UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ENZO CLÉTO PIZZIMENTI

Tática, estratégia e política da Psicanálise: situando caminhos possíveis para a direção do tratamento em Saúde Mental

São Paulo
2019

ENZO CLÉTO PIZZIMENTI

Tática, estratégia e política da Psicanálise: situando caminhos possíveis para a direção do tratamento em Saúde Mental

Versão original

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Ivan Ramos Estêvão

SÃO PAULO

2019

Nome: Enzo Cléto Pizzimenti

Título: Tática, estratégia e política da Psicanálise: situando caminhos possíveis para a direção do tratamento em Saúde Mental

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Prof. Dr.: _____

Instituição:_____

Assinatura:_____

Profa. Dra.:_____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Profa. Dra.:_____

Instituição: _____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Ao Paizão (*In memoriam)*. Marcos Petronillo Pizzimenti, por, antes de se despedir para sempre, ter se esforçado tanto para me ajudar a sustentar um sonho possível. Por todas as caronas, chuteiras e livros comprados, por todos os abraços e por todas as vezes que você disse que ia dar certo. Obrigado por confiar em mim, mesmo sem entender direito o caminho que escolhi.

À Rita de Cássia Cléto Pizzimenti, Mãezinha, por toda sua força, por todos os colos, os choros e os não's que me disse. Obrigado por não ter deixado eu desistir do mestrado quando tudo pareceu ruir. Obrigado, em última instância, por ter respeitado tanto meu caminhar, minhas dificuldades, meus gritos e desesperos. Com você, desde muito cedo, aprendi o valor do caminho de cada um. Mais ainda, aprendi as delícias de se apostar em um sonho de maneira decidida. Chegamos – juntos – até aqui. Esse escrito é nosso.

Ao Vinicius Pizzimenti e Tamires Pizzimenti, pela reaproximação familiar que eu sempre sonhei.

À "prô" Sílvia Helena, por ter me ensinado a ler, escrever e amar.

À formação. Agradeço ao Ivan Ramos Estêvão, meu primeiro professor de Psicanálise, supervisor, orientador e parceiro de trocas tão fantásticas. Obrigado pelas respostas que não me deu, pela aposta em meu trabalho, minha clínica e em nossa produção conjunta. Obrigado, sobretudo, por ter topado a mudança da pesquisa já na metade de seu percurso. É um privilégio imenso ter você por perto. À Clarissa Metzger, por ter transmitido a Psicanálise com rigor, paciência e cuidado que levo em cada novo projeto que entro. Levo isso comigo – o que pude construir em seus grupos, e o que, hoje, sustento nos meus. Ao Cláudio Bastidas, pela simplicidade e carinho que tem em sua relação com a escuta. Ao Erich Montanar Franco, pela orientação de meu trabalho de conclusão de curso. À Angela Biazi, pelas supervisões, pelo rigor e cuidado com a teoria, sem, no entanto, fazer dela ferramenta de poder. Seu respeito às histórias dos pacientes, ao estilo de cada aluno nas apresentações, a preocupação com nossas angústias e ansiedades atravessaram toda esta pesquisa. À Renata Cromberg, pelo sorriso sempre generoso à ocasião de aulas tão densas e importantes sobre pulsão de morte, narcisismo e melancolia. Guardo com carinho nossos cafés, as partilhas e todo o afeto que nos circunda. À Miriam Debieux, por toda leveza em sua relação com

assuntos tão densos, difíceis e importantes. Obrigado sobretudo pela atenção com meu projeto, aprendi muito com nossas conversas.

Aos integrantes de meus grupos de estudos. Ana Lu, por ser a primeira e por ter trazido de brinde o Marco. Você é dos melhores presentes que tive a partir de meu processo de formação em Psicanálise. À Maria, o que dizer? Se "o tudo" existisse, deveria agradecer por ele. Já que não existe, por sua leveza e sorriso doce. À Daisy, por ser o exemplo. Por todo cuidado que tem com minhas perguntas, meus medos e desejos. Ao Adilson, pelo cuidado e desejo de saber. À Lilia, por ensinar tanto sobre a clínica e seu percurso tão decidido e singular. À Renata, por sua persistência. À Amanda, pelas boas perguntas. À Michelli, por me interrogar tanto.

Aos "mestrandos unidos", meus sinceros agradecimentos pela companhia tão cuidadosa. À Laura, pelo brilho tão lindo que tem no olhar. À Isis, por ensinar sobre assertividade na escrita e multiplicação do tempo. Gabi, pelo rigor e sotaque tão gostoso de ouvir. À Rita, pela companhia da prova de inglês aos 48'' do segundo tempo

Aos colegas de orientação. Ao Christopher, por partilhar tantas angústias, raivas, medos e por tudo que aprendi em sua companhia. Ao Fabio, por trazer o futebol pra dentro da Academia. À Mariana, por todo o cuidado e atenção comigo e meus colegas. À Suzana, por nossas conversas. Aos novos orientandos que chegaram, Elaine, Luiz, Rodrigo, Estanislau e Carolina, por esta última conversa que fizemos sobre minha pesquisa.

Ao Laboratório de Psicanálise, Sociedade e Política. Por todas as discussões, disciplinas e parcerias oferecidas.

Ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, seus docentes e funcionários, pela generosidade na oferta de disciplinas, cuidado com as orientações quanto às burocracias e pelos eventos tão importantes que pude participar.

À Luciana Cintra, pela ajuda financeira com as passagens para o Rio de Janeiro. Seu ato foi dos momentos mais emocionantes deste percurso.

Ao Departamento de Psicanálise do Instituto de Psicologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, pela generosa acolhida em duas de suas disciplinas. Às professoras Dóris Rinaldi e Rita Manso pelas ricas horas de estudo e aprendizado.

Aos amigos do consultório. À Dani, por sua fotografia lembrar a importância de um instante e por seu abraço sempre tão afetuoso. À Tati, pelas frutas e frutos de nossas conversas. Por todo o carinho e cuidado que tem comigo e com a Ju, sem isso seria impossível sustentar a escuta em consultório. À Patrizia, pela confiança e por tantos convites para espaços onde pude partilhar partes de meu percurso.

Ao Instituto A Casa, por ter oferecido um espaço de formação e trabalho tão potente. À Sonia, Fernando, Júlio e Regina por terem me ensinado tanto sobre a clínica.

Às amizades, parcerias e amores. Thiago e Grazi, pelas noites, pelos abraços, por toda a música e arte que sempre fizemos juntos. Obrigado pelo sofá que me deram de presente, e pelo colo sempre tão continente. À Bruna Giannini, por toda sua paciência comigo. Por toda a amizade e cumplicidade que temos, mesmo longe. Obrigado por ter me levado tão perto de meus ancestrais. Ao Vinicius Tiola, por tantas perguntas boas durante noites tão malucas. Por seguir confiando em mim, mesmo depois de tantas roubadas que te meti. Ao Rubens Jr., por seu interesse em assuntos tão distantes de seu dia a dia. Guardo com carinho sua amizade. Ao Leo Carvalho, pelos anos de amizade, parceria e atenção. Você é um exemplo pra mim. À Paula Beutel, por todas as trocas tão intensas que fizemos ao longo destes anos. Por ter me acompanhado em um trabalho tão importante na Argentina. À Natália Petroni, por todo apoio, sorrisos e abraços. À Nataly, por nossa sociedade e parceria tão bem-sucedidas. Ao André dos Santos, pelos convites, cafés e cinemas. Sua aposta em minha formação é muito (de)formativa pra mim. Obrigado. Ao Celso e Mônica, por cuidarem tão bem de minha mãe. Pelos abraços, risadas e bebedeiras. À Stella, por ser tão presente mesmo morando tão longe. Você não faz ideia da leveza que sinto sempre que tenho você por perto. À Raquel, por todo amor e apoio que me deu no início de meu percurso no Instituto A Casa. Ao João Marcos, por ter me tirado da frente do computador, dos estudos e da rotina de maneira tão contundente. Ao Laerte e Claudio por terem me ensinado tanto sobre amor fraterno, amizade e Psicanálise. À Heloísa, por todas as risadas, abraços e carinhos. À Flávia, por sempre me apoiar tanto e, volta meia, me ensinar sobre a análise. À Renata, por toda atenção, carinho e cuidado com a minha história, meus tropeços e acertos. Ao Ailton, por ser esse amigo que tanto me ensina sobre a vida, a filosofia e o amor. Estou com você, sempre.

Aos membros da banca de qualificação e defesa de mestrado, Maria Lívia, Doris Rinaldi e Angela Biazi, pela disponibilidade e cuidado com este momento crucial de meu percurso.

À Danna Paes, por ter me acompanhado desde os meus primeiros passos junto à Psicanálise. Por ter me ajudado com meu primeiro estágio em Saúde Mental. Por ter me ajudado a estudar para a prova de inglês. Pelo apoio na construção de meu projeto, pelas noites em claro, pelas risadas, sobretudo, obrigado por sua voz sempre tão tranquilizante.

À Alessandra Gouveia, pela leitura crítica, ácida e cuidadosa de minha dissertação. Por todas as colocações, exclusões e provocações que fez e faz.

Ao Conrado Ramos, por partilhar sua escuta e voz.

Aos analisandos que confiam a mim suas histórias, obrigado por afirmarem, diariamente, a importância do ponto de interrogação.

Ao Mauro Silva (*in memoriam)* por sempre ter lutado tanto por minha bolsa de estudos durante minha graduação. Sem você e seu amor pelo esporte universitário jamais teria concluído minha graduação.

Por fim, agradeço especialmente Juliana Capucho Rossi, minha sócia, amiga e outras tantas coisas, por toda a paciência que teve comigo. Sei que esses dois anos foram bem difíceis, sobrecarreguei nossa amizade. Você nunca saiu do meu lado. Você foi fundamental para que esta pesquisa pudesse chegar ao fim.

Obrigado.

Analisemos, assim, o mundo do terror, o mundo da violência, o mundo da exclusão, se não podemos reconhecer que esse mundo somos nós, já que somos as instituições, as regras, os princípios, as normas, as ordens e as organizações; já que não podemos reconhecer que fazemos parte do mundo da ameaça e da prevaricação pelo qual o doente se sente esmagado, tampouco somos capazes de entender que a crise do doente é a nossa crise... O doente sofre sobretudo por ser constrangido a viver de maneira aproblemática e dialética, embora frequentemente as contradições e as violências de nossa realidade sejam insustentáveis. A psiquiatria não fez mais do que acentuar a escolha aproblemática do doente, atribuindo-lhe o único espaço que lhe é concedido: o espaço de uma só dimensão criado para ele.

Basaglia, 1985, p. 127

RESUMO

Pizzimenti, E. C. (2019). *Tática, estratégia e política da psicanálise: situando caminhos possíveis para a direção do tratamento em Saúde Mental.* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A presente pesquisa teve como objetivo situar uma possível via de trabalho para o psicanalista em Saúde Mental, tomando como sustento teórico-clínico a noção proposta por Lacan em 1959 de Ética da Psicanálise, que tem como operadores a tática, estratégia e a política da Psicanálise. Propomos um retorno a Freud, a fim de colocar em questão a recomendação, posta em papel em pelos menos três ocasiões (1910; 1919; 1938), acerca da expansão do alcance da Psicanálise às camadas populacionais que não chegam aos consultórios. Sustentamos, com Freud e Lacan, a questão acerca da viabilidade e da forma como teoria e prática puderam se desenvolver para além do *setting* tradicional. Posto isso, avançamos em direção à Saúde Mental e seu paradigma contemporâneo - a Reforma Psiquiátrica -, a fim de pôr em relevo aspectos convergentes e divergentes, tanto dentro do próprio discurso da Psicanálise, como no discurso inaugurado pelo movimento reformista. Sustentamos a hipótese de que, a partir de uma clínica orientada não por ideais morais, mas sim pela potência da capacidade de invenção de um percurso singular em relação ao sofrimento do sujeito, é possível legitimar o saber-fazer daquele que outrora fora trancado atrás de grades e que, atualmente, é sedado pela via farmacológica e por um discurso de guerra à clínica. No intuito de discutir os destinos possíveis para o tratamento no contexto de uma instituição de Saúde Mental, foi utilizado um fragmento de caso clínico e o questionamento quanto ao lugar da moral contida na resistência dos membros da equipe à forma como o paciente engendra sua posição subjetiva, em oposição à ética da Psicanálise. Nesta medida, o caso clínico foi utilizado como paradigma para situar o trabalho do analista em Saúde Mental, posto em tensão ao uso clínico de preceitos e conceitos psicanalíticos, para pensar possíveis respostas às críticas feitas por autores como Basaglia e, por fim, àqueles que hoje lutam pelo retorno da lógica manicomial como ponto de partida para se pensar o tratamento em Saúde Mental. O ponto fundamental da presente pesquisa diz respeito à possibilidade de produção de um debate interno à Psicanálise sobre os destinos possíveis da clínica em instituições de Saúde Mental. O desenvolvimento de um debate desta qualidade pode colocar em questão – sem o intuito de generalizar - as bases que orientam a clínica em instituições que têm em sua equipe de trabalho ao menos um psicanalista praticante, podendo, desta forma, tensionar teoria e prática.

Palavras-chave: Psicanálise; Saúde Mental; Direção do tratamento; Lacan; Resistência do analista.

ABSTRACT

Pizzimenti, E. C. (2019). *Psychoanalysis' tactics, strategy and politics: locating possible paths to the direction of Mental Health treatment.* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

The present research aimed to locate (this) possible way of working for the psychoanalyst, taking as theoretical-clinical support the notion proposed by Lacan as the Psychoanalysis Ethics, which has as operators the Psychoanalysis` tactics, strategy and politics. We propose a return to Freud, in order to problematize the recommendation, written in three different occasions (1910; 1919; 1938), about the expansion of the psychoanalysis' reach the population layers that do not reach the offices. We sustain, with Freud and Lacan, the question of viability and how psychoanalysis can develop beyond the traditional setting. Then we move towards the Mental Health and its contemporary paradigm - the Psychiatric Reform -, in order to highlight convergent and divergent aspects within the discourse of psychoanalysis itself, as well as in the discourse inaugurated by the reform movement. Our hypothesis is that based on a clinic oriented not by moral ideals, but by the power of the invention of a singular course in relation to the subject's suffering, it is possible to legitimize his know-how, which was once locked behind of grids and wich, currently, is sedated by the pharmacological and by a speech of war to the clinic. In order to discuss the possible destinations for treatment in the context of a mental health institution, a fragment of a clinical case was used well as the questioning about the place of the moral contained in the team members` resistance to the way the patient engenders his subjective position, as opposed to the psychoanalysis` ethics. In this sense, the clinical case was used as a paradigm to locate the analyst's work in the Mental Health, while put in tension to the clinical use of psychoanalysis` precepts and concepts, and to think possible answers to criticisms made by authors like Basaglia, and finally, by those who nowadays struggle for the return of the asylum logic as a starting point for thinking about Mental Health treatment. The fundamental point of the present research concerns the possibility of producing an internal debate in psychoanalysis about the possible destinations of the clinic in mental health institutions. The development of a debate of this quality can problematize - without the intention of generalizing - the bases that orient the clinic in institutions that have in their work team at least one practicing psychoanalyst, which makes it possible to combine theory and practice.

