidanish (2001), a frequência e número de sessões ou a presença de divã e poltronas são aspectos tão fundamentais à teoria psicanalítica que não podem ser alterados? Ou tais mudanças demandam recriações que não tornam impossível que a psicanálise possa ser exercida nos serviços públicos?

A autora levanta ainda a hipótese da resistência dos próprios analistas, que muitas vezes se impõem padrões rígidos e inflexíveis que inviabilizam o trabalho com o novo ou o enfrentamento de mudanças decorrentes do contexto histórico-cultural.

Elegemos algumas questões polêmicas relacionadas à possível recontextualização da psicanálise nos serviços públicos para abordar no presente capítulo. Iniciaremos com a questão da ausência de pagamento diretamente ao analista, e da classe social a que pertencem os usuários da rede pública de saúde mental, e suas implicações no tratamento. Em seguida, a ausência do *setting* tradicional e a medicalização serão abordadas. Por fim, teceremos considerações a respeito da postura do psicanalista nos serviços públicos em saúde mental.

### **Dinheiro**

A questão do dinheiro será aqui abordada sob duas perspectivas: a primeira diz respeito à ausência de pagamento imposta pelos serviços públicos de saúde e suas

possíveis conseqüências no tratamento psicanalítico. A segunda refere-se aos próprios usuários dos serviços públicos de saúde, que geralmente pertencem às classes mais empobrecidas da população, e suas possíveis implicações no processo terapêutico.

Diante do dilema acerca da ausência de pagamento imposta pelos serviços públicos de saúde, e suas necessárias implicações no processo psicanalítico, Figueiredo (1997) rejeita a inviabilidade da psicanálise pela simples ausência pecuniária. Ao contrário, defende que é necessário buscar novas possibilidades e soluções a partir da afirmação das diferenças existentes entre consultório privado e instituições públicas de saúde para a boa resolução da transferência e da resistência presente em qualquer análise, bem como criar novos critérios para avaliar a ausência de dinheiro e referi-los a teoria psicanalítica.

A autora enumera ainda, alguns exemplos que foram mencionados em seu trabalho de pesquisa nos ambulatórios públicos, que devem ser contabilizados como custo para os pacientes e relevados na avaliação da resistência: tempo e dinheiro dispensados para chegar ao tratamento; diaristas que perdem a remuneração pelo turno de trabalho, estudantes que perdem aulas, trabalhadores que sofrem pressão para não se ausentar do trabalho, mães e donas de casa que não tem com quem deixar seus filhos, dentre várias outras situações que demandam investimentos por parte dos indivíduos em tratamento.

Em consonância com o posicionamento da autora, acreditamos que ausência de pagamento direto ao analista por parte daqueles que buscam ajuda nos serviços públicos de saúde é apenas mais uma variável que os analistas precisam estar atentos no andamento dos atendimentos. É preciso refletir e analisar suas conseqüências, bem como pensar em formas de minimizá-las quando negativas a boa condução dos casos.

Autuori (s/d) assinala que, em se tratando de oferecer psicanálise gratuita nas instituições, parece consensual entre os psicanalistas que, mesmo com adaptações, a psicanálise encontra-se presente na saúde mental, como recurso teórico e clínico, sendo necessário, portanto, sustentá-la. A autora segue a argumentação referindo-se a Freud (1919/1918), e seu posicionamento de defender que a psicanálise pode contribuir no tratamento da “*miséria neurótica que existe no mundo*”, reconhecendo que as classes mais empobrecidas da população devam ter acesso à assistência em saúde mental. Ressalta, no entanto, a importância que a psicanálise não perca de vista seus fundamentos ao habitar novos terrenos.

O segundo aspecto refere-se ao segmento social a que pertence, geralmente, os sujeitos que procuram ajuda nos serviços públicos de saúde. Freud (1919/1918), em “Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica” vislumbra a possibilidade do acesso à psicanálise pelas camadas sociais mais empobrecidas:

Os senhores sabem que as nossas atividades terapêuticas não tem um alcance muito vasto. Somos apenas um pequeno grupo e, mesmo trabalhando muito, cada um pode dedicar-se, num ano, somente a um pequeno número de pacientes. Comparada à enorme quantidade de miséria neurótica que existe no mundo, e que talvez não precisasse existir, a quantidade que podemos resolver é quase desprezível. Ademais, as nossas necessidades de sobrevivência limitam o nosso trabalho às classes abastadas, que estão acostumadas a escolher seus próprios médicos e cuja escolha se desvia da psicanálise por toda espécie de preconceitos. Presentemente nada podemos fazer pelas camadas sociais mais amplas, que sofrem de neuroses de maneira extremamente grave. (...) Por outro lado, é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quanto o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade.(p.180)

Neste trabalho, Freud (1919/1918) prevê ainda a gratuidade de tais tratamentos, ainda que os psicanalistas necessitem de adaptar a técnica ao novo contexto. No que diz

respeito ao grau de instrução das camadas populares e sua conseqüência para o tratamento, Freud afirma:

Não tenho dúvidas de que a validade das nossas hipóteses psicológicas causará boa impressão também sobre as pessoas pouco instruídas, mas precisaremos buscar as formas mais simples e mais facilmente inteligíveis de expressar nossas doutrinas teóricas (p.181).

Deste modo, acreditamos que não se deve recuar diante das dificuldades que surgem sob as novas condições as quais a psicanálise necessita adaptar-se. Na mesma citação em que Freud alerta para a possibilidade de contaminação do *“ouro puro da análise livre com o cobre da sugestão direta”*, ele afirma que qualquer que seja a maneira que a psicoterapia para o povo assuma, *“seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa.”*(p.181).

Evidentemente, não se pode esperar que alguém com baixa escolaridade, ou que advenha de um contexto de miséria ou violência chegue a um serviço público com o mesmo discurso ou demanda semelhante a quem chega a um consultório particular. O que não significa que esse sujeito não possa ser escutado em sua singularidade, que não possa ser provocado em seu discurso para acessar seu inconsciente.

Diante do argumento tendencioso de que camadas mais empobrecidas da população não podem ou não devem ser submetidas à psicanálise em razão de limites culturais e sociais que impossibilitariam elaborações, ou considerariam o sujeito como não passível do inconsciente, posicionamo-nos em consonância ao argumento de Bezerra (1987) que privilegia o discurso singular do sujeito em sofrimento, e considera que a partir do desejo do analista pode-se escutar melhor o sujeito em sua particularidade.