Keywords: Psychoanalysis; Mental Health; Treatment direction; Lacan; Analyst`s resistance.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....6

OBJETIVO.....11

JUSTIFICATIVA.....12

METODOLOGIA.....13

1. **DA UNIVERSALIZAÇÃO DO SILÊNCIO AO TRÂNSITO DISCURSIVO: QUESTÕES PARA UMA DISCUSSÃO EPISTEMOLÓGICA ACERCA DA PESQUISA EM PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL**.....15

1.1 Retornemos, então, a Freud.....16

1.2 Agora com Lacan: o desejo e o universal.....17

1.3 Pelo trânsito do discurso produzido na academia.....20

2. **SAÚDE MENTAL**.....21

3. **REFORMA PSIQUIÁTRICA**.....26

3.3 Reforma Psiquiátrica italiana.....26

3.4 Reforma Psiquiátrica brasileira.....29

4. **A TÉCNICA ANALÍTICA E SEUS DESTINOS: DE FREUD A LACAN**....35

4.1 Freud e o futuro da Psicanálise.....37

4.2 Da *Situação da Psicanálise em 1956* à aposta *Tática* de Lacan em 1958: um retorno à querela da *Direção da Cura e os Princípios de seu poder* como resposta às indagações de Freud.....43

4.2.1 Situando a Psicanálise.....43

4.2.2 Da tentativa de tudo comunicar à formação do analista: a sobredeterminação como fato de sintaxe.....44

4.2.3 Sobre o alcance da Psicanálise e os meios injustificáveis: o (im)possível caminho situado por Lacan em 1956.....48

4.2.4 Tática, estratégia e política da Psicanálise: uma outra resposta às indagações freudianas.....52

5. POLÍTICAS DA SAÚDE MENTAL E A POLÍTCA DA *FALTA-A-SER*: O DIRECIONAMENTO DE UM PACIENTE POSTO EM QUESTÃO.....59

5.3 *das Ding, Wunsch* e a direção do tratamento: de onde parte o saber não se almeja o impossível.....60

5.4 Ética da Psicanálise e Saúde Mental: interrogando o desejo, apesar dA Saúde Mental que não existe.....63

6. A LEI, O CORO E A LOUCA: ESTRATÉGIA, TÁTICA E POLÍTICA EM UMA TRAGÉDIA CLÍNICA.....70

6.3 Considerações sobre a Instituição.....71

6.4 O Caso Eurídice e o encontro com sua anomalia 75

6.5 Lei e(m)Coro entram em cena na tentativa de silenciar a Louca.....77

6.6 Da resistência à tática e estratégia orientadas desde a *falta-a-ser* do analista.....83

6.7 Despontamento da reunião clínica como recuo tático do psicanalista em Instituições.....89

6.8 Um recuo político, adiante.....97

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....100

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....109

INTRODUÇÃO

Para que as portas dos hospitais psiquiátricos fossem abertas, novas políticas foram implementadas, sobretudo a partir da Lei nº 10.216, de seis de abril de 2001, após 12 longos anos de tramitação. À esteira dos questionamentos quanto ao lugar da clínica, da liberdade, segregação e luta Antimaniacomial, instaura-se um questionamento que engendra o cerne desta pesquisa: o que fazer com o *louco* agora que ele já não passa mais 24h trancado em um hospital? Há espaço para o psicanalista e sua *ética* que tem como horizonte o tratamento do real, pelo simbólico neste novo paradigma instaurado desde a Reforma Psiquiátrica?

Foi em torno desse paradigma e toda sua rede de questões que, em 2013, iniciei meu trabalho de conclusão de curso da graduação, na Universidade Presbiteriana Mackenzie. Provocado especialmente por uma fala que ouvi de uma das coordenadoras da instituição na qual fui estagiário, a saber: *"A reforma psiquiátrica só funciona na teoria, nos livros que estudamos na graduação. A prática é outra coisa."*

Em um primeiro momento, coloquei em questão se de fato as propostas oriundas do movimento da Reforma Psiquiátrica eram mesmo viáveis ou se, como ouvia com frequência neste estágio, *"era balela, teoria que não se aplicava à prática."*.

A relação estabelecida entre os pacientes e funcionários era única e exclusivamente vertical. Desde a contagem do número de tesouras liberadas para as atividades, até revistas realizadas na entrada a fim de verificar se os pacientes portavam drogas, objetos cortantes ou celulares.[1]

De maneira concomitante, iniciei meu estágio obrigatório em Psicologia da Saúde no hospital dia do Instituto A Casa. Já no primeiro dia fiquei surpreso com a disposição das tesouras na mesa da Oficina de Costura. A abordagem e a relação estabelecida com os pacientes era diferente. Lá, por exemplo, não havia vestimentas que objetivassem diferenciar terapeutas e pacientes. As conversas com os psiquiatras por vezes eram realizadas em âmbito mais privativo, mas a regra era que as discussões sobre indicação dos medicamentos, possíveis atuações e manejos seriam realizadas ao

[1] Há uma proibição quanto ao uso de celulares durante o período em que se encontravam em tratamento no interior do hospital dia

longo dos grupos. Ao contrário do que ocorria no outro hospital dia: consulta com hora marcada, sempre às quintas feiras, por 15 ou 20 minutos.

Tais práticas produziram um caldeirão de sensações, por vezes díspares. Da curiosidade, ao medo. Por questões burocráticas, à ocasião do trânsito de produção do trabalho de conclusão do curso, não pude ser orientado por um psicanalista. O que à época pareceu um problema, logo fora transformado em potência. O percurso desta pesquisa fora bastante importante, não apenas no que diz respeito à apreensão teórico-clínica do lugar da Psicanálise nas instituições de Saúde Mental, como também quanto às possíveis críticas aos psicanalistas que sustentam sua prática enquanto trabalhadores e pesquisadores da intersecção entre Psicanálise e Saúde Mental.

Terminada esta pesquisa, então formado em Psicologia, ingressei no curso de aprimoramento na clínica das psicoses no Instituto A Casa. Ainda no trânsito dos estágios fui contratado para alguns grupos, e na sequência migrando para mais espaços, tais como, grupos de psicoterapia, terapia ocupacional e oficina de geração de renda.

Concomitante ao término da graduação, iniciei meus atendimentos em consultório e na clínica do acompanhamento terapêutico (em 2011 realizei a formação em acompanhamento terapêutico nesta mesma instituição).

Se a princípio, enquanto estagiário e estudante de Psicologia, encontrei-me frente aos impasses quanto à aplicabilidade dos preceitos da reforma psiquiátrica em hospitais dia, quando formado, sustentando minha (de)formação enquanto analista sob os três pilares propostos por Freud, análise, supervisão e participação em espaços que coloquem em jogo a clínica que sustento e a teoria, encontrei-me frente a um novo questionamento.

Uma das diretoras da instituição, após uma longa discussão sobre um caso clínico, abriu questão sobre quem era meu supervisor. Segundo ela, esta pergunta se justificaria pois *"A clínica que realizamos aqui, é diferente de qualquer outra. Seria interessante que ele tivesse se formado conosco, só assim para ele poder te ajudar."*.

A princípio, esse foi o fundamento da pesquisa proposta para o mestrado, que dizia respeito exatamente aos impasses diagnósticos quanto a este caso que fora discutido em supervisão e em reunião clínica com a equipe. Entretanto, a insistência

desta frase em mim, produziu o desejo de retomar e retornar à questão do lugar da Psicanálise no contexto da Saúde Mental.

A partir de então, retornei às críticas produzidas pela reforma psiquiátrica ao modelo até então vigente, em direção às proposições de Franco Basaglia (1985) e sua Psiquiatria Democrática para, ao fim, pensar de que maneira a Psicanálise orientada desde Freud e Lacan poderia servir de meio para intervenção tanto naquilo que diz das estruturas de funcionamento de uma Instituição, como na clínica, de maneira direta, junto ao paciente.

Tal movimento foi pensado moebianamente, na medida em que impasses clínicos interrogam a equipe, que – de alguma forma – permite-se interrogar sem o intuito de *fazer com que o paciente aceite o direcionamento proposto de maneira vertical*. Tem-se, então, uma dupla inserção-intervenção da Psicanálise: na equipe e funcionamento institucional e junto à direção do caso clínico.

A premissa que atravessa esta pesquisa de ponta a ponta diz respeito à possibilidade de produção de um debate interno junto às instituições que sustentam sua prática clínica a partir da Psicanálise - sendo instituições que formam terapeutas atravessados por uma ética psicanalítica. O que se sustenta aqui é a possibilidade desse debate rumo ao questionamento da estrutura de movimentos que os próprios psicanalistas denunciam como assistencialistas, imputando à reforma psiquiátrica e suas proposições, bem como as Leis advindas desde o movimento da luta Antimanicomial total responsabilidade.

Desta forma, na presente pesquisa, retoma-se o escrito de Freud de 1919, *Caminhos para a terapia psicanalítica*, em que este discute de que modo a Psicanálise pode ser pensada no interior de instituições de Saúde Pública sem, no entanto, abrir mão de parte de seu (tes)ouro, a saber, a aposta na dimensão significante como campo privilegiado para a escuta e construção de uma direção ética para o tratamento.

Com Lacan, escolhemos sobretudo a leitura de dois artigos: *Situação da Psicanálise e formação do psicanalista em 1956* e *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1958). Soma-se a estes dois escritos o *Seminário 7 – Ética da Psicanálise* (1959/1960).

Nos textos *Caminhos para terapia psicanalítica* (Freud, 1919) e *Situação da Psicanálise* (Lacan, 1956), observa-se um rigoroso movimento de psicanalistas questionando pontos que, de alguma forma, atravessaram a fala da coordenadora e diretora da Instituição como disparadores para se pensar questões ali contidas:

- Qual a situação da Psicanálise e seus preceitos no interior de instituições, sejam elas de caráter formador, como de cuidado;

- De que maneira teoria e prática podem ser conjugadas e utilizadas sem que, no entanto, produzíssemos aquilo que Lacan (1958; 1959/1960) denunciou como mero exercício de poder – seja entre os trabalhadores, como junto aos pacientes no curso de uma escuta.

Realizado o tensionamento entre as questões e a maneira como tanto Freud como Lacan situam a Psicanálise em seu tempo, tomo o texto *A direção do tratamento* (1958) e os ordenadores propostos por Lacan para orientar a clínica e a relação entre os analistas em formação como meio privilegiado para se pensar a direção do tratamento em equipamentos de Saúde Mental.

Desta forma, tem-se na presente pesquisa a hipótese de que Lacan toma o texto de 1919 como sustento para *responder* e *situar* os descaminhos propostos pelos pós freudianos que contrariam a invenção sustentada com tanto rigor por Freud.

Ao tomar o texto de 1958 como resposta às indagações de Freud sobre os *caminhos possíveis* para uma *direção do tratamento* que se sustente na *ética*, torna-se possível retomar momentos já indicados por Freud em que seria necessária a inclusão de intervenções mais próximas da sugestão sem, entretanto, abrir mão daquilo que ele não deixou de afirmar ser o mais importante: "aquelas (partes) emprestadas da Psicanálise propriamente dita.". (Freud, 1919, p. 202)

Sobre isso, Freud (1919) já alertava sobre a possibilidade oriunda da "imensidão de seu coração solícito" (p. 197), que, ao tentar oferecer tudo o que o outro espera de um clínico, incorre nos mesmos erros que instituições não analíticas cometem. Colocam-se no lugar de garantia de uma vida livre de desencontros e problemas, abdicando de "torná-lo mais forte para a vida e mais capacitado para suas verdadeiras tarefas.". (p. 198)

Neste sentido, propõe-se pensar a clínica – atravessada e atravessando a política – como possível espaço de relançamento de propostas políticas para cada caso, levando em conta as particularidades de cada sujeito, tendo como norte as diretrizes do SUS tais como a que diz respeito à equidade que versa sobre o reconhecimento da desigualdade social entre as pessoas, que redundam em desigualdades no que tange o adoecer, o tratar e o morrer. Tal reconhecimento tem como norte a possibilidade de reduzir essas desigualdades, com o intuito de garantir melhores condições de vida para a população.

De antemão, indicamos que a inclusão deste âmbito na escuta não pode significar sua hierarquização. Escuta-se - com alguma frequência nos equipamentos de Saúde Mental *"O grande problema é que fulano, além de tudo é rico, ou pobre*.", por vezes colocando estes extremos no mesmo balaio, justificando intervenções mais ou menos assertivas. Cuidados mais ou menos simbolizantes, na medida em que uns teriam acesso e conseguiriam compreender as intervenções, e outros, em geral os mais pobres, não.

Por fim, torna-se necessária a pergunta sobre o que a situação da Psicanálise no interior de uma Instituição pode dizer da direção dada ao tratamento; das resistências à Psicanálise e sua dimensão subversiva, sobretudo no que diz respeito à sustentação do lugar de *falta-a-ser* para o analista e a maneira como a equipe pode partilhar e sustentar uma escuta orientada eticamente. Tal empreitada será suportada nesta pesquisa por um caso clínico que se mostrou paradigmático para pensar a maneira como a Instituição e a equipe se relacionam com aquilo que pode advir da oferta de escuta em um equipamento de Saúde Mental.

Neste momento, retomamos Lacan (1953), quando este afirma três tentações comuns ao analista sempre que este se depara com um caso que o interrogue de maneira mais veemente:

> Trata-se da tentação que se apresenta ao analista de abandonar o fundamento da fala, justamente em campos em que utilização, por confinar com o inefável, exigiria mais do que nunca seu exame: a saber, a pedagogia materna, a ajuda samaritana e a mestria/dominação dialética. Torna-se grande o perigo quando, além disso, ele abandona sua linguagem, em benefício de linguagens já instituídas e das quais ele conhece pouco as compensações que elas oferecem à ignorância.
>
> (Lacan, 1953, p. 244)

É a partir de tais recomendações que o desenvolvimento teórico-clínico em direção às proposições de Lacan será subsidiado a fim de sustentar este lugar eminentemente discursivo – junto à clínica do sujeito -, tendo a Ética da Psicanálise como ponto de estofo na direção de um tratamento que objetive, acima de tudo, a possibilidade do *louco* poder criar seu próprio percurso de tratamento rumo à margem de liberdade possível em relação ao desejo e gozo.

Em última instância, o que se espera da prática analítica em instituições e suas produções teóricas é a possibilidade de uma teoria sobre a prática em Saúde Mental que sirva não como modelo a ser copiado, mas como *práxis* ética que se produza no *caso a caso*, seja frente aos impasses institucionais nas relações estabelecidas com equipe, como frente a casos clínicos paradigmáticos.

Cabendo, aos analistas e pesquisadores:

> Inventar, inovar, "acolher cada caso como se não se soubesse nada" dizia Freud, não repetir, não fazer uma Psicanálise aplicada, aplicando preceitos em vez de usar os conceitos que balizam os fenômenos, explicar-se e assim desenvolver a Psicanálise.
>
> (Fingermann, 2015, p. 57)

OBJETIVO

A presente pesquisa tem por objetivo demonstrar uma possível via de trabalho para o psicanalista em Saúde Mental, tomando como sustento teórico-clínico a noção proposta por Lacan em 1959 de Ética da Psicanálise que tem como alicerce os operadores propostos por Lacan (1958) em seu texto *A direção do tratamento e os princípios de seu poder,* a saber: tática, estratégia e política da Psicanálise.

JUSTIFICATIVA

Tem-se no trabalho em Saúde Mental um dos importantes campos de atuação do psicanalista, seja no que diz respeito ao sustento de uma clínica orientada a partir da ética da Psicanálise, como na aposta em um trabalho orientado politicamente desde a *falta-a*-ser, sendo assim, atravessado e sustentado na radicalidade da diferença na relação que os sujeitos estabelecem com o desejo e *das Ding.*

Posto isso, a primeira justificativa vai ao encontro de uma suposição – oriunda da escuta e trabalho em equipamentos de Saúde Mental – de que há um movimento de *resistência* tanto dos analistas, como dos demais trabalhadores da Saúde Mental, no que diz respeito ao lugar conferido à clínica e sua orientação ética em Saúde Mental.

Neste sentido, recorre-se ao fato histórico de que a Psicanálise esteve presente tanto nas primeiras discussões acerca da produção e manutenção do complexo asilar no Brasil, como na construção e implantação do sistema de Saúde Mental. Avançando, com Dunker e Kyrillos (2015), sabe-se também que tais características foram e são palco de importantes confusões acerca das implicações, transformações e meios para se sustentar um trabalho clínico nestas instituições, sem cair em uma política assistencialista, tampouco em uma clínica que tem como horizonte a sugestão, a partir da moral.

Deriva desta afirmação o ponto fundamental da presente pesquisa, a saber, a possibilidade de produção de um debate interno à Psicanálise sobre os destinos possíveis da clínica, junto ao seu rigor ético em instituições de Saúde Mental.

O desenvolvimento de um debate desta qualidade tem como produto colocar em questão – sem o intuito de generalizar - as bases que orientam a Clínica em instituições que têm no interior de sua equipe de trabalho ao menos um psicanalista praticante, podendo, desta forma, tensionar teoria e prática.

METODOLOGIA

Como afirma Mezan (1998), Freud tem um lugar importante não só em seu tempo, como também em nossa cultura, podendo ser observado ao longo de toda obra freudiana um constante estado de desafio e provocação. O desafio se daria, segundo o autor, a partir da complexa rede que se estrutura ao longo da obra, culminando em um conhecimento que perturba o *status quo* do sujeito.

Mezan (1998) aponta ainda que temáticas como a *Finitude*, o *Desejo*, a *Lei*, a *Autoridade*, a *Linguagem*, o *Trabalho* e a *Morte*, extensamente trabalhadas ao longo da obra freudiana, são questões abertas em nosso tempo, exigindo que os pesquisadores se debrucem na tarefa de desbravar a constituição do sujeito na contemporaneidade.

O trabalho propõe o retorno ao provocativo e desafiador texto freudiano, trabalhando em cima de três conhecidos artigos que discutem, entre outros pontos, as perspectivas futuras da Psicanálise, e o lugar conferido por Freud para o futuro da clínica psicanalítica. Os artigos utilizados neste tempo serão: *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica* (1910), *Caminhos da terapia psicanalítica* (1919) e *Compêndio de Psicanálise (1938[1940]).*

Recorre-se também, no decorrer dessa proposta, à importância da Psiquiatria Democrática Italiana, porquanto da reforma psiquiátrica proposta por Franco Basaglia. Serão utilizados ao menos dois importantes livros por ele publicados: *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico* (1985[1991]) e *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática* (1982).

A fim de trazer à discussão propostas que até hoje sustentam interessantes trabalhos em Instituições de Saúde Mental, serão trabalhados o artigo de Antonio Di Ciaccia e a equipe de *Antenne 110*, *A prática entre vários (2005)* e os artigos de Carlo Viganò, *Basaglia com Lacan (2006); Reforma Psiquiátrica e ação psicanalítica (2006) e A construção do caso clínico (2010).*

Visando pôr em relevo aspectos convergentes e divergentes, tanto dentro do próprio discurso da Psicanálise como em relação ao discurso inaugurado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, pretende-se avançar em direção à inserção da Psicanálise neste campo de trabalho no Brasil, a partir de um retorno aos escritos de colegas pesquisadores ao longo dos quase vinte anos da assinatura da Lei 10.216. Neste trajeto estão em questão os desafios, as propostas e a função do psicanalista no trabalho em Saúde Mental, construindo um processo dialético junto aos trabalhos supramencionados.

Ao lançar mão da diferenciação proposta por Lacan entre conduzir o paciente e dirigir o tratamento como possível solução para os impasses colocados por Freud em seu artigos *Sobre a dinâmica da transferência* (1912) e *Caminhos da terapia psicanalítica* (1919[1918]), que mostram-se tão atuais no que diz respeito aos desafios encontrados na inserção do psicanalista em instituições de saúde, pretende-se demonstrar uma possível sustentação da clínica em Saúde Mental a partir dos três níveis de intervenção na clínica psicanalítica desenvolvidos por Lacan em *A Direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1958), a saber: tática, estratégia, e política.

Para o sustento desta abordagem, serão utilizados majoritariamente, mas não exclusivamente, os seguintes escritos e seminários de Lacan *A situação da Psicanálise e a formação do psicanalista em 1956* (1956), *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1958), *Seminário Livro 7 – A ética da Psicanálise* (1959/1960) e o *Seminário 11 – Os quatro conceitos fundamentais* (1964) – especificamente as discussões sobre a transferência.

A presente pesquisa situa-se como clínico-teórica, em conformidade com Rinaldi e Alberti (2009) que afirmam a impossibilidade de dissociar o saber teórico da prática clínica, posto ser este o espaço onde o saber é produzido sempre que uma questão se faz presente. Sendo assim, a clínica é tomada como *lócus* fundamental para o desenvolvimento do trabalho.

No intuito de discutir os destinos possíveis de um tratamento no contexto de uma instituição de Saúde Mental, será utilizado um fragmento de caso clínico e os efeitos oriundos do questionamento quanto à inclusão da resistência da paciente, frente às sugestões e encaminhamentos sustentados pela equipe, como paradigma a ser trabalhado em equipe, já que tal resistência – da equipe e da paciente – desencadearam

importantes deslocamentos nos discursos estabelecidos no interior da instituição e sua relação com a moral - em oposição à ética da Psicanálise.

Nesta medida, o caso clínico é utilizado como paradigma central para pensar o trabalho do analista em Saúde Mental, posto em tensão ao uso clínico de preceitos e conceitos de Freud e Lacan, bem como para pensar possíveis respostas às críticas feitas por autores como Basaglia (1985) e – por fim – daqueles que hoje lutam pelo retorno da lógica manicomial como ponto de partida para se pensar o tratamento em Saúde Mental.

1. DA UNIVERSALIZAÇÃO DO SILÊNCIO AO TRÂNSITO DISCURSIVO: QUESTÕES PARA UMA DISCUSSÃO EPISTEMOLÓGICA ACERCA DA PESQUISA EM PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL

Pretende-se com o presente capítulo produzir uma reflexão acerca da importância, quando no trânsito da produção de pesquisas acadêmicas realizadas por psicanalistas-pesquisadores que trabalham na articulação entre clínica, política e instituições, de sustentar, ali onde a pesquisa termina, pontos de abertura para novas possibilidades de abordagem e questionamento. Com isso, propõe-se uma discussão sobre a epistemologia psicanalítica como aquela que, desde Freud, sustenta-se tendo em seu horizonte a impossibilidade de um saber que de conta da complexidade do sujeito.

Nesta linha, Sauret (2003) fornece três pontos fundamentais para pensar tanto aquilo que diz respeito à epistemologia psicanalítica, como a epistemologia para as pesquisas realizadas pelas ciências pós-modernas. A saber, o rompimento com uma epistemologia aristotélica, referenciada pura e exclusivamente na “coisa existente”; o fato do sujeito e suas produções serem constantemente atravessadas por um furo, um buraco impossível de ser apreendido; e um terceiro ponto, proximal com o anterior, que é a dimensão real, os limites na produção de qualquer saber pelo homem, mesmo o cientista.

Neste sentido, em consonância com Aguiar (2006) o pesquisador que toma a Psicanálise enquanto método de pesquisa; meio de intervenção e interação com outras ciências - por ser *tributária da experiência analítica* - deve sustentar durante o trânsito

da pesquisa a dimensão de *descontinuidade* inerente a qualquer saber construído pelo homem, que tem como ponto de apoio e desenvolvimento os passos valiosos descritos por Freud (1915) nos primeiros parágrafos do texto *As pulsões e seus destinos*.

1.1 Retornemos, então, a Freud

Freud (1915), apresenta uma valiosa discussão acerca da exigência de que uma ciência deveria ser constituída sobre conceitos verificáveis, precisos e claros. Entretanto, caberia num primeiro momento, a descrição dos fenômenos, conservando e sustentando pontos de indeterminação. Freud considera a possibilidade de uma definição clara, mas não para aí. Ele adverte que tais definições não toleram - porquê científicas -, quaisquer pontos de rigidez teórica.

No que diz respeito ao processo de elaboração de pesquisas e atividades que tenham como foco a transmissão da Psicanálise em caráter científico, Freud, em seu artigo *Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise* (1912), já alertava sobre os perigos de *"redigir notas ou estenografar*" posto que, ao nos debruçarmos em determinados conteúdos de maneira demasiada ativa, *"*ocupamos uma parte de nossa atividade mental, que teria melhor emprego se aplicada na interpretação do material*"*. (Freud, 1912, p. 151)

Em seguida argumenta que uma das justificativas para as notas tomadas durante as sessões seria o fato do psicanalista ter a intenção de publicar determinado caso, a fim de fazer avançar o conhecimento e prestígio científico da Psicanálise. Entretanto, Freud faz ponderações acerca daquilo que chama de "pseudoexatidão", oriunda de protocolos demasiados descritivos que *"*não conseguem substituir para ele (leitor) a presença na análise*"*. (Freud, 1912, p. 152)

Por fim, aponta para o fato de que a garantia de uma leitura atenta, que valide a pesquisa analítica, depende menos do seguimento de processos que se pretendem exatos, com protocolos assertivos que tencionem dizer do universal, do que de uma leitura que tenha como proposta *"*levar a sério a análise e o analista*"*. Freud é taxativo ao dizer que *"*Este não parece ser o caminho para remediar a falta de evidência que se enxerga nos relatos psicanalíticos*"*. (Freud, 1912, p. 153)

Já em 1917, ao redigir seu artigo *Uma dificuldade da Psicanálise*, Freud elenca três feridas narcísicas que, ao fim, articula com as resistências à Psicanálise: a primeira delas, de ordem *cosmológica*, vem da descoberta de Copérnico de que a Terra não é o centro do Universo, tal ferida, segundo Freud, ataca narcisicamente a tendência do homem de sentir-se dono deste mundo; a segunda, de ordem *biológica*, proveniente das pesquisas de Charles Darwin e seus colaboradores, que descobriram que o homem não é um ser de origem divina, tampouco diferente e melhor que os animais, sendo "ele próprio de origem animal, mais aparentado a algumas espécies, mais distante de outras"; por fim, a terceira ferida, esta produzida a partir da pesquisa freudiana, aponta que *o* homem, humilhado em relação ao seu lugar central no universo, tenta, em vão, ser soberano em sua própria psique. (Freud, 1917, pp. 245-46)

O retorno a este artigo de Freud (1917) é justificado, na medida em que, a partir dele, é posto em relevo a importância do pesquisador que toma a Psicanálise como método clínico e de pesquisa ocupar o lugar de – usando a metáfora freudiana – "rei absoluto, que se contenta com os dados fornecidos por seus principais cortesãos e não desce até o povo para escutar a voz dele." (p. 246) , acaba por abandonar a possibilidade de escuta do sujeito do inconsciente, caindo na vã tentativa de universalização o que, segundo Lacan (1967), nos conduz única e exclusivamente a um processo de segregação sem precedentes.

1.2 Agora com Lacan: o desejo e o universal

Em seu *Discurso aos católicos*, Lacan põe em questão a psicologia moderna na medida em que esta, ao produzir suas sínteses e integrações, evoluindo rumo ao "universo da consciência" chegando, por fim, em uma "noção de conduta, aplicada de forma unitária", deixa escapar que não há qualquer parâmetro, seja no que diz respeito ao cuidado de si, como a um cuidado em larga escala que possa ser tomado como via única para o intento da felicidade plena (Lacan, 1960, pp. 16 - 17).

> Sim, sei que segundo a fórmula de Hegel tudo o que é real é racional. Mas sou daqueles que pensam que a recíproca não deve ser depreciada – que tudo o que é racional é real. (...) aquilo que os professores ensinam é real e, como tal, tem efeitos como qualquer real, efeitos

> intermináveis, indetermináveis, ainda que esse ensino seja falso. Eis sobre o que me interrogo.
>
> (Lacan, 1960, p. 16)

É neste ponto que Lacan toca a questão que com alguma frequência o pesquisador se depara quando no trânsito de sua pesquisa, a saber supor que ali onde algo é trabalhado pela via do imaginário – escrita, teorização sobre práticas institucionais, novas questões clínicas engendradas pela atualidade sócio-política-cultural – tem-se a possibilidade de generalização de um saber sobre o real da experiência.

Lacan prossegue questionando qual poderia ser a intenção de um "discurso em que o sujeito, na medida em que fala, é excluído da consciência" e, de antemão, aponta para o cerne da questão de qualquer pesquisa que almeje a conquista de um saber totalizante: um saber que se pretenda garantia de uma conduta correta para o analista em instituições, em que o fim último é a produção de um movimento de segregação, na medida em que o saber teórico – produzido em pesquisa – seria posto à frente do saber oriundo do inconsciente.

Com isso, levantam-se questões quanto ao risco do pesquisador trabalhar sob os efeitos desta resistência à Psicanálise, na medida em que

> poucos suportam a subversão da noção de conhecimento, ao ponto de aceitar de bom grado a existência de um saber que determina seus destinos à revelia.
>
> (Goldenberg, 2018, p. 72)

Utilizando-se, assim, da teoria – seja de Freud e/ou Lacan - como meio para se produzir um saber que não inclua o real em seu cerne, nas palavras de Lacan "a fazer do imaginário um outro real, e, em nossos dias, a encontrar nele a norma do real. "(1956, p. 466).

A fim de discutir questões acerca da retidão, intenção ou, se preferirmos, a boa vontade consciente trabalhada por Lacan ao longo de toda sua pesquisa, um retorno ao Seminário 7 – *A ética da Psicanálise* (1959/1960) faz-se necessário, já que, segundo Lacan:

> Há nisso formas amenizadas de sugestão, se podemos dizer, que não são sem efeito e que podem encontrar interessantes aplicações no campo do conformismo, até mesmo da exploração social.
>
> (Lacan, 1959/1960, pp. 17-18)

Quando se trata de pesquisas orientadas a partir da ética da Psicanálise, objetiva-se, em primeira e última instância, construir espaços profícuos para a reunião do sujeito ao seu próprio desejo, não o contrário, apontado por Lacan como formas amenizadas de sugestão que, fim das contas, produz uma relação marcada pela segregação. Segregação que se dá a partir de um movimento de exclusão do gozo: um movimento fadado ao fracasso que redunda em violência e ódio a tudo aquilo que difere da moral vigente.

Que lugar se tem dado aos atravessamentos que fogem às explicações teóricas que, ao longo de toda a obra freudiana, ou pelo menos desde 21 de setembro de 1897, momento em que Freud (1897) afirma em carta a Fliess ter aberto mão de sua neurótica?[2]

É neste sentido que é apontada a importância deste capítulo para a sustentação e orientação da pesquisa já que, como afirma Soler, faz-se necessário "acrescentar novas formas de se tratar as diferenças pela segregação através da avaliação supostamente científica.". Ao tratar a pesquisa acadêmica negando, ou deixando em segundo plano tais manifestações, franqueando as possibilidades de, a partir do ranqueamento das formas como o mal-estar manifesta-se, e em nome de um espaço dentro da academia, subjugar o lugar que Freud, Lacan e outros tantos psicanalistas sustentaram ao desejo e sua dimensão errática. (Soler, 2015, p. 11)

---

[2] "E agora quero confiar-lhe, de imediato, o grande segredo que foi despontado lentamente em mim nestes últimos meses. Não acredito mais em minha neurótica [teoria das neuroses]. Provavelmente, isso não será inteligível sem uma explicação; afinal, você mesmo considerou digno de crédito aquilo que pude lhe contar. De modo que começarei historicamente a lhe dizer de onde vieram as razões da descrença. O desapontamento continuo em minhas tentativas de levar uma única análise a uma conclusão real, a debandada de pessoas que, por algum tempo, tinham estado aferradíssimas |à análise|, a falta dos sucessos absolutos com que eu havia contado e a possibilidade de explicar a mim mesmo de outras formas os sucessos parciais, à maneira habitual" (Freud, 1897, p. 265). Destacamos aqui apenas o primeiro grupo de desapontamentos escritos por Freud por entendermos que estes seriam o bastante para articular a hipótese de que este é um momento exemplar da forma como Freud mesmo sustentou o desenvolvimento da Psicanálise enquanto método clínico e de pesquisa, a saber, respeitando seu objeto (o inconsciente e suas manifestações), produzindo recuos e avanços a partir do encontro com desafios na condução de tratamentos clínicos por ele sustentados.