Para o autor, os profissionais de saúde que lidam cotidianamente com pessoas advindas dos mais diversos contextos sociais e culturais devem estar atentos ao fato de que nem sempre as noções acerca do processo de adoecimento mental são compatíveis.

Nesse sentido, afirma:

As ideias e sentimentos do terapeuta e do paciente acerca do que é doença, como se instala, suas causas, o que entendem por cura, tratamento, saúde, etc. podem ser contrastantes e é preciso não se deixar levar pela ilusão universalista para poder enxergar esta diversidade. Se isto não acontece, a escuta do terapeuta se empobrecerá pelo etnocentrismo de seus ouvidos (p.142).

As diferenças na maneira de perceber o adoecimento, o tratamento e a cura interferem na determinação do momento em que as pessoas vão buscar ajuda, e de quais expectativas de resultados terão do tratamento. Somado a isso, conforme aponta o autor, percebe-se também diferenças no vocabulário e na utilização de palavras relacionadas a sentimentos entre pessoas de diferentes contextos sociais. É possível, de fato, que alguns pacientes tenham um vocabulário mais restrito para designar fenômenos introspectivos. Este não constitui, entretanto, um obstáculo à escuta analítica. Assim:

com ouvido atento e olho aberto este (terapeuta) poderá passar da fase de decepção para a de curiosidade e daí para a de pesquisa séria em busca do código específico de descrição dos estados subjetivos utilizado pelo paciente e aí encontrar terreno fértil (p.160).

### **O *setting***

Outra questão que os psicanalistas que trabalham em instituições públicas de saúde mental deparam diz respeito ao enquadre dos atendimentos, o *setting* terapêutico, que implica em fixar de uma forma constante as variáveis de tempo e lugar. O *setting* é a montagem ou a situação, espaço que facilita a comunicação inconsciente-inconsciente.

Conforme Bleger (s/d), a situação analítica é composta por invariáveis e processos. O autor afirma que é importante a manutenção do *setting* para a reconstrução

das partes desintegradas da subjetividade. Nesse entendimento, o *setting* constitui a constante fundamental de cura, o depositário da parte psicótica da personalidade e parte indiferenciada dos vínculos simbióticos primitivos.

Os atendimentos realizados nos chamados serviços substitutivos da clínica da reforma psiquiátrica não ocorrem somente, ou principalmente, dentro do consultório. Conforme Lobosque (2003), esse fato extrapola pensar que tais atendimentos podem ser feitos caminhando, pelos corredores ou no jardim. Significa atender a demandas e estar disponível a realizar um leque de atividades inabordáveis no consultório, não devido à delimitação de seu espaço físico, mas principalmente no que diz respeito ao seu espaço lógico.

Lancetti (2006) apresenta uma série de experiências clínicas nas quais tal montagem é móvel, realizada a partir da transposição de espaços e tempos institucionais. Deste modo, os dispositivos clínicos tornam-se ampliados, não restritos ao enquadre tradicional psicanalítico, mas a todo espaço institucional.

Para Autuori (2005) a viabilidade da prática psicanalítica na instituição está atrelada à possibilidade do laço analítico (o laço entre função de analista e função de sujeito) se estabelecer. Assim, a autora defende que tal laço não é dependente do *setting* tradicional de consultórios privados.

Nesse mesmo sentido, Elia (2004) destaca a importância fundamental do estabelecimento de laço analítico em detrimento à rigidez da manutenção do *setting* tradicional. Em suas palavras:

Tais funções não se destacam e enlaçam apenas quando há só duas pessoas, dois corpos, em uma sala. O que é exigível é que essas duas funções sejam verificáveis, que um laço analítico se estabeleça entre elas. Não é relevante (quanto a esta condição de análise) que, no espaço institucional considerado, estruturado segundo as diretrizes e princípios do dispositivo psicanalítico (que não coincide com o consultório particular), haja duas ou mais pessoas, desde que, entre elas, analista e

analisante se destaquem do conjunto como situando-se fora dele, mas articulados a ele (p.139).

Por fim, outro desafio imposto aos analistas que atuam nas instituições públicas de saúde diz respeito à ausência do divã. Conforme assinala Figueiredo (1997) o divã é peça fundamental e nem um pouco secundária no mobiliário psicanalítico. Entretanto, quando se fala em divã no serviço público remete-se logo à ideia de ortodoxia da prática psicanalítica, que seria plausível apenas em consultórios privados.

A utilização do divã se justifica por permitir a emergência da transferência como resistência no seu devido momento, por estar mais atrelada a fala e menos à imagem do analista. Entretanto, conforme questiona a autora a presença específica do divã pode não ser o único modo de se evitar a pregnância do olhar. Cabe ao analista manejar mais este elemento na transferência que pode ser tão importante como irrelevante no percurso da análise.

### **A medicação**

Nos serviços públicos de saúde outra questão problemática que surge com frequência diz respeito à demanda muito elevada por atendimentos, excedendo a possibilidade de realizá-los, o que gera inevitável pressão por produtividade e resolutividade. Neste contexto, uma saída frequentemente encontrada consiste na redução dos atendimentos individuais e o aumento do trabalho em grupos. Embora os efeitos benéficos de trabalhos em grupo sejam conhecidos, tais como promover a interlocução e, a partir do diálogo, minimizar efeitos estigmatizantes, a pressão pelo aumento de trabalhos em grupo pode dificultar a possibilidade que os sujeitos em sofrimento psíquico sejam ouvidos em suas particularidades.

A prevalência da cultura médico-curativa na sociedade contemporânea traz como consequência a demanda de uma cura rápida, indolor por parte dos sujeitos em

sofrimento psíquico, que muitas vezes não se implicam no tratamento, mas procuram ajuda externa. A pressão institucional por brevidade e resolutividade parece ir ao encontro do pedido do paciente, já que os profissionais que ali atuam deveriam “curar” o mais rápido possível, pois outros pacientes aguardam para ser atendidos. Esta pressão por rapidez dificulta a escuta analítica, na qual o tempo particular de cada sujeito vem a desenrolar e produzir efeitos. Deste modo, considera-se que a presença da instituição e sua interferência no tratamento devem ser levadas em consideração.

De acordo com Canongia (2006) os psicofármacos alteram o estado psicopatológico, podendo tanto contribuir para ocultar o verdadeiro *pathos*, quanto favorecendo que o sujeito se confronte com a verdade de seu sintoma, ao levar em consideração o fator tempo.

O paradigma médico de cura e eliminação rápida dos sintomas faz com que o uso de medicamentos seja preponderante em grande parte dos tratamentos. Não se pode ignorar que também o pedido do paciente esteja inserido nesta cultura.

Nesta clínica não há espaço para dúvidas ou incertezas, pois há o imperativo da rapidez e da eficácia, ainda que a custo do empobrecimento das relações humanas. A cultura dominante do descartável, do consumo desenfreado propicia condutas terapêuticas impessoais e tecnicistas, que produzem intervenções baseadas apenas em um conjunto de sinais e sintomas ordenados de acordo com uma classificação nosológica.

Neste contexto, Rocha e Fernandes (2004) levantam questões pertinentes acerca do uso indiscriminado das medicações. O favorecimento da generalização indevida do uso de medicamentos psiquiátricos é apontado como consequência do enfraquecimento do psicodiagnóstico sob a alegação de rotulação, discricionariedade e promoção da exclusão social. Ao ressaltar a importância do psicodiagnóstico, os autores defendem

que não existe relação entre identificar a psicose, tratar o sujeito a partir de referenciais clínicos adequados e marginalizá-lo socialmente.

O posicionamento defendido é que considerar a loucura um comportamento qualquer, ignorá-la ou desconhecê-la é tão ou mais violento que colocar os loucos em instituições asilares. A reforma psiquiátrica tem como objetivo, sob esta perspectiva, intervir sobre a relação da nossa sociedade com a loucura, o que não significa negá-la ou ignorá-la, mas sim criar maneiras de como acolher a loucura mediante dispositivos adequados.

Conforme observa Alberti (2006), percebe-se que no cotidiano da clínica já não se procura o psiquiatra para a prescrição de fármacos como antidepressivos, ansiolíticos ou até mesmo antipsicóticos. O neurologista, muitas vezes, prescreve a medicação dos pacientes, baseado na crença de que os problemas apresentados sejam reduzidos apenas a danos cerebrais. A pesquisa desenvolvida pela autora não tem o intuito de negar avanços científicos no âmbito das descobertas das redes neurais e demais inovações científicas, entretanto, ressalta-se a importância da delimitação dos campos da psicanálise, psiquiatria e neurociências.

Bezerra Jr. (2004) chama a atenção para o fato de que os mecanismos de cerceamento e exclusão dos manicômios vem sendo substituídos por meios mais eficazes e difusos de controle. O surgimento de inúmeros psicofármacos, os avanços na neurobiologia e neurociências evidentemente facilitaram a não reclusão nos antigos asilos psiquiátricos, e possibilitaram uma compreensão mais rica do funcionamento cerebral e bases neurais da atividade psíquica.

O autor aponta que tais avanços se deram inseridos na cultura marcada pela lógica de mercado, do consumismo e do esvaziamento da ação política. Nesse sentido, o autor considera que, se o antigo modelo asilar se enfraqueceu, é devido ao fato de não se

tratar mais de um dispositivo funcional, de ser obsoleto. Atualmente, se faz de novas maneiras o jeito de se lidar com a diferença, o bizarro, de controlar o sofrimento perturbador. O controle é feito de modo suave, sob a forma de reivindicação de consumir serviços e objetos que produzem bem-estar e saúde. Desta forma, o autor ressalta que a saúde perfeita tornou-se um sonho coletivo, aliada ao forte apelo do mercado da alegria e jovialidade. Esses valores trazem permanentemente a concepção de que, dor psíquica não diz respeito ao conflito subjetivo ou que faz parte da experiência do sujeito; e sim desvio, disfunção dos sistemas biológicos que regulam o organismo.

Desta forma, o autor defende que a cultura manicomial encontra-se atualmente travestida de novas formas de controle social. Dentre estas formas, ressalta o esvaziamento da dimensão subjetiva e de sofrimento psíquico em favor da noção fisicalista e reducionista do sofrimento mental. É importante destacar esse fenômeno, pois ele extrapola as concepções dos especialistas, e está presente em toda a sociedade, está veiculado na mídia. Nesta visão de mundo imediatista, os profissionais da área de saúde mental são convocados, nas palavras do autor, a se posicionar como técnicos do bem-estar, ortopedistas do espírito.

O autor aponta ainda uma importante faceta da cultura manicomial, atualmente perceptível na sociedade: a crescente intolerância ao sofrimento na nossa cultura. O sofrimento não é visto como algo inevitável, parte da existência humana, e até mesmo importante. É entendido como algo a ser eliminado da forma mais rápida possível, antes mesmo de produzir qualquer significação.

Nesse sentido, tal cultura de crescente intolerância ao sofrimento impõe resistências aos projetos de serviços substitutivos ao modelo asilar, como os CAPS, na medida em que tais dispositivos visam não apenas evitar o sofrimento, como também criar espaços de tolerância e convivência com a dor psíquica, contribuindo assim para

que a coletividade e as existências individuais possam se dar de formas abertas e criativas.

É evidente que a descoberta de psicofármacos é de grande valia para diminuir o sofrimento mental. Entretanto, conforme observa Autuori (2005) outras áreas do conhecimento atuantes no campo da saúde mental trouxeram contribuições não menos relevantes. A autora argumenta que a psicanálise não necessariamente se opõe à medicação, que por vezes auxilia o início do processo analítico, entretanto, é contrária ao uso constante deste recurso, e sua utilização como única solução.

### **Considerações acerca da postura do psicanalista na clínica da saúde mental**

Ribeiro (2005) denominou como desterritorialização a experiência que o profissional de saúde mental vivencia ao sentir-se deslocado, sem lugar, sem jeito de lidar com os pacientes frente ao cotidiano de uma clínica que demanda a criação constante de novas possibilidades e intervenções, e o destitui da sua confortável posição de exercer apenas as especificidades de sua formação profissional. A proposta da autora consiste em construir um lugar existencial para o psicótico, e um lugar profissional para os trabalhadores em saúde mental.