Nesta medida, relembramos a carta de Freud a Fliess, a fim de reafirmar que o pai da Psicanálise

> Jamais se perturbou com o caráter absolutamente enigmático do sintoma histérico como razão para recuar (...) a unidade da ciência era assegurada pelo método, não pelo aprisionamento miserável do objeto a uma só categoria de realidade – como um cérebro ou um repertório comportamental.
>
> (Elia, 2012, p. 60)

1.3 Pelo trânsito do discurso produzido na academia

Cabe aos psicanalistas que dedicam parte do tempo de trabalho à pesquisa acadêmica, assumirem um lugar desavergonhado frente aos impasses produzidos no interior do campo científico, seja para produzir críticas, como para fazer uso deste com fins de desenvolvimento, sustento e divulgação da Psicanálise e suas articulações possíveis. (Elia, 2009)

Vale ressaltar alinhado a Rabinovich (2000) e Elia (2009) que esta posição desavergonhada não pode ser aquela ligada ao cinismo que é possível sempre que a ética da Psicanálise for tomada com um viés defensivo - como se tudo pudesse ser justificado fazendo alusão à sua dimensão errática, evitando assim, um posicionamento em relação à Ciência, como também uma justificativa para endossar uma "nova way of life, ainda que esta não seja american". *(*Rabinovich, 2000, p. 12)

Propõe-se ao pesquisador da Psicanálise tomar como ponto de partida a potência produzida no movimento de circulação dos discursos - e não o lugar de domínio, de maestria, aquele que se supõe garante de um saber inquestionável – a partir da incidência do discurso do analista que vem para interrogar discursos que visam dar conta do real.

Nesta medida, indica-se retomar a dimensão epistemológica da Psicanálise, sustentando a indicação *princeps* lacaniana de "não desejar o impossível" (Lacan,1959/1960, p. 35) assumindo assim a impossibilidade de se dar conta do real, seja desde a Psicanálise, como a partir de qualquer outro saber produzido. Tal posição pressupõe a abertura a diálogos que não enrijeçam ou silenciem o campo de pesquisa,

mantendo a possibilidade de produzir mais *um saber* que atue como uma antessala para novos passos, caminhos, vozes e apostas, já que:

> A ciência consistente e rigorosa não degrada seu objeto para operar sobre ele, pelo contrário, considera sua complexidade e impõe a si mesma operações cuja complexidade, por sua vez, deve estar à altura dos objetos que decide enfrentar.
>
> (Elia, 2012, p. 60)

Esta é a intensão da pesquisa que aqui se inicia: situar de maneira rigorosa caminhos possíveis para a direção do tratamento em instituições de Saúde Mental sem, entretanto, virar as costas para o real em jogo, seja na pesquisa, como na clínica. Trata-se da produção de mais um *saber-fazer* – algo singular, produto deste *caminhar-pesquisar* – que venha para auxiliar no sustento deste ponto nevrálgico da história da Psicanálise que interrogou Freud em 1919, e segue interrogando aqueles que se propõem, como Lacan indicou ser a posição fundamental para o analista "estar à altura da subjetividade de sua época". (Lacan, 1953, p. 321)

2. SAÚDE MENTAL

A constituição do campo da Saúde Mental, a princípio de domínio psiquiátrico, deu-se a partir de diretrizes que diziam respeito, essencialmente, à moralização do tratamento psíquico - fundado por Pinel, séc. XVII. Deste ato fundador, Barreto (2001) destaca duas marcas que atravessaram e ainda atravessam a Saúde Mental, reconhecidas, inclusive, por Foucault. A primeira é a ideia, ainda em voga, de que a loucura seria uma doença - após Pinel esta seria tomada como doença mental -, e a segunda, que vai ao encontro da concepção de que loucura diz respeito a um erro, um erro moral.

No Brasil, data de agosto de 1990, segundo compilação documental feita por Moretzsohn, a Lei nº 290, que sustenta "a criação da assistência de alienados" e a

"instalação de hospícios". Segundo Dunker e Kyrillos (2015), no artigo terceiro, há a especificação de como deve ser disposto um hospício:

> no prédio que for destinado ao hospício haverá, além das acomodações precisas, um pavilhão para observação dos indivíduos suspeitos, um gabinete electro-therapico e officinas, quando necessárias e a juízo do governo.
>
> (Moretzsohn, *apud* Dunker & Kyrillos, 2015, p. 31)

A necessidade explícita de um "pavilhão de observação dos indivíduos suspeitos" corrobora a afirmação supracitada acerca do lugar destinado ao doente mental, desde o início das políticas que diziam respeito à Saúde Mental. Sobre isso, ainda segundo Dunker e Kyrillos, "o indivíduo suspeito é definido, em uma perspectiva disciplinar, como dano social. Assim, o louco é aquele que perturba a sociedade e, portanto, deve ser controlado." (2015, p. 31)

Os autores apontam ainda para o dado de que, sempre que pensamos em Saúde Mental no Brasil, entramos em uma complexa rede de discursos que têm em comum o processo de institucionalização do sofrimento, assim como políticas públicas que têm como norte o bem-estar social, via franca regulação circulatória daqueles que são tomados como desviantes. (Dunker & Kyrillos, 2015, p. 12)

Ao verificar os prontuários do asilo de Barbacena, em Minas Gerais, Dunker e Kyrillos atentam ao fato de não haver registros com o caráter diagnóstico da psiquiatria da época. Ao invés disso, relatam ter encontrado registros sobre a quantidade de dentes do preso. Com isso, o que se verifica é um franco estado de anacronismo entre a convocação em torno de um discurso progressista e uma prática disciplinar de segregação em torno de favores oferecidos e trocados por facilidades políticas.

Amarante (1994) atenta para este mesmo dado em relação à ideia de doença mental como um erro da razão. A partir disso o alienado não teria a possibilidade de gozar da chamada *razão plena*, sendo assim, seu direito à liberdade de escolha passaria a ser cerceado e organizado por especialistas. As técnicas utilizadas eram das mais diversas. Entretanto, partiam sempre de prerrogativas repressivas e moralizantes. Desde duchas geladas na cabeça - a fim de que o doente confessasse que sua crença era um delírio -, até a máquina giratória, que tinha como meta final o reencontro das conexões

que diziam respeito a um pensamento imoral, com seus circuitos naturais, ou seja, aceitos pela moral vigente. O que não difere muito da ideia em voga de que alguns remédios teriam o poder de reestruturar toda uma cadeia de pensamentos, a fim de se chegar a uma norma ideal de funcionamento. (Barreto, 2007)

Argumentos como este, dão sustentação a discursos como o do nosso atual Governador João Dória *"Não é possível imaginar que um dependente químico, em qualquer idade ou circunstância, tenha a capacidade autônoma, própria, plena, para tomar uma decisão",* ou argumentos que aproximam-se de maneira perigosa de discursos religiosos, tais como a possessão (tão comuns na Idade Média que levaram muitas mulheres – que estavam ali, também, denunciando a inoperância desta máxima da Ordem e do Progresso – para as fogueiras), a saber *"está tão possuído, tão dominado pela droga, seja ela qual for, que a sua capacidade de pensar, raciocinar e agir está comprometida. Majoritariamente comprometida"*[3].

É nesta medida que escutamos e acolhemos com atenção as queixas em torno da situação em que se encontra a Saúde Mental no Brasil, mesmo após a Reforma Psiquiátrica. A atualidade de tais discursos mostra a pertinência e necessidade de que pesquisas sérias ganhem maior possibilidade de circulação para além dos muros das Universidades.

Um exemplo disso é a recente reunião realizada na subcomissão de Drogas e Direitos Humanos da Câmara dos Vereadores de São Paulo, que contou com a presença do psicanalista e pesquisador Rodrigo Alencar. Na ocasião, Alencar (2017) discorreu sobre a necessidade de um debate amplo e livre de moralismos que fazem da questão da Saúde Mental e Drogas, palco de ações ancoradas em discursos que têm como sustento a segurança pública e a exclusão de tudo aquilo que fuja à norma vigente.[4]

Quando operada levando em conta apenas o saber médico-psiquiátrico, a Saúde Mental afunda rumo à normatização do sujeito social como horizonte de tratamento - o meio oferecido para restabelecer o contato com a norma vigente à época. Sem qualquer

---

[3] https://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/doria-diz-que-dependente-quimico-nao-tem-capacidade-de-decidir-por-tratamento.ghtml

[4] http://www.camara.sp.gov.br/blog/especialistas-defendem-politicas-intersetoriais-para-o-combate-as-drogas-e-ao-alcool/

outra possibilidade de ancoragem para a questão do normal e patológico, a Psiquiatria segue balizando seu fazer tendo como mote o discurso da moral.

Barreto (2001) cita ainda o CID 10 enquanto manual que tem como fim caracterizar e sistematizar os sofrimentos de cada época: seus conflitos ou desvios sociais. O que temos hoje, por fim, é a catalogação de todo e qualquer comportamento que não esteja normatizado nas leis sociais.

Neste sentido, pode-se afirmar que a saúde, seja ela física ou mental, sofreu um processo de transformação, sobretudo a partir do aparato técnico-científico da medicina, "em um dos significantes centrais de nossa pós-modernidade", perdendo desde então sua participação como dimensão existencial inerente ao humano. (Askofaré, 2012, p. 60)

Para pensar a hipótese de que a fabricação da doença diz respeito a um fenômeno social, Barreto (2001) lembra ainda que a homossexualidade até pouco tempo atrás era considerada um transtorno mental, enquanto o tabagismo não. Na última edição do DSM pode-se verificar uma inversão, sendo o tabagismo mais um dos transtornos mentais e a homossexualidade não. O autor pondera que tal inversão se deve ao fato de o tabagismo ser menos aceito pela moralidade social contemporânea, em relação à homossexualidade

Ainda sobre o lugar dado à figura do *louco* na sociedade, é importante que se destaque os giros discursivos a fim de garantir um lugar de rentabilidade capital para o louco. O próprio uso do termo usuário do serviço pode ser questionado e pensado a partir de um viés bastante complexo que é o de se colocar em questão o lugar que o *louco* passa a ocupar nestes serviços.

Com a implementação das OSS, organizações do setor privado que passaram a gerir algumas unidades de saúde do Estado de São Paulo, a questão de Saúde Pública passou a ser um importante nicho de mercado. Daí as críticas ao uso do termo *usuário*, posto que o *louco* é colocado no lugar de alguém que passa a ser rentável para organizações que sustentam um olhar setorizado e pouco permeável por discursos que alicerçam sua prática para além de questões orgânicas.

Entretanto, é importante ponderar que mesmo com a assunção de discursos que pareciam ultrapassados, como o da internação compulsória, o Brasil vem sofrendo um

processo de revisão crítica quanto às práticas e tendências até então vigentes no que tange a questão da Saúde Mental. A doença deixou de ser sinônimo estrito de fracasso, tornando-se um evento na vida do sujeito. Um processo, não um fim. Exigindo observação tolerante, preservação dos direitos em momentos em que a internação se faz necessária, sendo esta excluída da posição de sinônimo único de tratamento. Em suma, a doença torna-se um evento na vida do sujeito, evento que não deve, desde então, culminar em exílio. (Delgado, 2011)

Um dos exemplos possíveis, é a recusa à lógica hospitalocêntrica que ainda se faz presente em equipamentos de saúde de Estados que até então não tinham aderido à reforma psiquiátrica de maneira tão pungente. No estado da Bahia, a título de exemplo, fora aprovado, no dia 31 de março de 2017, a instituição da *1ª Comissão Interinstitucional de Planejamento das Ações de Desinstitucionalização* que tem como objetivo:

> I - Formular um plano de trabalho para as ações de desinstitucionalização a serem executadas;
>
> II - Estabelecer as prioridades para implementação de ações e serviços para a desinstitucionalização no Estado;
>
> III - Contribuir na elaboração e execução de propostas de comunicação e divulgação acerca das ações pactuadas.[5]

À guisa de concluir a discussão acerca da Saúde Mental, sem a pretensão de esgotá-la, pode-se afirmar que as experiências clínicas em torno deste campo foram mínimas. O que se vê ao longo dos anos são projetos arquitetônicos de cárcere da loucura e seu incômodo modo de ser e circular. Mais próximos da atualidade, já no interior das propostas da reforma psiquiátrica, tem-se, por vezes, projetos de socialização que só são possíveis mediante um alto uso de medicações que, fim das contas, silenciam e aprisionam boa parte das manifestações que outrora justificavam as internações nos asilos. (Dunker & Kyrillos, 2015)

Sabe-se que não raro a Psicanálise é convocada a falar sobre saúde, sobretudo Saúde Mental. Cabe entretanto, aos psicanalistas, manter em seus horizontes este lugar

[5] http://www.uneb.br/files/2017/03/DOE310317_decretos.pdf

de distanciamento de toda e qualquer política que vise o bem, sustentando um discurso que vise, em última instância: “dar lugar ao sujeito e à subjetividade e, assim, ela é levada a questionar e subverter a própria categoria de saúde”. (Askofaré, 2015, p. 46)

3. REFORMA PSIQUIÁTRICA

3.1 Reforma psiquiátrica italiana

A fim de trazer à baila a reforma psiquiátrica sustentada a partir da experiência no hospital psiquiátrico de Gorizia, em Trieste, na Itália, serão utilizados majoritariamente o conjunto de depoimentos reunidos em 1968 acerca do movimento liderado por Franco Basaglia. A utilização de tais artigos justifica-se por representarem “a bíblia das transformações manicomiais no Ocidente”. (Delgado, 2001, p.1)

Segundo o autor, a experiência sustentada por Basaglia e sua equipe parte da ideia de constante retorno à lógica carcerária, mesmo com conquistas relativas às mudanças técnicas - como a humanização. Tais mudanças seriam meras camuflagens a fim de atenuar a violenta prática institucional manicomial. Frente à constatação do retorno supracitado, tem-se como aposta última indicada por Basaglia (1985[1991]) a total negação da Instituição, já que esta se manifestava de maneira a anular qualquer *modus operandi* que tentasse sustentar um lugar mínimo da garantia de direitos aos *loucos*.

Basaglia (1985[1991]) adverte, já na apresentação de seu livro, que o tom de contestação, carregado de polêmica, justifica-se dada a realidade de extrema violência sofrida tanto pelos *loucos,* como pelos técnicos que se propunham sustentar algum olhar díspar *à loucura e suas manifestações no interior da Instituição.*

> Não se pode transformar uma realidade dramática e opressora sem violência e polêmica, nos confrontos com aquilo que se quer negar, incluindo na crítica os valores que possibilitam e perpetuam a existência de uma tal realidade.
>
> (Basaglia, 1985[1991], p. 9)

Este movimento, sustentado a partir de um discurso anti-institucional, antipsiquiátrico não se restringiu à crítica do terreno da Saúde Mental. Segundo Basaglia (1985[1991]) havia a necessidade de se questionar as estruturas sociais que alicerçam lógicas institucionais como as sustentadas no interior dos manicômios.