Nesta perspectiva, a postura do psicanalista deve ser a de apostar no sujeito psicótico, em sua fala, e assim legitimar sua condição subjetiva. A partir desta aposta, o sujeito pode apresentar suas verdades, sua produção delirante, e assim criar um lugar legítimo de existência, construir a maneira como vê a si mesmo e a sua história.

A partir do questionamento a respeito do lugar do psicanalista em uma clínica das psicoses, a autora traz a ideia do psicanalista andante, como alguém que perde seu lugar e se disponibiliza a acompanhar o sujeito psicótico em sua errância, para, a partir disso, construir um lugar existencial para o sujeito e um lugar profissional para si.

Deste modo, características indicadoras da posição que o profissional que trabalha em uma clínica das psicoses com o referencial psicanalítico deveria assumir são apontadas: disponibilidade em oferecer espaço, tempo e suporte para conteúdos que aparecerem; assumir presença reservada, disponível e confiável; implicar-se de modo pessoal no processo de cura; manter-se reservado e poder ser criado pelo paciente; criar possibilidades com sua presença de ausentar-se e de que o paciente possa prescindir dele. Este posicionamento diz respeito ao lugar de permanente tensão entre a implicação exigida pela presença e a reserva ou ausência de si, necessária para o trabalho de análise.

Tais atitudes e características trazem a possibilidade de abertura para o novo, que proporciona aos profissionais modos de se adequar a um novo contexto e à psicanálise que se atualize a partir da clínica.

Na busca de tentar delimitar as funções do psicanalista na clínica da atenção psicossocial, Figueiredo (2007) aponta para duas importantes direções: o psicanalista não é o que convence, mas o que convive; e deve ter em vista definir sua função na direção do trabalho em equipe. Entretanto a dificuldade que aí se impõe, já discutida anteriormente, diz respeito à transmissão da psicanálise nas equipes compostas por profissionais que, muitas vezes, não possuem nenhum tipo de relação com a psicanálise.

Nesse sentido, a autora faz considerações acerca do psicanalista que convém nos serviços públicos. Não seria ele o inconveniente, nem o que convence, nem mesmo o conveniente, dócil e amável que esconde sua arrogância. O psicanalista que convém é aquele que convive, e o faz em meio à política institucional nada fácil da qual faz parte. Acrescenta ainda que, para conviver, faz-se necessário, algumas vezes, saber fazer um encaminhamento, um acompanhamento ou propor um retorno para poder manter as conversas.

Conforme lembra Elia (2005), na clínica cotidiana dos CAPS, não é possível que não se dê uma resposta a cada situação que se impõe, ainda que não se saiba disso. A tomada de responsabilidade que concerne aos profissionais é entendida aqui, de modo mais amplo do que ter competência para fazer algo. Implica em ter capacidade e coragem para admitir que mesmo quando não se sabe exatamente o que fazer uma resposta necessariamente está sendo dada. Nas palavras do autor:

Se há psicanálise em uma equipe, é na concepção da resposta a dar, por qualquer um da equipe, por cada um, e não em um falso respeito mudo e omissivo a uma suposta relação psicanalítica a ser preservada, abstrata e ficticiamente, fora da situação real que está sendo experimentada ali.

Isso implica em admitir que, quando há a tomada de responsabilidade, quem responde sabe disso, sabe que a resposta está sendo dada, ainda que esta seja o silêncio ou a omissão.

## **CAPÍTULO 04 – PROMOVENDO DIÁLOGOS: SAÚDE MENTAL, PSICANÁLISE E SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE**

Diversos conceitos foram utilizados no decorrer do presente trabalho, tais como *psicose*, *loucura*, *sofrimento psíquico* e *sofrimento psíquico grave*. Apesar dos inúmeros questionamentos e problematizações em razão das imprecisões conceituais dos termos, estes foram mantidos de acordo com as designações que os autores mencionados sustentaram. Devido ao fato de tratar-se de um trabalho de fundamentação psicanalítica, o termo *psicose* foi utilizado em grande parte do trabalho.

Dentre as diversas razões que justificam a escolha pela utilização da noção de *sofrimento psíquico grave* neste trabalho, destaca-se que a atual compreensão da área de saúde mental, compreendida no contexto da reforma psiquiátrica, presta assistência não apenas às crises ditas psicóticas, mas a variadas demandas, tais como neuroses graves, transtornos do humor, drogadição, dentre outros. O termo *sofrimento psíquico grave* permite, nesse sentido, uma maior liberdade para se referir às crises intensas, que podem ou não ser de cunho psicótico.

### **Problematizações acerca do sofrimento psíquico grave**

O sofrimento humano, na concepção de Martins (2005) pode ser entendido como *pathos*, que se refere à “*disposição originária do sujeito que está na base do humano*” (p. 36). Para o autor, o conceito de *pathos* traz possibilidades mais amplas que o sentido de doença, tratando-se de uma dimensão essencialmente humana. Nesta concepção, o *pathos* não pode ser objeto de estudo de uma só disciplina, pois consiste em um conceito inerente ao ser.

A *psicopathologia*, nessa perspectiva, diferencia-se da psicopatologia clínica tradicional, por ser a primeira entendida como “*a marca do sofrimento psíquico grave*”, e, assim como o sofrimento, algo inerente ao ser humano.

É nesta concepção de *psicopathologia* que o sofrimento psíquico grave é entendido. De acordo com Costa (2010), a conceituação do sofrimento psíquico não constitui tarefa simples de ser realizada. O termo é adotado na concepção que tem sido utilizada e desenvolvida nas áreas da filosofia, psicologia clínica e psicopatologia. Para o autor, qualquer conceituação pré-estabelecida acerca do *sofrimento psíquico grave* deve ser rejeitada, de modo a ampliar as possibilidades de compreensão sobre como determinadas vivências se tornam em um dado momento insuportáveis para o sujeito, e quais são os recursos que ele tem para se sustentar frente a essa realidade.

O *sofrimento psíquico grave* designa não apenas os fenômenos que estão sob as diversas definições de psicose, mas aponta também para importantes desafios filosóficos, conforme enumera o autor:

a) busca superar a classificação nosográfica, empiricista, categorial e sintomatológica das classificações psiquiátricas, que, por si sós, se pretendem atóricas (o que é um equívoco); b) apontar mais para fenômenos existenciais, fenomenológicos, de cunho interno, relacional e dinâmico, que falam da angústia humana, das contradições da estruturação psíquica, do sofrimento (psíquico, afetivo, emocional, relacional), para além do sintoma e c) tentar resgatar, portanto, a dimensão ‘normal’, ‘natural’, ‘inerente’ de qualquer sofrimento humano, inclusive daqueles tidos como psicóticos. Neste sentido, o qualificativo ‘grave’ se refere tão somente à intensidade do sofrimento e não a uma classificação específica, buscando resgatar a dimensão contígua de todo o sofrimento humano, de um extremo (‘suportável’) a outro (‘desorganizado’) (Costa, 2006, pg. 09).

Partindo do pressuposto de que a manifestação subjetiva do sofrimento é sempre singular e irreduzível, a noção de sofrimento psíquico grave relaciona-se à noção de crise, podendo essa entendida no sentido psicológico como uma manifestação súbita de

um equilíbrio pré-existente, como um “*momento de ruptura ou mudança de curso de um equilíbrio previamente estabelecido, levando a desarticulações que podemos chamar de psicossociais da pessoa*” (Costa, 2006, pg. 06). Desta forma, ainda na concepção de Costa (2010),

o sofrimento psíquico grave deve ser entendido de forma a pensarmos como sofrimento algo essencial do humano, o psíquico que não é só da ordem do orgânico (sendo, portanto, também da ordem do afeto) e o grave para enfatizar a sua intensa e, em geral, de difícil manejo comum. Esta forma de delimitar nos remete a uma possibilidade de cuidar da crise como um acontecimento essencialmente fenomenológico e não apenas sintomatológico ou nosográfico, oferecendo, no cuidado desta, um processo de possibilidades de estruturação e uma necessidade de estar ao lado do sujeito que sofre, seja em que intensidade for (p.2).

Diante dessas problematizações, o autor procura resumir as características do sofrimento psíquico grave como sendo:

a) algo essencial e inerente a todo ser humano; b) que se constrói e é expresso nas relações (afetivas, sociais e culturais); c) que demanda delimitação em cada particularidade; d) é simbolizado de forma diferente em cada sujeito e e) que, portanto, no caso do sujeito “tido como psicótico”, existe uma particularidade a ser entendida, estudada e respeitada, além de demandar o desenvolvimento de formas de dar continência, apoio e cuidado (p.3).

### **Aproximações entre o sofrimento psíquico grave e a psicanálise no contexto da Saúde Mental**

A noção do sofrimento psíquico grave do sujeito considerado psicótico está, no presente trabalho, inserida no campo da saúde mental. Isso implica em considerar que esse sujeito possui direitos globais e individuais a serem defendidos de acordo com a legislação vigente.

Conforme exposto, o *sofrimento psíquico grave* designa não apenas os fenômenos que estão sob o domínio das psicoses, mas refere-se à noção de um afeto insuportável, que desestabiliza uma forma de ser em suas diversas dimensões

(individual, familiar, institucional e social). Esse conceito demanda, ainda, que a perspectiva sócio-histórica-cultural não seja desconsiderada, pois o fenômeno do sofrimento psíquico perpassa cada existência de modo particular, sendo sua expressão também singularizada.

Nesse sentido, em virtude de sua amplitude, tal constructo aproxima-se da atual compreensão de saúde mental, que é complexa e plural, atravessando os mais diversos saberes. Nas palavras de Amarante (2007):

Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites. Saúde mental não é apenas psicopatologia, semiologia... Ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais... Na complexa rede de saberes que se entrecruzam na temática da saúde mental, estão, além da psiquiatria, a neurologia e as neurociências, a psicologia, a psicanálise (ou as psicanálises, pois são tantas!), a fisiologia, a filosofia, a antropologia, a sociologia, a história, a geografia (esta última nos forneceu, por exemplo, o conceito de território, de fundamental importância para as políticas públicas) (p. 15-16).

É nesse cenário de compreensão da saúde mental, aliado às mudanças epistemológicas e políticas do movimento da Reforma Psiquiátrica, que a noção do sofrimento psíquico grave está inserida.

Conforme exposto, o termo *sofrimento psíquico grave* visa superar o modelo psicopatológico descritivo e as classificações nosológicas dele decorrentes, fundamentados em concepções simplistas que desconsideram o sujeito e sua experiência, dimensão que a psicanálise busca resgatar.

A concepção de que não há um saber inflexível e estanque concebido *a priori* permite-nos pensar em uma aproximação entre o sofrimento psíquico grave e a psicanálise. No caso do sofrimento psíquico grave, deve-se pensar em diferentes maneiras de compreender o sofrimento humano, entender o momento em que

determinadas vivências tornam-se intoleráveis para o sujeito, e quais são os recursos que o sujeito possui para lidar com essa realidade, não cabendo qualquer tipo de definição rígida pré-estabelecida.

De forma semelhante, na psicanálise parte-se de uma posição de *não saber*, para que, a partir da introdução do fator sujeito, possa-se extrair de suas produções a orientação para o seu tratamento. Tal concepção difere em muito de algumas práticas ancoradas na lógica assistencialista, em que já existe algo pré-concebido a respeito do que é melhor para o sujeito.

Assim como na concepção psicanalítica, que considera a subjetividade e a capacidade do sujeito de dizer sobre si mesmo e orientar seu tratamento, a noção de sofrimento psíquico grave busca ir além do sintoma, superando assim classificações nosográficas e sintomatológicas, resgatando a condição inerente de qualquer sofrimento humano. Nesse sentido, tanto na psicanálise como na noção de sofrimento psíquico grave, a clínica da singularidade se estabelece em contraposição a concepções apriorísticas que oferecem respostas generalizantes a questões individuais, tais como a psiquiatria biológica, a farmacologia e as neurociências.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

São diversas as possibilidades de contribuição da psicanálise no trabalho institucional em saúde mental. O panorama é desafiador e exige rigor e cautela para que a psicanálise possa adentrar contextos diversos aos do consultório particular sem, contudo, romper com o que a fundamenta.

Como vimos, muitos autores tem se dedicado a estudar a maneira pela qual a psicanálise se insere na saúde mental, tecer aproximações e diferenças entre essas áreas, elaborar propostas que viabilizam o trabalho psicanalítico em instituições de saúde mental, problematizar as diferenças entre o tratamento desenvolvido em consultório particular e o tratamento no contexto institucional.