Um parênteses faz-se necessário a fim de pontuar que a tensão oriunda das críticas às estruturas sociais que sustentavam politicamente a lógica carcerária dos manicômios na Itália, estava em harmonia com as críticas que ensejavam, na década de 70, o combate ao Estado autoritário no Brasil - o que desde já nos dá pistas do quão bem-vindo fora o pensamento de Basaglia para a nossa proposta de reforma Psiquiátrica e Institucional.

Seguindo em sua apresentação, Basaglia situa o ponto nodal da institucionalização quanto à relação desigual, balizada a partir das estruturas sociais, a pretensa neutralidade científica que ratifica as relações de poder entre o *louco* e o médico psiquiatra.

> O que há de comum entre as situações reportadas acima é a violência exercida por aqueles que empunham a faca contra os que se encontram sob sua lâmina.
>
> (Basaglia, 1985[1991], p. 101)

Ao longo do artigo *As instituições da violência* de Basaglia, esclarece-se sua tomada de posição, a saber a denúncia e o enfrentamento da lógica de poder existente no interior de diversas instituições, tais como a escola, a família, o hospital geral, o hospício , entre outras.

O autor prossegue, sustentando que toda e qualquer instituição caracteriza-se pela divisão entre aqueles que detêm o poder e os que não têm acesso a este, culminando sempre em uma *dinâmica de exclusão* daquele que está subjugado à lâmina do poder. Basaglia escreve que o que garante um maior ou menor grau de violência, diz respeito à necessidade do agente do poder de manifestá-lo de maneira mais ou menos explícita, daí o nome do artigo, em referência a toda e qualquer instituição – *Instituições da violência*:

> Dentro dessa dimensão as posições são claras e precisas: a autoridade paterna é opressiva e arbitrária; a escola se baseia na ameaça e na vingança; o empregador explora o trabalhador; o manicômio destrói o doente mental.
>
> (Basaglia, 1985b, p. 101)

Na tentativa de escamotear sua ação violenta, o Estado passa a garantir um lugar de poder aos técnicos que trabalham junto à Saúde Mental. Com isso, segundo Basaglia (1985b) fica a encargo de tais técnicos, psiquiatras em sua maioria, a criação e sustentação de novas formas de violência, bem como o pressuposto de que expandam o alcance da exclusão, imprimindo de maneira tecnicista, novas infrações que até então foram tomadas como normais.

Para tanto, cabe aos trabalhadores dos manicômios (psicoterapeutas, assistentes sociais, sociólogos e enfermeiros) a função de orientar e adaptar *os loucos* à condição de *objetos de violência*. O pessimismo de Basaglia é manifesto ao longo de toda sua escrita no que diz respeito ao saber oriundo de qualquer tipo de técnica, seja ela médica, psicológica ou até mesmo de cunho teórico-prático da sociologia, como fica claro no fragmento a seguir:

> A realidade os dois sistemas visam reduzir o conflito entre o excluído e o excludente através da confirmação científica da inferioridade original do primeiro relativamente ao segundo. O ato terapêutico se revela, nesse ponto, uma reedição revista e corrigida da precedente ação discriminatória de uma ciência que, para se defender, criou a norma. (Basaglia, 1985b, p. 102)

Basaglia prossegue criticando a Psicanálise e a Fenomenologia, afirmando que ambas mantiveram o caráter objetal do louco no desenvolvimento de suas teorias e técnicas (1985a, p. 29). Tal afirmação será trabalhada ao longo dos três últimos capítulos do presente trabalho, que trazem casos clínicos para pensar o lugar possível da Psicanálise em Saúde Mental.

Ao analisar três possibilidades distintas de relação entre o psiquiatra e o *louco*, Basaglia (1985[1991]) constrói uma solução no mínimo intrigante: a de que o problema não é a doença, mas sim a determinação inerente *à relação de poder centrada na figura do médico*. Questiona se o diagnóstico, por mais clínico que pareça ser, "esconde, mais ou menos veladamente, um significado mais profundo: o da discriminação?". Responde afirmativamente a essa questão, trazendo como exemplo o que se produziria a partir do diagnóstico e internação de um *louco* tomado como esquizofrênico rico, e outro pobre. O rico, passado o período de crise, teria facilmente seu lugar social reestabelecido, enquanto para o pobre, restaria o "poder des-historificante, destruidor, institucionalizante em todos os níveis da organização manicomial." (Basaglia, 1985b, p. 108).

Desta forma, Basaglia localiza o psiquiatra e técnicos que trabalham junto ao louco em instituições como meros reprodutores de uma lógica objetificante e discriminatória, produzida nas relações de poder instituídas a partir do capital. Resta, então, segundo Basaglia, "rechaçar a violência" na qual estaríamos imersos a partir de atos políticos de integração, orientados numa tentativa de reabsorção de uma crise institucional, oriunda do caráter contraditório das relações para, por conseguinte, exercermos os mais triviais encontros sociais.

3.2 Reforma psiquiátrica Brasileira

Este tópico tratará do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira que culminou na Lei Paulo Delgado, sancionada em 6 de abril de 2001.

Para iniciar a discussão, cabe recordar que a primeira Lei Brasileira de Assistência aos Loucos, datada de 1902, fora de autoria do médico Juliano Moreira, que

não admitia o uso da camisa de força. Posteriormente, já nos anos 50, a pioneira experiência de Nise da Silveira sustentou a continuidade deste processo que teve como destino a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Silveira não considerava eficaz a ideia da internação e, com isso, já indicava que um tratamento que não atentasse para as particularidades dos sujeitos não teria qualquer eficácia. (Delgado, 2011)

Até então, a doença mental implicava, necessariamente, na prerrogativa de que o *louco* sofria de um erro da *razão*. Posto isso, não poderia gozar de sua liberdade de escolha: logo ao direito de ser cidadão. Ao manicômio era delegada a tarefa de isolar o louco do meio para, via tratamento moral, devolver-lhe a *Razão* e, posteriormente, a *Liberdade.* (Amarante, 1994)

A Reforma Psiquiátrica brasileira é produto de um processo que se deu de forma lenta e, por muito tempo, independente de qualquer medida política (Brasil, 2005). Tal dado está presente no *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*, produzido por Delgado e os membros da Equipe de Coordenação de Saúde Mental, que sustenta a posição de que não foi a Lei que fundou a Luta Antimanicomial, mas sim o processo da Reforma Psiquiátrica: este um movimento inscrito em um contexto internacional que demandava mudanças no violento modelo asilar.

Ainda segundo o documento supracitado, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira deve ser reconhecido como algo maior que a sanção de novas leis e normas, bem como maior que o próprio conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (Brasil, 2005). Algo que claramente aproxima a Reforma Psiquiátrica brasileira, do movimento italiano liderado por Basaglia que tinha como norte e proposição que o movimento de negação das instituições poderia culminar em uma mudança maior, de cunho estrutural.

Nos anos 70, contemporâneo à Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica começa a tomar forma. Tal acontecimento tem sua motivação relacionada a um contexto de redemocratização que surge no Rio de Janeiro, o MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. A princípio tal movimento mostrou-se de cunho técnico-científico, vislumbrando, mesmo que ainda bastante distante, possíveis mudanças no campo da Saúde Mental; como a possibilidade de uma verdadeira inversão deste modelo, a partir do conceito de desinstitucionalização. (Amarante, 1995)

Em dezembro de 1987, em um encontro do MTSM, o movimento cresce e ultrapassa o caráter técnico-científico, tornando-se um movimento social. Passa, então, a objetivar transformações de cunho social no campo da Saúde Mental, a partir do lema *"Por uma sociedade Sem Manicômios".* Desde então este movimento vem organizando inúmeros eventos como atividades culturais, artísticas e científicas, a fim de sensibilizar e envolver a população.

Ainda na década de 80, dois outros acontecimentos marcam a evolução deste movimento. São eles, a intervenção pela Prefeitura de Santos na Casa de Saúde Anchieta, que deu início ao processo de fechamento do hospício e à substituição do modelo manicomial, a partir da criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); de projetos culturais; de Lares Abrigados para aqueles que outrora jaziam internados ou para pacientes que não tinham condições de moradia; além de uma cooperativa de trabalho para as populações carentes. O segundo acontecimento deve-se à repercussão da intervenção realizada em Santos, que culminou no planejamento e defesa do Projeto de Lei Paulo Delgado, que tinha como proposição a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico, substituindo-o por outras modalidades de assistências, bem como tecnologias de cuidado. (Amarante, 1995)

Na década de 90, a partir da Declaração de Caracas, tem-se um importante marco, donde propõe-se um novo paradigma de Atenção e Reestruturação da Assistência Psiquiátrica (Delgado, 2011). De 1991 até 1995 observou-se uma significativa queda dos leitos psiquiátricos, de 86 mil para 72 mil. Tal acontecimento deve-se às portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde que abriram a possibilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) financiar procedimentos assistenciais alternativos, que não o leito/dia ou a consulta ambulatorial. (Amarante, 1995)

Entretanto, vale ressaltar que o processo se mostra bastante descontínuo. Embora fossem regulamentados novos serviços de atenção diária, estes não possuíam uma linha específica de financiamento para os NAPS e CAPS. Ao final da década de 90 o país possuía 208 CAPS em funcionamento, mas 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos. (Brasil, 2005)

Em seis de abril de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado é sancionada em território brasileiro. A Lei Federal nº 10.216 vem,

então, para privilegiar o oferecimento de tratamentos não mais baseados em uma lógica de internação. Cabe ainda ressaltar o caráter inaugural da Lei Paulo Delgado em solo latino-americano, já que esta fora a primeira a refletir e preconizar apostas contundentes na direção da desospitalização e despsiquiatrização do tratamento, bem como na garantia de direitos e deveres para *o louco*:

> I – Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
>
> II – Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
>
> III – Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
>
> IV – Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
>
> V – Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
>
> VI – Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
>
> VII – Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
>
> VIII – Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
>
> IX – Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (Brasil, 2001)

A partir da presente Lei são criadas linhas específicas de direcionamento de verbas para serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, bem como novos meios para fiscalização, gestão e redução progressiva de leitos psiquiátricos no Brasil (Brasil, 2005). Embora as mudanças institucionais sejam o foco de muitos estudos, o Ministério da Saúde (2005) atenta para a complexidade do processo político e social, sendo este composto por atores, instituições e forças de diferentes origens. O que faz com que tais mudanças incidam em territórios do mais diversos, como os governos Federal, Estadual e Municipal, bem como Universidades, mercado de serviços de saúde preconizados, nas associações de pessoas com transtornos mentais e junto a seus familiares.

Sobre as Associações de Pessoas com Transtornos Mentais e seus Familiares, Amarante (1995) atenta a manipulação destes por empresários que tiveram seus lucros afetados após as mudanças advindas da Reforma Psiquiátrica. Estes empresários vêm deturpando os princípios da reforma junto aos familiares, aterrorizando-os, dizendo que o que se propõe é o fechamento de todos os manicômios e a devolução dos internos aos familiares, ou o abandono destes nas ruas. A partir disso, fora possível verificar a criação de entidades de familiares financiadas por estes empresários, para uma verdadeira luta contra a Reforma. Este dado permite acrescentar à gama de mudanças sociais advindas a partir da reforma, questões relacionadas ao eixo econômico.

Pensando na questão dos familiares que demandam cuidados em Saúde Mental, é importante estar atento ao fato da Reforma Psiquiátrica não ter em seu horizonte o fechamento dos hospícios a fim de reduzir os gastos com esta população. Ao contrário, propõe políticas que, por vezes, requerem um maior investimento, não só técnico e social, como financeiro. A Reforma Psiquiátrica vem para atuar a partir da desinstitucionalização que não é sinônimo de desospitalização - embora o englobe -, tendo como meta a desconstrução de uma lógica pautada única e exclusivamente na internação como direção de tratamento. Como desinstitucionalização, entende-se a possibilidade de um tratamento centrado no sujeito, não mais em sua doença, levando em conta suas singularidades e possibilidades. (Amarante, 1995)

Neste processo o uso de fármacos[6] bem como as psicoterapias deixam de ser o eixo central do tratamento pois, a partir deste posicionamento, os autores desta Reforma sustentam a possibilidade do *louco* deixar de ser objeto das especialidades médicas, psicológicas, farmacológicas, em última instância, objetos de um discurso que tem como norte a marginalização e exclusão social, para assumir o lugar de sujeito de direito e deveres. Podendo, assim, atuar de forma ativa na escolha de seus tratamentos.

Por fim, ao falar em Reforma Psiquiátrica deve-se sempre retornar à origem dos princípios que a norteiam. Tais princípios advêm do SUS, sendo o primeiro deles a

---

[6] Ainda sobre o uso de fármacos, vale ressaltar a importância destes em alguns casos, sem que se perca de vista que estes devem ter como fim o que a Reforma Psiquiátrica vem preconizar para o sujeito, isto é, *"a reinserção social e a convivência, restituindo o indivíduo, sua alma e desejos, ao mundo dos vivos."* (Delgado, 2011).

Universalidade do Atendimento, que versa sobre o direito a todos de acesso aos atendimentos. O segundo é a *Equidade*, ponto que diz respeito à justiça, ao fato de que nenhum indivíduo pode ser deixado de fora do programa tendo como motivador principal a sua falta de alcance. O terceiro é a *Descentralização*, preconizando serviços descentralizados, que evitem a desterritorialização dos sujeitos. O quarto princípio é a *Integralidade dos Serviços e dos Dispositivos* para o sujeito e suas necessidades, preconizando desde vacina até transplantes complexos. O quinto princípio é o *Controle Social* derivado de discussões e decisões de Conferências, Congressos e Conselhos de moradores. (Delgado, 2011)

Nos últimos registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), fora computada a existência de 25.097 leitos psiquiátricos, uma redução de 38,7% em relação aos números fornecidos em 2005. Vale ainda ressaltar que a partir da Portaria 1.631, editada em 2015, sustenta-se a necessidade mínima de um leito para cada 23 mil habitantes - o que representa um percentual de 0,04 leitos para cada mil habitantes. Entretanto, tais cortes têm se mostrado desproporcionais, o que culminou em Estados com menor número de leitos que o estabelecido, chegando a 0,02. Trata-se de um grave problema da organização e financiamento da Reforma Psiquiátrica.

Ainda segundo o CFM (2017), Inglaterra e Canadá tem a proporção de 0,58 e 1,90 de leitos psiquiátricos por mil habitantes. Na América Latina, por exemplo, países como Argentina e Uruguai têm números que seguem esta tendência de pelo menos 0,50 leitos por mil habitantes. Estes dados são importantes, já que, de fato muitas vezes é difícil encontrarmos leitos para internações breves de pacientes que se encontram em um momento mais agudo de seu tratamento. Encontrar o melhor termo frente a esses dados tem sido o desafio dos Governos brasileiros.

Apenas à guisa de localizar alguns dos pontos a serem desenvolvidos nos capítulos subsequentes, pretende-se apresentar a discussão estabelecida no livro escrito por Dunker e Kyrillos (2015, p. 17) *Psicanálise e Saúde Mental*, acerca da substituição de uma clínica que de antemão não fora estabelecida de maneira séria, capaz de um alcance maior que os limites dos ambulatórios, por um dispositivo pelos autores nomeado de *política de gestão do mal-estar*.