Os enfoques de cada autor, bem como seus posicionamentos críticos, são variados. Do mesmo modo, são diversificadas as denominações que alguns autores designam ao trabalho desenvolvido na instituição, que variam desde escuta psicanalítica, orientação psicanalítica, ou até mesmo acreditam que haja em uma instituição, efeitos psicanalíticos.

Entretanto, conforme aponta Autuori (2005), já não é mais amplamente difundida a crença de que não exista psicanálise possível em contextos institucionais, mesmo que alguns teóricos ainda defendam tal posicionamento. O uso das diferentes nomeações para o trabalho psicanalítico nas instituições indicam significativas diferenças teóricas e práticas, pois enquanto alguns destes autores acreditam que exista, na instituição, efeitos de sujeito provocados pelo trabalho psicanalítico, porém não sujeitos em análise, outros defendem que é a psicanálise, *stricto sensu* na instituição.

Não se trata aqui de discutir, no atual momento, se a psicanálise está ou não presente no campo da saúde mental. Trata-se de recontextualizar o legado de Freud e Lacan frente aos novos desafios impostos pelas instituições de saúde mental e pela

própria política de saúde mental vigente, fazendo evoluir prática e teoricamente o discurso psicanalítico.

Embora psicanálise e saúde mental sejam termos distintos que não devem ser confundidos, interfaces possíveis podem e devem ser discutidas. Ainda que não se tratando de uma intersecção propriamente dita, existe, como afirma Guerra e Souza (2006) uma relação ao mesmo tempo íntima e distante entre os termos, na qual conceitos fundamentais da psicanálise podem ser utilizados, quando úteis, como operadores na prática das instituições de saúde mental.

Essa interface não busca, por certo, afirmar a psicanálise como orientação única ou hegemônica a ser adotada no campo da saúde mental. Ao contrário, reconhecemos que a riqueza dessa área está na pluralidade de saberes que a constituem e a tornam um campo de conhecimento e atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde mental complexo e interdisciplinar.

Existem, contudo, pontos conflitantes entre a psicanálise e as concepções reformistas dos usuários da rede de saúde mental. A busca pela cidadania e pela inserção social do sujeito em sofrimento psíquico grave não pode ser um ideal tirânico do profissional que atua nessa área. Isso não significa afirmar que a psicanálise não possa ter esses objetivos, mas desde que se leve em consideração o sujeito, e não apenas as aspirações dos profissionais que atuam na área.

As propostas de autores contemporâneos que se dedicam ao estudo desta interface auxiliam a compreender as possibilidades de interlocução entre a psicanálise e a saúde mental e oferecem um direcionamento para o trabalho em equipe nesse contexto.

Entretanto, antes de elencar as contribuições mais pontuais, vale destacar a aposta ética feita pelo analista decidido a trabalhar na saúde mental. Tal aposta consiste

em levar em consideração o sujeito, como alguém digno de voz e vez, capaz de dizer sobre si mesmo. A aposta no outro e em sua subjetividade implica em uma escuta que legitima o dizer do sujeito em sofrimento psíquico grave, de modo a deixá-lo à vontade para expressar-se, ainda que tal expressão seja uma construção delirante. Desta maneira, as contribuições que a psicanálise pode dar no campo da saúde mental dizem respeito à ética da posição subjetiva e à exigência de que se estabeleça uma clínica da singularidade. Nesse sentido, cabe ao analista chamar a atenção para a particularidade de cada caso, sempre que respostas generalistas sejam oferecidas para questões individuais.

Com base nesta aposta ética, o trabalho do analista deve incidir sobre aquilo que há de específico no sujeito, trazendo à cena o que dela está excluído. O trabalho com o delírio, a via da trivialização e o trabalho com a arte constituem três vias com as quais o analista pode trabalhar para acessar as produções do sujeito. Assim, importa para a psicanálise a solução oferecida por cada sujeito ao seu modo de gozo e à errância de seu desejo, de modo singular.

A construção do caso clínico constitui importante ferramenta para o trabalho psicanalítico na saúde mental. Essa construção, realizada em meio ao trabalho interdisciplinar, implica em uma inversão da posição de saber, na qual o paciente tem algo a ensinar à rede social, e não o oposto. Conforme Figueiredo (2004), trata-se de recolher da experiência do sujeito, por meio do seu discurso, elementos com os quais a construção do caso será feita, que tem como objetivo direcionar ações e intervenções da equipe de saúde mental. Dessa forma, a construção é baseada em elementos extraídos do discurso do sujeito, sendo, portanto, parcial e passível de revisão.

A noção de analista cidadão traz contribuições na medida em que ajuda a localizar a função do psicanalista nas instituições públicas de saúde mental. Essa noção

permite retirar o analista da posição de exclusão de si mesmo, para torná-lo útil e compatível com os novos dispositivos democráticos de assistência em saúde mental. Nesta concepção, o analista deve destituir-se do status de especialista e passar para a posição de analista-cidadão. Isso implica que perceber-se como um a mais em uma prática feita por muitos, além de ser sensível às diversas formas de segregação e exclusão de seu contexto, e atentar-se aos novos modos de subjetivação de sua época.

A prática entre muitos diz respeito à clínica suportada na pluralidade, tanto dos sujeitos que demandam tratamento, como dos profissionais que lá atuam. A prática entre vários na instituição deve orientar seu funcionamento a partir das exigências do sujeito, em contraponto às exigências dos especialistas que lá atuam.

Sabe-se que o trabalho em equipe interdisciplinar é ferramenta fundamental para o trabalho em saúde mental. Entretanto, o trabalho em equipe não constitui tarefa fácil, pois no cotidiano das instituições de saúde mental, não raro deparamo-nos com orientações teóricas divergentes. Como trabalhar tal diversidade de saberes? Como evitar a junção de orientações teóricas díspares?

De fato, diferentes saberes sustentam diferentes discursos e produzem, por certo, diferenças em suas práticas. Entretanto, o problema não está nas diferenças, já que é na diversidade de concepções que encontra-se a riqueza da clínica em saúde mental. Em consonância com Bezerra (2004), a cooperação entre os diferentes saberes deve se dar mediante acordo, tácito ou explícito, em relação à natureza das teorias e proposições clínicas de cada perspectiva e os critérios que devem reger a escolha de qual perspectiva diante de cada situação. Critérios que indicariam que determinada posição é contrária e não deve ser utilizada precisam ser estabelecidos. Tal critério, em sua concepção, não é epistemológico, mas ético e político. Nesse sentido, as diversas teorias deveriam ser analisadas no campo dos efeitos subjetivos que provoca, ou seja, as conseqüências que

determinada concepção traz e quais resultados surgem a partir de sua aceitação, e não apenas por sua fundamentação teórica ou científica.

A psicanálise não é tomada em sua função supostamente prescritiva, e não há disputa entre os diversos saberes para estabelecer qual seria a prescrição da melhor conduta na condução dos casos, já que é o próprio lugar do saber prescritivo que deve ser esvaziado, dando lugar ao saber do sujeito em tratamento. Nas palavras de Figueiredo (2006) *“é como aprendizes que nos colocamos no trabalho em equipe”* (p.11).

Da mesma forma, ainda em consonância com esta autora, a transmissão da psicanálise no trabalho em equipe se dá no cotidiano da própria clínica, e não por meio do ensino. Para que esta transmissão se torne possível deve haver uma transferência com a psicanálise, que é disseminada diariamente, no manejo das mais diversas situações clínicas. Não é o psicanalista com seu saber acumulado que ensina a psicanálise, mas a própria psicanálise que ensina a partir de seus efeitos.

A formação continuada dos profissionais na área da saúde mental é indispensável, já que os posicionamentos e posturas éticas dos profissionais que lá atuam precisam ser reelaborados e reavaliados nesse contexto específico. Nesse cenário é de grande valor o intercâmbio entre a Universidade e a rede de atenção à saúde mental, que enriquece a ambos. Estratégias como articular alunos e professores com os dispositivos da rede, facilitar o diálogo entre os profissionais e pesquisadores da universidade, promover encontros, seminários, estágios, constituem formas interessantes de promover qualificação para os dois os lados.

Essas propostas contribuem efetivamente com o trabalho dos analistas que decidem habitar a área da saúde mental na medida em que oferecem diretrizes para o

trabalho psicanalítico no âmbito da saúde mental em meio a equipes interdisciplinares nas instituições públicas de saúde.

Entretanto, questões como a ausência de pagamento direto ao analista, o contexto social e cultural a que pertencem os usuários da rede, a ausência de *setting* e a cultura da medicalização trazem inúmeras conseqüências ao trabalho analítico que precisam ser refletidas e elaboradas. Entretanto acreditamos que nenhum desses fatores inviabiliza o trabalho psicanalítico, mas demandam do analista o manejo das peculiaridades que se impõem no trabalho institucional da rede pública. Cabe ao analista, refletir e desenvolver mecanismos para lidar com essa nova realidade, e referi-los à psicanálise.

Posto que buscamos promover diálogos entre a saúde mental, a psicanálise e o sofrimento psíquico grave, entendemos que o sofrimento psíquico grave refere-se não apenas aos fenômenos ditos psicóticos, mas diz respeito a um afeto que se torna insuportável para o sujeito, desestabilizando seu modo de ser nas diversas dimensões (individual, familiar, institucional e social). Esta noção busca superar a classificação nosográfica, empiricista e sintomatológica das classificações psiquiátricas; visa apontar para fenômenos existenciais, fenomenológicos, de cunho interno, relacional e dinâmico; e tenta resgatar a dimensão inerente de qualquer sofrimento humano, inclusive daqueles tidos como psicóticos (Costa, 2006).

Deste modo, o termo *sofrimento psíquico grave* mostra-se adequado às demandas da área da saúde mental, que presta assistência não apenas às crises psicóticas, mas a neuroses graves, problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas, transtornos do humor, dentre outros. É nesse cenário de compreensão da saúde mental, aliado às mudanças políticas e epistemológicas decorrentes do movimento da Reforma Psiquiátrica, que a noção de sofrimento psíquico grave está inserida.

Por fim, buscamos pensar em aproximações possíveis entre o termo *sofrimento psíquico grave* e a psicanálise, cientes de que são termos diferentes que não devem ser confundidos. Assim como na concepção psicanalítica, que considera a subjetividade e a capacidade do sujeito de dizer sobre si mesmo e orientar seu tratamento, a noção de sofrimento psíquico grave busca ir além do sintoma e resgatar a condição inerente de qualquer sofrimento humano. Nesse sentido, tanto na psicanálise como na noção de sofrimento psíquico grave, a clínica da singularidade se estabelece em contraposição a concepções pré-estabelecidas que oferecem respostas generalizantes a questões individuais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, D. N. (2008). A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, ano 8, nº1, 74-82. Rio de Janeiro.

Alberti, S. & Fulco, A.P.M.L. (2005). Um estudo, uma denúncia e uma proposta: a psicanálise na interlocução com outros saberes em saúde mental, como avanço do conhecimento sobre o sofrimento psíquico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VIII, 4, 721-737. São Paulo.

Alberti, S. (2006). A estrutura e as redes em psicanálise. *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. 83-100. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Alberti, S.; Erlich, H.; Mocarzel, P; Monteiro, P. (2008). Encaminhamentos e dispersão. Questões para a psicanálise no hospital. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, vol. 8 n.1.

Abreu, D. N. (2008). A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, ano 8, nº1, 74-82. Rio de Janeiro.

Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Autuori, S. (2005). Clínica com arte: considerações sobre a arte na psicanálise. *Dissertação de Mestrado*. Rio de Janeiro.

Autuori, S. (s/d). Clínica com arte: considerações sobre a arte no tratamento psicanalítico no campo da saúde mental.

Assad, M.M.E; Monteiro, C.P.; Xavier, A.E.N.; Lima Junior, J.M.; Aquino, L.A; Rodrigues, M.F. & Oliveira, U.P. (2002). O tratamento psicanalítico no contexto da reforma psiquiátrica. *Conceitos. João Pessoa*, vol.05, n.07, p.176-179.

Baio, V. (1999). O ato a partir de muitos. *Curinga*, n.13, p.66-73.

Bezerra Jr., B. (1987). Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Editora Vozes: Petrópolis.