Segundo Dunker e Kyrillos (2015), a Reforma Psiquiátrica reduziu a clínica à distribuição de medicações, bem como em intervenções que tinham como norte terapêutico a ressocialização e reintegração social. Por fim, os autores ainda trazem uma

importante consideração acerca do risco que se incorre quando a clínica é apartada do tratamento em Saúde Mental:

> Pacientes hipermedicados e funcionais. Seria isso tudo o que temos a esperar depois de Basaglia e Foucault, de Oury e Laing, de Cooper e Szaz? Para repensar o discurso da inclusão que, simultaneamente tomou conta do universo escolar e dos processos de reinvenção da cidadania em pacientes antes chamados de "doentes mentais", e agora, de "usuários", é decisivo empregar aportes não demasiadamente ingênuos sobre a linguagem.
>
> (Dunker & Kyrillos, 2015, p. 20)

Desta forma, a presente pesquisa sustenta a hipótese de que ao forcluir a possibilidade de escuta, bem como de historicizar o caminho percorrido pelo *louco* desde antes da assunção de seus sintomas, perde-se a possibilidade de inclusão do saber presente no sofrimento que, outrora, preso nas camas dos hospitais, agora jaz calado pelos fármacos e gritos em nome de uma sociedade livre da lógica mercantilista. Discurso de suma importância, dada a produção de sofrimento oriunda deste *modus operandi*, mas que, sem a possibilidade de inclusão do sujeito, seu desejo e gozo, pouco agrega em termos clínicos de tratamento do sofrimento psíquico.

Nos capítulos subsequentes a pesquisa se orientará tendo como mote o tensionamento entre o desenvolvimento freudiano, suas questões levantadas sobretudo no artigo *Caminhos da terapia psicanalítica* (1919), junto aos artigos e Seminários em que Lacan situa e formaliza a *Ética da Psicanálise*, a fim de contribuir para proposta de uma clínica que possa colher *efeitos analíticos* em Saúde Mental como meio de se avançar em direção à invenção de um *saber-fazer* com aquilo que outrora produziu - única e exclusivamente - sofrimento psíquico.

4. A TÉCNICA ANALÍTICA E SEUS DESTINOS: DE FREUD A LACAN

Além disso, diríamos que a descoberta de Freud é a verdade de que a verdade nunca perde seus direitos.
(Lacan, 1956, p. 470)

No presente capítulo serão discutidas questões referentes aos possíveis destinos almejados por Freud no que diz respeito ao maior alcance e à forma como esta poderia ser sustentada sem que se abandonasse a dimensão mais subversiva da Psicanálise, a saber, a liberdade de fala do paciente, e a atenção igualmente livre do psicanalista que o escuta.

Com o retorno feito, o percurso passa a contar com artigos/seminários realizados a partir da década de 50 - período descrito por Checchia (2015) como sendo de franca crítica à técnica sustentada pelos pós-freudianos - como possíveis desdobramentos dos questionamentos contidos naquele que Strachey chamou de último artigo dedicado exclusivamente às questões práticas da clínica psicanalítica escrito por Freud, a saber, *Caminhos da terapia psicanalítica* (1919). Momento em que Freud se pergunta sobre os avanços necessários para que a Psicanálise tenha um maior alcance, viabilizando espaços de escuta para a população menos abastada.

Freud parece antever alguns dos pontos discutidos e criticados nas políticas públicas em Saúde Mental ao colocar em questão o lugar objetificante que um posicionamento educativo, bem como assistencialista, pode produzir em sujeitos que demandam cuidados em Instituições de Saúde. Parece, ainda, dividido no que diz respeito ao lugar do analista junto ao paciente e seu tratamento. Alertando para o engodo oriundo de um posicionamento que se pretenda garantia de uma vida plena.

A diferença entre dirigir o paciente e dirigir o tratamento é tomada como possível solução para os impasses colocados por Freud em 1919, bem como a possibilidade de pensar a clínica em Saúde Mental a partir dos três níveis de intervenção na clínica psicanalítica desenvolvidos por Lacan em *A Direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1958), a saber: tática, estratégia, e política.

A escolha deste escrito como norte para pensar a clínica em Saúde Mental, deu-se por nele ser possível localizar um movimento em Lacan de aposta em uma certa

dissociação da Psicanálise enquanto método de tratamento sustentado a partir de regras imaginárias, tomadas como fundamentais para a escuta analítica.

> [Lacan] preocupado em estabelecer as diretrizes da Psicanálise para além de seus aspectos imaginários, a partir da crítica que empreende aos psicanalistas pós-freudianos, então seus colegas. Esse estabelecimento de diretrizes implica um questionamento do então tradicional setting psicanalítico, que determinava que uma Psicanálise era definida, entre outras coisas, pelo número de sessões semanais e por sua duração, que era geralmente de 50 minutos.
>
> (Estêvão e Metzger, 2015, p. 73)

Este movimento de retorno à *Direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1958) justifica-se dada a constatação de que, em Saúde Mental, é cobrada uma capacidade inventiva e de criação mais livre junto à clínica, seja no que tange as intervenções, bem como o *setting* em que elas ocorrem - sem, no entanto, abrir mão do rigor *estratégico* sustentado a partir da transferência.

Com Lacan (1958) esta liberdade mostra-se consoante à "clínica do sujeito do desejo, que é ele mesmo, por sua vez, sempre singular", o que demanda a constante reinvenção do analista a cada encontro que este tem com o paciente

> na medida em que ele escuta a singularidade do sujeito e orienta-se por uma ética que coloca a singularidade como guia, uma vez que o desejo é sempre singular.
>
> (Estêvão & Metzger, 2015, p. 73)

4.1 Freud e o futuro da Psicanálise

Em *Dois verbetes de enciclopédia* (1923[1922]) Freud situa a Psicanálise a partir de três referentes; o primeiro diz respeito a um procedimento de investigação de processos oriundos do psiquismo, inacessíveis por outras vias que não a psicanalítica; o segundo trata de um produto deste, derivado das pesquisas em torno da determinação que tais processos teriam sobre o sofrimento neurótico - trata-se, então, de um método de tratamento que tem o inconsciente e suas manifestações como a priori de seu

trabalho; e o terceiro diz respeito ao acúmulo de conhecimento oriundo da clínica e da pesquisa, que resulta em um novo campo de conhecimento científico.

No que tange a técnica analítica voltada à clínica, é possível situá-la, tanto em Freud como em Lacan, enquanto modo de intervenção, sustentada a partir da relação estabelecida na transferência entre o analista e o analisando.

É sabido que Freud se movimentou com bastante tranquilidade no interior de sua criação. Eram constantes as perguntas, os recuos e avanços. Sempre orientados tendo como ponto de partida *a* clínica*,* buscando avanços *na* clínica. Em 1910, no artigo *As perspectivas futuras da terapia psicanalítica,* Freud anuncia três caminhos possíveis para o desenvolvimento e fortalecimento da Psicanálise. São estes, o progresso interno, o aumento de autoridade oriundo de uma maior credibilidade da técnica e o efeito produzido a partir do trabalho do analista. Neste mesmo artigo, faz uma pequena digressão apontando as transformações clínicas no que diz respeito a técnica analítica:

> Na época do tratamento catártico tínhamos por objetivo o esclarecimento dos sintomas; depois nos afastamos dos sintomas e estabelecemos como metas a revelação dos 'complexos' (...) mas agora dirigimos os esforços diretamente para a descoberta e superação das resistências. (Freud, 1910, p. 292)

No que diz respeito ao avanço oriundo do aumento de autoridade, é interessante resgatar o exemplo dado por Freud sobre o quanto a ginecologia poderia avançar em países como a Turquia, dada a impossibilidade de se ter acesso a qualquer parte do corpo além do punho da mulher. Freud se utiliza deste exemplo para apontar o limitado acesso a uma vasta gama de pacientes, o que poderia aumentar os avanços técnicos de sua disciplina, dada a possibilidade do encontro com patologias que auxiliariam num maior desenvolvimento, seja da técnica, como da compreensão acerca dos processos psíquicos.

Freud (1910) sustenta que a resistência à entrada de suas apostas éticas e políticas na sociedade é prova do caráter subversivo de suas propostas. Ao fim de seu *As perspectivas futuras da terapia psicanalítica (1910)* anuncia que jamais abandonaria sua radical aposta: que a ausência de resistência poderia indicar certo abandono da

virulência advinda de uma escuta que leva em conta não a moral dos bons costumes e do bom comportamento, mas sim o sofrimento produzido a partir de regras, protocolos e determinações sociais que, em última instância, têm grande participação no sofrimento psíquico de seu tempo.

A partir de 1918, frente à total devastação da 1ª Guerra Mundial, Freud faz uma convocação aos analistas para que considerem a possibilidade de um avanço no alcance da Psicanálise junto à Saúde Pública. Inicia seu artigo atualizando a máxima de seu percurso enquanto pesquisador, a saber, um elogio da impossibilidade de um saber completo e fechado, seja sobre o humano, como também acerca da aposta técnica no tratamento psicanalítico.

Freud cita o trabalho de Ferenczi, *Dificuldades técnicas de uma análise de histeria* (1919), sobre a atividade do analista, para circunscrever aquela que postula como questão de seu artigo *Caminhos da terapia psicanalítica* (1919), a saber, como o analista pode transitar entre intervenções de cunho educacional, sem abandonar a escuta analítica que leva em conta um saber oriundo não do analista, mas do inconsciente de seu paciente.

Freud se pergunta sobre sua assertiva acerca da importância de se manter em suspenso qualquer satisfação substitutiva durante o processo analítico, a conhecida regra da abstinência. Pontua que, em se tratando de casos mais graves, “Alguma coisa precisa ser concedida a ele, em maior ou menor proporção, dependendo do caso e da característica do doente.”. (Freud, 1919, p. 195)

Entretanto, anuncia também que, havendo um excesso no oferecimento desta ajuda, o analista pode incorrer no risco de produzir o mesmo efeito que as instituições não analíticas produzem, a saber o de abdicar da possiblidade do paciente conquistar alguma independência, tanto física, quanto emocional, junto àquele a quem demandou tratamento.

Freud é enfático em pelo menos duas oportunidades, ao afirmar que o analista não deve, em hipótese alguma, tomar como direção do tratamento uma educação que o vise como exemplo a ser seguido, bem como a tutelagem de um paciente entendido como fraco e indefeso, frente a um analista que detém um saber sobre a vida. É neste sentido que Freud recusa propostas como a da Psicanálise ser uma visão de mundo, como filosofia de vida que enobreceria aquele que a usar como norte. Freud assevera

que “isso é apenas violência, mesmo que encoberta pelas mais nobres intenções”. (Freud,1919, p. 199)

Já ao final do artigo, Freud toma como tarefa para o futuro pensar como os psicanalistas poderiam trabalhar em instituições que visem um maior alcance aos tratamentos psíquicos para pacientes impossibilitados de arcar com os honorários dos consultórios privados. Freud, então, delega aos psicanalistas “a tarefa de adequar nossa técnica às novas condições” oriundas desta entrada da Psicanálise na esfera da saúde pública. (Freud, 1919, p. 199)

Já no último parágrafo de seu artigo, Freud assume o risco dos psicanalistas serem obrigados, quando inseridos nestes postos de trabalho junto à saúde pública, “a fundir o ouro puro da análise em grande medida com o cobre do sugestionamento direto”, mas não sem que se guarde e se transmita aquilo que há de mais subversivo no tratamento a ser oferecido nestas instituições. A saber, as partes “emprestadas da Psicanálise propriamente dita, livre desta ou daquela tendência”. (Freud, 1919, p. 212)

Por fim, ao retomar a leitura do texto freudiano inacabado, *Compêndio de Psicanálise* (1938[1940]), sobretudo o capítulo seis que discute o alcance da técnica psicanalítica, lê-se a seguinte colocação:

> Uma psicose, e com ela aprendemos que até mesmo uma alteração tão profunda na vida anímica como essa pode ser desfeita, pode dar espaço à função normal. Será, então, ousado esperar que também seja possível submeter as temidas afecções espontâneas da vida anímica à nossa influência e conduzi-las à cura?".
>
> (Freud, 1938[1940]. p. 85)

Em se tratando do escrito produzido a fim de reunir as teses da Psicanálise, chama à atenção o fato de Freud colocar tal problema já no primeiro parágrafo da parte dedicada à técnica psicanalítica. Questão esta que, mais adiante, Freud recuará com a justificativa de que seria impossível contar com o Eu do psicótico enquanto aliado no tratamento analítico.

> Para que o Eu do paciente seja um valioso aliado em nosso trabalho comum, ele tem que, malgrado todas as dificuldades impostas pelos poderes hostis, conservar certa cota de coerência, uma porção de entendimento perante as exigências da realidade. Mas isso não pode ser esperado do Eu do psicótico; ele não pode sustentar um pacto dessa ordem, na verdade, ele nem mesmo poderá firmá-lo. Logo ele terá jogado nossa pessoa e o auxílio que lhe oferecemos às partes do mundo exterior que para ele nada mais significam. Com isso, descobrimos que temos de renunciar ao experimento de aplicar nosso plano de cura ao psicótico.
>
> (Freud, 1938[1940], p. 89)

Entretanto, Freud renuncia com parcimônia, já que deixa aberta a questão de que tal recuo pudesse ser um limite intransponível para a técnica, ou um limite que diria da necessidade de um outro plano para atravessá-lo, o que fica sublinhado na seguinte afirmação, "Renunciar para sempre ou talvez apenas por enquanto, até que tenhamos encontrado outro plano que lhe seja adequado.". (Freud, 1938[1940], p. 89)

A fim de discutir sobre a presente questão é interessante retomar a querela oriunda da máxima freudiana *Wo Es war, soll Ich werden*, junto à tradução proposta por Garcia-Roza, que o tradutor Pedro Heliodoro vê como a mais profícua para se pensar a tensão inerente à proposta de trabalho analítico, a saber, "Ali onde se estava, ali como sujeito devo vir a ser". (Garcia-Roza *apud* Heliodoro, 2010)

A partir deste posicionamento frente à tradução, é possível dar um passo em direção a esse *outro* plano que Freud intuiu que poderia haver no que diz respeito ao tratamento das psicoses, tratamento este que atravessa o trabalho em Saúde Mental do início ao fim.

Se a aposta for ao encontro não mais de um Eu que esteja em comum acordo com o analista e o tratamento, mas sim em um sujeito passível ou não de advir, a depender das exigências impostas a ele, pode-se pensar, junto a Lacan e seus comentadores, em um passo a mais no que tange a possibilidade e o alcance clínico da Psicanálise ante à psicose:

> A ideia de que o sujeito na psicose pode (ou não) advir supõe o paradoxo de que ele está lá (a advir) e não está

> lá. A psicose testemunha justamente o fato de que, perante certas situações e exigências, o psicótico está incapaz de responder como sujeito. A teorização psicanalítica da psicose, talvez por isso mesmo recusada por alguns setores da Reforma, ensina que, por característica de estrutura, o psicótico, em certos momentos ou situações, pode ou não suportar a exigência de ter que responder como sujeito. Assim, o trabalho consiste em não fazer apelo a um sujeito que não pode responder, mas sim em criar as condições para que ali, numa existência aniquilada pela psicose, se produza essa possibilidade. (Tenório 2001, p. 124)

Trata-se, pois, de uma clínica diferencial, já anunciada por Freud (1912) nas *Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise*, mas que, a partir de Lacan, passa a ter o estatuto de uma aposta *a priori* em um diagnóstico diferencial a fim de se pensar a direção do tratamento para a psicose, e não mais sua recusa.

Para encaminhar o fechamento do presente capítulo, há três eixos que entendemos ser recomendações freudianas aos analistas que tomarem a Psicanálise como campo de pesquisa e intervenção: (1) não abandonar o caráter subversivo da prática por Freud criada; (2) sustentar de maneira implicada um diagnóstico diferencial que balize a direção de tratamento orientada desde o saber oriundo do paciente, e não das boas intenções de uma sociedade que adoece a partir de suas condutas moralizantes; e, por fim, (3) buscar avançar no que diz respeito à clínica das psicoses.

Por fim, cabe trazer a reflexão de Marco Antônio Coutinho Jorge (2017), quando este afirma a impossibilidade de se tomar Freud e suas recomendações de maneira dogmática e fechada, reflexão com a qual concordamos em relação à prática da Psicanálise em novos *settings*. Sendo assim, o que se propõe a partir dos três textos discutidos neste capítulo é, em última instância, um convite para que os analistas construam seus próprios estilos de trabalho sem, entretanto, abandonar "um lugar de analista que seja essencialmente discursivo, o que será especificado por Lacan em seu ensino." (Jorge, 2017, p. 236)

É a partir de tais recomendações que será subsidiado o desenvolvimento teórico-clínico em direção às proposições de Lacan, a fim de sustentar este lugar essencialmente discursivo, que tem na *ética da Psicanálise* seu ponto de estofo. Ponto este capital para o sustento de uma clínica que objetive a possibilidade do *louco* poder

criar seu próprio percurso de tratamento rumo à margem de *liberdade possível* em relação ao *desejo* e *gozo.*

4.2 Da Situação da Psicanálise em 1956 à aposta Tática de Lacan em 1958: um retorno à querela da Direção da cura e os Princípios de seu poder como (uma outra) resposta às indagações de Freud

No entanto, com o retorno a Freud promulgado por Lacan, aprendemos que esse retorno é orientado: trata-se de buscar o fundamento ético a todo e qualquer procedimento técnico para remetê-lo à estrutura em causa.

(Antônio Quinet, 2012, p. 87)

4.2.1 Situando a Psicanálise

O presente capítulo tem por objetivo discutir os avanços propostos por Lacan a partir de 1956, ano em que escreve o artigo *Situação da Psicanálise e formação do psicanalista em 1956*, à ocasião do centenário de nascimento de Freud.

Em um segundo momento será discutido de que maneira se pode tomar o artigo sobre *A direção da cura e os princípios de seu poder* (1958) como proposta central de Lacan frente à *Situação da Psicanálise* desde a assunção de leituras que tiveram por objetivo esclarecer a teoria, por conseguinte a prática clínica, produzindo uma confusão que culminou, segundo Lacan, em exercícios de poder - tanto no interior das instituições psicanalíticas, como na clínica sustentada por analistas destas instituições - "ao fazer

dos termos em que Freud a definiu o uso que lhes convém, não como preceitos, mas como conceitos.”. (Lacan, 1956, p. 461)

Trata-se de um texto denso que tem como mote central relacionar os destinos da clínica psicanalítica a partir do tratamento dado aos *preceitos* e *conceitos* por Freud desenvolvidos ao longo de sua obra, bem como pensar o lugar da formação e a implicação lógica que um determinado modelo institucional, sustentado pela via de identificação ao mestre (analista didata), pode produzir na *direção* de um tratamento preconizado por um *analista.*

4.2.2 Da tentativa de tudo comunicar à formação do analista: a sobredeterminação como fato de sintaxe

O artigo sobre a *Situação da Psicanálise em 1956* pode ser divido em duas partes que coadunam em uma aposta ética sustentada por Lacan junto à Psicanálise.

A primeira delas diz respeito diretamente à formação dos analistas, a partir da prerrogativa que guarda na “incomunicabilidade de nossa experiência” - aposta central junto ao inconsciente estruturado *como uma* linguagem.

> como não haveríamos de ficar satisfeitos com esse efeito de segregação intelectual como um fruto da distância que mantemos pela incomunicabilidade de nossa experiência? (Lacan, 1956, p. 462)

Aqui já se nota o peso da crítica aos pós-freudianos que vislumbraram a sistematização da Psicanálise, por vias questionáveis, que teve como produto o que Lacan já denunciava no segundo parágrafo deste texto:

> psicanalistas, nós mesmos e por muito tempo confinados em nossa experiência, vimos que ela se esclarecia ao fazer dos termos em que Freud a definiu o uso que lhes convém, não como preceitos, mas como conceitos. (Lacan, 1956, p. 459)

É neste sentido que Lacan resgata e afirma a "atitude assistemática" posta como princípio "tanto da chamada regra analítica imposta ao paciente (...) quanto da chamada atenção flutuante" (Lacan, 1956, p. 464), que é o que afinal opera e sustenta a atitude do analisando em relação à sua fala e a condução do processo psicanalítico:

> esses dois preceitos, entre os quais por assim dizer se estende o estofo da experiência, valorizam suficientemente, parece o papel fundamental do discurso do sujeito e de sua escuta.
>
> (Lacan, 1956, p. 464).

O excesso de conceitualização daqueles que foram sustentados por Freud como os dois pilares da Regra fundamental que versa, em última instância, sobre a liberdade, a saber, a Associação Livre e Atenção Flutuante não foi sem consequências. Sobretudo por tratarem-se de conceitos que indicam o papel fundamental do "discurso do sujeito e de sua escuta" como meio de colocar em causa as formações do inconsciente, sejam as do analista, como a do analisando. (Lacan, 1956, p. 464)

O que Lacan parece realizar ao longo de todo seu artigo é o tensionamento entre a maneira como o psicanalista aborda e sustenta a teoria psicanalítica, com os resultados práticos que isso produz, seja no interior de instituições, como na própria direção do tratamento. Lacan passa grande parte de seu texto trazendo o que ele nomeia diversas vezes de conceitualização da letra freudiana, para na sequência apontar os desvios que tal movimento produz na escuta.

Este tensionamento entre o que se acredita, o que se transmite e o que se escuta na clínica, fica claro quando Lacan critica a analogia ao terceiro ouvido:

> não mais acreditando em seus dois ouvidos, eles quiseram recuperar o para-além que de fato o discurso sempre possuíra, mas sem que soubessem o que era isso.

> Eis por que inventaram para si um terceiro ouvido, supostamente convocado a percebê-lo sem intermediação (...) mas que necessidade pode ter o analista de um ouvido a mais, quando às vezes parece ter dois de sobra, ao enveredar a todo vapor pelo mal-entendido fundamental da relação de compreensão? Nós repetimos a nossos alunos: 'Abstenham-se de compreender!' e deixem essa categoria nauseante para os senhores Jaspers e consortes. Que um de seus ouvidos ensurdeça, enquanto o outro deve ser aguçado. E é esse que vocês devem espichar na escuta dos sons ou fonemas, das palavras, locuções e frases, sem omitir as pausas, escansões, cortes, períodos e paralelismos, pois é aí que se prepara a literalidade da versão sem a qual a intuição analítica fica sem apoio e sem objeto.
>
> (Lacan, 1956, p. 474)

Escutar o para-além, convocando este terceiro ouvido – uma teoria que se sustente retirando o peso da fala e da singularidade do sujeito - é nada mais que realizar o movimento que Jung, por exemplo, preconizou quando passou a trabalhar com os sonhos como manifestações simbólicas estáticas que de alguma forma já não precisariam mais se haver com a fala do sujeito e este *quantum* de sobredeterminação impossível de ser retirado da cena analítica.

É importante sublinhar o que Lacan mesmo aponta sobre o quanto esta maneira de abordar e ler as apostas freudianas dizem de uma tentativa de facilitação da relação do psicanalista, a partir da situação em que se encontra a Psicanálise – inclusive em relação ao saber científico – junto ao real. Lacan utiliza a metáfora de um fio que ajudaria a conduzir os passos do psicanalista em um percurso clínico que, por algum motivo, passa ficar demasiado reflexivo, transmudando os corredores do labirinto do inconsciente e que, por fim, conclui não passar "de um engodo". (Lacan, 1956, p. 466)

Esta metáfora se articula melhor com a clínica e teoria freudiana quando Lacan, mais à frente, aponta o esforço hercúleo de Freud em sustentar e trabalhar junto ao "imaginário e o real nos mecanismos do inconsciente", apontando, na sequência, os dois caminhos – que não passam de engodo – que os pós freudianos sustentaram, a saber "fazer do imaginário um outro real e, em nossos dias, a encontrar nele a norma do real". (Lacan, 1956, p. 466)

A própria patologização do sofrimento psíquico e/ou a socialização deste, atribuindo, de um lado toda a origem dos sintomas a distúrbios químicos e, de outro, à

segregação e exclusão social, podem ser lidas, a partir da *Situação de 1956*, como meios de se dar conta de um real – inexplicável – que atravessa todo e qualquer sofrimento psíquico. Trata-se, ainda seguindo a letra de Lacan, de duas formas de resistência frente ao impossível que é analisar uma pessoa até a cura das manifestações do inconsciente, nesta medida,

> Criam-se meios de silenciar o sujeito, alegando um limite imaginário ao real que insiste em todo e qualquer campo povoado por seres atravessados pela linguagem.
>
> (Lacan, 1956, p. 466)

Para cada limite, um passo em direção à tentativa de exclusão do sujeito do inconsciente. A medicalização desenfreada silencia pelas vias químicas e a desinstitucionalização como tratamento último à loucura - visando a socialização a todo o custo - carrega em seu bojo a *negação* de que há ali algo do real que seguirá insistindo produzindo sofrimento, enquanto não se sustentar um espaço de fala que inclua o insistente real. Em ambos os casos, verifica-se que em algum lugar outro o real, via sujeito, se fará ouvir: majoritariamente por passagens ao ato que vão desde tentativas de automutilação, crises severas de agressividade, chegando ao limite do suicídio.

É neste sentido que Lacan reafirma a importância do imaginário como suporte para a ideia, retomando e reafirmando que Freud só pode rumar ao inconsciente e seu saber, tendo como fio a determinação simbólica, na qual a função imaginária se subordina. Momento este em que Freud, a título de exemplo, passa a apostar mais nos sonhos e manifestações do inconsciente - direção impressa textualmente em sua *Traumdeutung* (1900) sob epígrafe de Virgílio que dizia *Flectere si nequeo superos, Acheronta Movebo* (em tradução livre: Já que no céu nada alcanço, recorro às profundezas do inferno) – que na aposta demasiada clarificada da supremacia do consciente sobre o inconsciente.

Este posicionamento de Lacan é um dos pontos centrais que alicerça esta pesquisa, já que ao considerarmos as intervenções, a direção clínica e o trabalho com os pares em Saúde Mental, já não há mais volta rumo a uma cartilha de orientações sobre como lidar com a equipe, o louco e com seu próprio ser de analista: já que este último opera tendo na política da *falta-a-ser*, seu ponto de partida e chegada.

Lacan escreve

> um psicanalista deve assegurar-se nessa evidência de que o homem, desde antes de seu nascimento e para-além da morte, está preso na cadeia simbólica; a qual fundou a linhagem antes que nela se bordasse a história; deve habituar-se à ideia de que é em seu próprio ser, em sua personalidade total, como se expressam alguns comicamente, que ele é efetivamente apanhado como um todo, só que à maneira de um peão, no jogo do significante, e isso, desde antes que as regras desse jogo lhe sejam transmitidas, contanto que ele acabe por surpreendê-las – devendo essa ordem de prioridades ser entendida como uma ordem lógica, isto é, sempre atual. (Lacan, 1956, p. 471 – grifo nosso)

Ao analista cabe não desejar o impossível já que, nas palavras de Lacan, isso apontaria para a existência da relação sexual, metáfora que pode ser aqui aproximada à espera por uma Saúde Mental não barrada, plena de saúde, um paraíso perdido da sanidade mental.

4.2.3 Sobre o alcance da Psicanálise e os meios injustificáveis psicanalíticamente: O (im)possível caminho situado por Lacan

O segundo ponto tratado tanto por Freud (1919), quanto por Lacan (1956) no que tange a *Situação* (1956) e os *Caminhos* (1919) possíveis a serem tomados a partir da invenção da Psicanálise por Freud, diz respeito ao seu alcance e os meios utilizados para expandir e aprimorar seu ensino e sua técnica.

No início de sua discussão sobre a expansão da Psicanálise a partir de uma maior quantidade de analistas sustentando análises em seus consultórios, Freud chega a fazer a hipótese de que uma *organização* que cuidasse da formação de analistas poderia auxiliar nesta empreitada. Mas logo questiona se o caminho não poderia ser o alcançado a partir de instituições que, cientes do fato de que "o pobre tem o mesmo direito à assistência anímica que ele já tem à assistência cirúrgica", trabalhassem recebendo pacientes e atendendo-os nestes espaços disponibilizados pelo poder público (Freud, 1919, p. 201).

É importante notar que Freud, em momento algum, vislumbra uma maior quantidade de psicanalistas como solução para os impasses quanto ao alcance da aposta clínica psicanalítica junto à Saúde Pública.

Freud escreve

> os senhores sabem que a nossa eficácia terapêutica não é muito intensa. Somos apenas um punhado de gente, e cada um de nós, mesmo com um grande esforço, só pode se dedicar a um número pequeno de pacientes em um ano. Contra o excesso de sofrimento neurótico que existe no mundo e que talvez não tenha de existir, aquilo que nós conseguimos eliminar desse sofrimento é praticamente irrelevante em termos quantitativos (...) Resultará daí para nós, então, a tarefa de adequar a nossa técnica às novas condições.
>
> (Freud, 1919, pp. 201 - 202)

Freud aponta os efeitos que a Psicanálise e sua transmissão provocaria naqueles que pudessem vir a entrar em contato com sua maneira de abordar o sofrimento psíquico, entretanto faz uma importante e atual ressalva quando escreve sobre a necessidade de se pensar meios de expressão mais acessíveis àqueles que não realizaram uma formação em Psicanálise.

É o que se pode verificar ainda hoje – seja em equipamentos de saúde, como na formação de alunos em cursos que têm a Psicanálise como disciplina – um certo distanciamento desta, seja pela dificuldade inerente ao conteúdo complexo – por vezes endossado pelo próprio professor, alegando que Lacan seria um teórico de leitura e teorização demasiado avançado para a graduação -, como também um *quantum* de resistência junto aos conteúdos que poderiam vir a emergir a partir do debruçar sobre a teoria freudiana.

> não duvido de que a força argumentativa de nossas crenças psicológicas também impressionará alguém sem formação, mas precisaremos encontrar a expressão mais simples e palpável dos nossos ensinamentos teóricos. (Freud, 1919, p. 202)

Lacan (1956) comenta com bastante cuidado os questionamentos freudianos quanto ao encaminhamento de sua descoberta, os possíveis pontos de tensionamento e as particularidades que a transmissão da Psicanálise exigiria de uma possível instituição de formação. Afirma ainda que Freud esteve atento ao longo de toda sua obra, sobretudo após a escrita e publicação de sua *Traumdeutung* (1900), às simplificações que visavam de alguma forma resolver o problema do desconhecimento, da impossibilidade de apreensão e exploração total do inconsciente por um Eu, seja ele forte ou não.