Bezerra Jr., B. (2004). O Cuidado nos CAPS: os novos desafios. *Academus – Revista Científica da Saúde*, vol.III, n.04. Disponível em <http://www.saude.rio.rj.gov.br>

Bleger, J. (s/d). Simbiose e ambiguidade. Francisco Alves: Rio de Janeiro.

Carneiro, N.G.O. (2008) Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial – haverá um lugar para o psicanalista em saúde mental? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol.11, n.02, p. 208-220.

Costa, A. (2006). Uma experiência de clínica institucional. In: Alberti, S. e Figueiredo, A. C. (orgs). *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Costa, I.I. (2006). Adolescência e a Primeira Crise Psicótica: Problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave. Acesso em 20/04/10. Disponível em <http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/4.69.3.1.htm>

Costa, I.I. (2010). “Crises Psíquicas do Tipo Psicótico”: distanciando e diferenciando sofrimento psíquico grave de “Psicose”. Em Costa, I. *Compreendendo Famílias com Disfunção Psicótica*. Material Inédito, no prelo, Brasília.

Di Ciaccia, A. (2007). Inventar a psicanálise na instituição. Pertinências da Psicanálise Aplicada. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 69-75.

Elia, L. (2004). O sujeito demasiado visível do autismo. *Trabalho apresentado na I JORNADA CLÍNICA DA SEDE RIO DO LAEP, O Autismo tratado pela clínica psicanalítica*, realizada no dia 11 de dezembro de 2004, Rio de Janeiro.

Elia, L. (2004). Responsabilidade do Sujeito e Responsabilidade do Cuidado no Campo da Saúde Mental. . *Academus – Revista Científica da Saúde*, vol.III, n.04. Disponível em <<http://www.saude.rio.rj.gov.br>>

Elia, L. & Santos, K. W. A. (2005). Clínica, política e pesquisa. Psicanálise, clínica e instituição. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Fernández, M.R.(2001). A prática da psicanálise lacaniana em Centros de Saúde: psicanálise e saúde pública. *Dissertação de Mestrado*. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Figueiredo, A.C. (1999). Por uma psicanálise possível nos serviços de saúde mental. *Cadernos IPUB*, n.3, 119-135. Rio de Janeiro.

Figueiredo, A.C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, ano VII, nº 1, 75-86.

Figueiredo, A.C. (2005). Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental*, nov. 2005, vol.3, no.5, p.43-55. ISSN 1679-4427.

Figueiredo, A. C. (2007). A Função da Psicanálise (e do psicanalista) na Clínica da Atenção Psicossocial. Nascimento, E. & Gonzáles, R.C. (orgs) *Psicanálise e os Desafios da Clínica na Contemporaneidade – Série Teoria da Clínica Psicanalítica*, nº2. Salvador, EDUFBA, p.81-89.

Figueiredo, L. C. (2008). *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.

Freud, S. (1912/2006). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. *O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1912/2006). Sobre o início do tratamento. (Novas Recomendações sobre a técnica da psicanálise I). *O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1919[1918]/2006). Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica. *Uma neurose infantil e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1985a). Psychanalyse et théorie de la libido. In S. Freud, Résultats, idées et problèmes, 2 (pp.51-77). Paris: PUF. (Trabalho original publicado em 1923.)

Guerra, A. M. C & Souza, P.V. (2006). Reforma Psiquiátrica e Psicanálise: diálogos possíveis no campo da inserção social. *Psicología para América Latina – Revista Electrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología*, n.06, disponível em <http://www.psicolatina.org/revista/>.

Goidanich, M. (2001). Saúde mental na rede pública: Possibilidade de inserção psicanalítica? *Psicologia Ciência e Profissão*, 21, 4, 26-33.

Lancetti, A. (2006). *Clínica Peripatética*. São Paulo: Editora Hucitec.

Laurent, E. (1999). O analista cidadão. Tradução Helenice S. de Castro. *Curinga*, n.13, p.12-19.

Laurent, E. (2000). Psicanálise e saúde mental: a prática feita por muitos. *Curinga*, n.14, p.164-175.

Leal, E. M.; Serpa Junior, O.D.; Muñoz, N.M.; Goldenstein, N & Delgado, P.G. (2006). Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. IX, n.3, p.433-446.

Lobosque, A. M. (2003). *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond.

Lowenkron, T. S. (2000). Freud, psicanálise e universidade. *A Pesquisa e o Ensino da Psicanálise na Universidade. Cadernos IPUB*, n. 09, 2ªed, p. 64-72.

Martins, F. (2005). *Psicopathologia I: Prolegômenos*. Belo Horizonte: PUCMINAS.

Monteiro, C.P. & Queiroz, E.F. (2006). A Clínica Psicanalítica das Psicoses em Instituições de Saúde Mental. *Psicologia Clínica*, vol.18, n.1, 109-121. Rio de Janeiro.

Pinto, A. (2007) “A Sessão Clínica como articuladora da diversidade dos saberes”. *Revista Eletrônica Clinicaps* no 1.

Ribeiro, A. M. (2005). O lugar do psicanalista em uma clínica das psicoses: algumas reflexões. *Psychê*, ano IX, n.16, 165-182, São Paulo.

Rinaldi, D. (2006). Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: Alberti, S. e Figueiredo, A. C. (orgs). *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. 141-147. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Rinaldi, D. & Alberti, S. (2009). Psicanálise, Saúde Mental e Universidade. *Estudos e pesquisas em psicologia, UERJ*, ano 9, n.2, p. 533-545. Rio de Janeiro.

Rocha, E.C & Fernandes, F. L. (2004). Um psicótico ajuizado: incidências da psicanálise no tratamento psiquiátrico da psicose. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VII, 1, 40-62.

Stevens, A. (2007). A instituição: prática do ato. *Pertinências da psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Teixeira, A.M.R. (2007). Tecendo a rede: a psicanálise na saúde mental. *CliniCaps*.

Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Verztman, J. S. (1999). Por que devemos oferecer psicanálise nos ambulatórios públicos? *Cadernos IPUB*, n.3, 137-153. Rio de Janeiro.

Viganò, C. (2010). A construção do caso clínico. *Opção Lacaniana online nova série*, ano I, n. I, disponível em <http://www.opcaolacanianana.com.br>.