> a perspectiva de tal investigação exige uma formação que reserve à linguagem seu papel substancial. Isso é o que Freud formula expressamente no programa de um Instituto ideal, o qual, depois do que formulamos, não nos surpreenderá que desenvolva o próprio conjunto dos estudos filológicos. (Lacan, 1956, p. 475)

Algumas páginas à frente, Lacan discute o quanto o encaminhamento dado à formação do analista, sob a égide de uma análise didática, carregaria em seu bojo - por se tratar de uma relação de maestria entre analista didata e candidato a analista - a proposta final de transformar a experiência de análise, orientada desde uma proposta de dialetização, numa experiência de identificação:

> não somos nós aqui que proferimos um julgamento; foi nos círculos dos didatas que se postulou e se professa a teoria que confere como finalidade à análise a identificação com o eu do analista.
>
> (Lacan, 1956, p. 491)

Os efeitos de uma formação vertical, segundo Lacan, como aquela proposta pelos pós-freudianos produziram um fenômeno de esterilização daquilo que diz respeito à dimensão subversiva da Psicanálise. Seja nos consultórios, como nas relações no interior das instituições de formação. Trata-se de efeitos de identificação denunciados por Freud desde o *Psicologia das massas e análise do eu* (1921a) os quais, segundo Lacan, são contrários à produção de saber, seja enquanto Instituição que se debruça

sobre a Psicanálise e sua transmissão, como também em Instituições de saúde que têm na Psicanálise o eixo de trabalho junto aos *loucos.*

Sobre isso, afirma ainda

> o mínimo que se pode dizer é que esses efeitos não são favoráveis à discussão, princípio de qualquer progresso científico. A identificação com a imagem que dá ao grupo seu ideal – aqui, a da suficiência encarnada – decerto fundamenta, como Freud mostrou num esquema decisivo, a comunhão do grupo, mas precisamente à custa de qualquer comunicação articulada. Ali a tensão hostil é até mesmo constitutiva da relação de indivíduo com indivíduo. É isso que o preciosismo corrente no meio reconhece, de maneira totalmente válida, sob o termo narcisismo das pequenas diferenças, que traduziremos em termos mais diretos por: terror conformista. (Lacan, 1956, p. 491)

A hipótese central que integra a presente pesquisa, derivada da discussão proposta por Lacan em seu texto de 1956, é que frente ao convite de Freud (1919) de se pensar como a Psicanálise poderia abranger mais espaços psicanalistas ingleses propuseram um modelo de formação que vislumbrou, em alguma medida, que os psicanalistas pudessem de fato atender um maior número de pessoas sem, no entanto, espaço para o diálogo, seja com o real que interpela toda e qualquer construção de conhecimento, como possíveis contribuições de outros campos do saber, retomados por Lacan sobretudo após o seu retorno às discussões sobre a técnica em Freud, realizado durante a década de 50.

> todos os seus seminários da década de 1950 foram dedicados a temas relacionados à técnica. Seu propósito, como ele mesmo chegou a dizer, era o de estabelecer uma crítica da técnica analítica. Diria até que durante toda essa década Lacan esteve obcecado com esse tema. (Checchia, 2015, p. 124)

O fato é que Lacan após longo período de estudos, ao explanar a *Situação da Psicanálise*, já anunciou sua decisão de, a partir da escassez de intercâmbio com outras áreas do saber, retomar a proposta freudiana de sustentar a Psicanálise tendo como

horizonte o tensionamento e intercâmbio com outras ciências, tais como filosofia, antropologia, linguística.

Checchia afirma que após a escrita de seu texto sobre *A direção do tratamento* (1958) é possível notar uma frequência consideravelmente menor inclusive no uso da palavra técnica. Vale lembrar que, no início de seu *seminário 7 A Ética da Psicanálise*, aquele que Lacan afirma "tudo servir" já no fim de sua obra, o autor escreve que parte da preocupação com a produção deste Seminário deu-se por entender que muito daquilo que escreveu no artigo sobre a direção foi pouco ou nada compreendido.

É neste mesmo seminário que Lacan, segundo Checchia

> recorre à noção de ética citando autores como Aristóteles, Bentham, Kant, Sade, Sófocles, Shakespeare e outros (...) E por aí vai até o final de sua obra, sempre dialogando com autores e áreas do conhecimento fora do campo psicanalítico, com o intuito, é claro, de enriquecer esse campo. (Checchia, 2015, p. 125).

Lacan é taxativo ao afirmar a importância da quantidade de trabalhadores junto à Psicanálise para que esta possa avançar enquanto Ciência. No entanto, deixa claro também que este crescimento não pode produzir um efeito de definhamento tanto do caráter subversivo da invenção freudiana, quanto daquilo que Lacan chama de experiência que a fundamenta: a clínica e seus destinos. Apontando, ao fim, ser esta a situação da Psicanálise naquele momento, a saber: o definhamento de sua dimensão mais disruptiva em nome de um desenvolvimento parelho à moral da identidade. (Lacan, 1956, p. 496)

4.2.4 Tática, estratégia e política da Psicanálise: uma outra resposta às indagações freudianas

Se o texto de 1958 de Lacan foi tomado como resposta às indagações freudianas quanto ao alcance da Psicanálise às camadas menos abastadas, bem como a postura do analista frente às demandas de análise, o texto de 1956 pode ser assumido como um mapeamento da situação da formação em Psicanálise, a partir das relações expressivamente orientadas por uma hierarquização entre analistas didatas e seus

analisandos, tendo, na ponta desta organização, os efeitos produzidos nas análises conduzidas por ambos os analistas: o didata e o aprendiz.

> mas pode-se prever o modo de relação em que irá repousar um grupo desse tipo: nos efeitos produzidos pela identificação narcísica no casal, ciúme fraterno ou acrimônia conjugal. Na conquista do poder, utilizou-se largamente a Schadenfreude que satisfaz no oprimido a identificação com o Führer. Numa busca de saber, uma certa recusa que se mede no ser, para-além do objeto, é o sentimento que agrega mais fortemente a tropa: esse sentimento é conhecimento, sob uma forma patética; nele se entra em comunhão sem comunicar, e ele se chama ódio. (Lacan, 1956, p. 482)

Em oposição à produção de um exército - para fazer alusao à *Psicologia das massas* (1921a) - que esteja aparelhado e identificado com um mestre didata, Lacan propõe retomar a letra de Freud, buscando uma formação que recoloque em seu eixo a *determinação simbólica* e a multiplicidade de destinos possíveis em cada análise, com a condição que se escute o sujeito, em detrimento a uma organização pautada no *Eu* que detém e decide a quem transmitir *a verdade* do que é ser analista.

Em conformidade com Diana Rabinovich, o presente trabalho se orientará, deste ponto em diante, na aposta que ao sustentar uma escolha pautada no direcionamento ético proposto por Lacan. Tomando como eixo a *direção do tratamento* e sua relação com esta dimensão proposta de *desser* para o analista, ter-se-á no horizonte a possibilidade de sustentar frente às demandas do trabalho em Instituição de Saúde Mental uma *práxis* não reduzida ao mero exercício de poder. (Rabinovich, 2000, p. 9).

De antemão, é importante marcar a maneira como será abordada a noção de desejo do analista estando intimamente ligada à elaboração proposta por Lacan de uma ética própria à Psicanálise. Sendo assim, serão uníssonos tanto o desejo, como a ética do psicanalista. Para tanto, os três conceitos propostos por Lacan em 1958 – tática, estratégia e política - serão tomados como pontos de enodamento para que se possa sustentar o desenvolvimento da aposta que se pode observar no caso clínico que será utilizado ao longo dos desenvolvimentos finais deste trabalho.

Em seu artigo *A situação da Psicanálise e a formação do psicanalista em 1956*, Lacan adverte sobre qual seria o lugar onde se deve buscar alguma explicitação sobre direcionamentos equivocados no que diz respeito ao tratamento analítico. Sustenta que, antes de interpelar os psicanalistas, deve-se questionar sobre as prerrogativas: a saber, *a Situação* da Psicanálise naquele determinado contexto.

Sustenta como ponto capital, o papel fundamental do discurso do sujeito, e da escuta flutuante da parte do analista, sempre que pretender o oferecimento de um espaço analítico; a Psicanálise como único meio possível de sustentar um espaço onde a primazia do significante - o caráter sobredeterminante do inconsciente -, é validado e utilizado como meio de se pensar a alienação, manifestada no sintoma, por exemplo, e seu possível destino a partir de uma escuta que tome e guarde um lugar ao sentido emergente do significante e sua relação com o sujeito do inconsciente.

Com isso, prossegue afirmando a exterioridade do simbólico, na mesma medida em que é aquilo que há de mais íntimo. Culminando, assim no fato de que o homem "desde antes de seu nascimento e para além da morte, está preso na cadeia simbólica." (Lacan, 1956, p. 471)

A metáfora utilizada por Lacan (1956) para afirmar a importância de se tomar a primazia do simbólico como ponto de partida é bastante clara, sobretudo quando aponta para a direção da libertação do gigante da linguagem das correntes apequenadas dos gulliverianos da significação. Prossegue fazendo um convite à abstenção da compreensão no que diz respeito à fala do paciente, e ao evitamento de uma mera reprodução imaginária quanto a forma de se intervir em uma análise.

Quaisquer que sejam as direções oriundas do mais bondoso coração, para retomar a metáfora freudiana, ou da mais plena liberdade de ir e vir, como sustenta a Reforma Psiquiátrica, esbarram neste ponto de indeterminação que Lacan sustenta ao longo de sua Obra.

É a partir daí que podemos articular a diferença existente entre este ponto de indeterminação e o ponto que é assinalado por Lacan como o lugar comum: onde só resvalam as questões e respostas do analista, não se tratando, em última instância de questões realmente importantes para o analisando em questão, a saber, seu discurso e a maneira como este investe libidinalmente as pessoas e coisas ao seu redor.

Lacan afirma que o caminho por esta via da identificação é estéril, seja para a Psicanálise enquanto Ciência, como para quando pensamos a direção do tratamento, podendo culminar naquilo que nomeou "terror conformista". (1956, p. 493)

> é na travessia dessa zona que o raio do desejo se reflete e, ao mesmo tempo, se retrai chegando a nos dar esse efeito tão singular, o mais profundo, que é o efeito do belo no desejo.
>
> (Lacan, 1959/1960, p. 295)

Mesmo Freud foi enfático ao ponderar sobre a impossibilidade de se esperar que todos os pacientes recebidos por um analista se adequem a um tratamento isento de qualquer *Beeijnflussung* (influenciamento), entretanto atenta ao cuidado que o analista deverá ter sempre que transitar neste campo contraindicado como ponto de partida de um tratamento que é o lugar de educador e conselheiro:

> não podemos impedir que recebamos também pacientes que são tão instáveis e incapazes de viver que nesse caso precisamos unir influenciamento [Beeijnflussung] analítico com o educacional, e também na maioria dos outros casos aqui e acolá teremos uma oportunidade em que o médico é obrigado a atuar como educador e conselheiro. Mas isso, a cada vez, precisa ser manuseado com grande cuidado de preservação, e o paciente não deve ser educado para ser semelhante a nós, mas para a libertação e a concretização de sua própria essência.
>
> (Freud, 1919, p. 199)

Neste ponto é interessante resgatar a máxima lacaniana sobre a diferença entre dirigir o tratamento e dirigir o paciente:

> o psicanalista certamente dirige o tratamento. O primeiro princípio desse tratamento, o que lhe é soletrado logo de saída, que ele encontra por toda parte em sua formação, a ponto de ficar por ele impregnado, é o de que não deve de modo algum dirigir o paciente. (Lacan, 1958, p. 592)

É possível, ainda, pensar se tal diferenciação proposta por Freud e Lacan poderia guardar relação com a questão da internação como imperativo junto aos tratamentos dos casos considerados mais complexos nos serviços de Saúde Mental. A reforma psiquiátrica não luta pelo fim da internação - nem mesmo Freud ou Lacan -, quando refletem sobre casos mais complexos. Seja com Freud ou Lacan, como a partir das políticas em Saúde Mental, o que se preconiza é tomar o sujeito no caso a caso, tendo como mote um tratamento onde "o paciente não deve ser educado para ser semelhante a nós, mas para a libertação e a concretização de sua própria essência.". (Freud 1919, p. 199)

Trata-se, para a Psicanálise, de uma aposta política que só poderá ser sustentada a partir do lugar de *falta-a-ser* do analista. Tendo como fim a invenção de um *saber-fazer* com aquilo que o sintoma guarda de singular junto à história do paciente em questão, e não a identificação com a moral e os bons costumes de sua época, tampouco com o mestre-administrador especialista em classificar, diagnosticar e segregar.

Sobre isso, vale o resgate de duas passagens em que Lacan discute o lugar de Creonte enquanto administrador e legislador do acesso ao desejo:

> Creonte vem ilustrar aí uma função que demonstramos quanto à estrutura da ética trágica, que é a da Psicanálise – ele quer o bem. O que, afinal, é o seu papel. O chefe é aquele que conduz a comunidade. Ela está aí para o bem de todos. (...) os santos são administradores do acesso ao desejo, pois, a operação da cristandade sobre o homem é prosseguida em nível coletivo.
>
> (Lacan, 1959/1960, p. 305/p.310)

O retorno à letra de Freud é a aposta central de Lacan neste momento de seu percurso. Sustentando a mesma preocupação de Freud (1919), sobre a Psicanálise não ser orientada em sua prática clínica a partir de um exercício ortopédico de poder.

Basaglia (1985[1991]) sustenta sua crítica à entrada da Psicanálise nas instituições de Saúde Mental por entender que esta não é capaz de produzir outra coisa, que não o exercício de um poder sobre um indivíduo constantemente violentado pela

sociedade e por apostar na ineficácia deste saber oriundo da Ciência inventada por Freud de colocar em questão o funcionamento próprio das Instituições:

> de outra parte, as próprias teorias psicodinâmicas, que tentaram encontrar o sentido do sintoma através da investigação inconsciente, mantiveram o caráter objetal do paciente, mesmo que o tenham feito através de um tipo distinto de objetalização: objetializando-o não mais enquanto corpo, mas enquanto pessoa (...) Se essas "técnicas" houvessem penetrado efetivamente nas organizações hospitalares, se se tivessem submetido ao questionamento e à contestação que lhes oporia a realidade do doente mental, deveriam ter-se transformado, por uma questão de coerência, ampliando seu escopo, até que viessem a abranger todos os atos da vida institucional. Tal coisa teria minado inevitavelmente a estrutura autoritária, coercitiva e hierárquica sobre a qual se apoia a instituição psiquiátrica.
>
> (Basaglia, 1985, p. 105)

Ora, o que Lacan retoma, indo direto a Freud, em termos éticos e em seu desenvolvimento teórico, sobretudo quando aposta em uma orientação estratégica junto à transferência no caso-a-caso, é uma crítica ao fim pretendido por uma certa Psicanálise pós-freudiana - calcada em uma educação ortopédica – objetalização tanto dos corpos, quanto do sujeito - que, esta sim, segundo Lacan está alinhada à crítica de Basaglia, sendo, apenas, capaz de produzir mais e mais alienação àquele que a uma equipe orientada a partir do lugar de mestre, demanda escuta para o seu sofrimento.

A hipótese da presente pesquisa é que, a partir desta crítica ao manejo da transferência e os alicerces onde passam a organizar-se o desenvolvimento teórico-clínico da Psicanálise, Lacan apresenta uma aposta clínica francamente sedimentada naquilo que denomina política da *falta-a-ser*. A partir disso a *práxis* ética subsidia um lugar para a Psicanálise junto às instituições onde há analistas engajados e, por conseguinte, produzindo transformações ainda maiores que aquelas pretendidas a partir de seu processo enquanto prática única e exclusivamente clínica.

Este trabalho conta com a possibilidade de questionar não somente a direção do tratamento, como também a produção de uma ferramenta de análise discursiva, passível de colocar em questão o próprio funcionamento das instituições onde ela pode conquistar um espaço de pertinência clínica. Seja pelos questionamentos oriundos dos próprios analistas, como pela possibilidade de dar voz aos pacientes que acabam por

oferecer importantes apontamentos da situação da equipe, da instituição e dos destinos conferidos aos conflitos internos à equipe.

Neste sentido, investigar de que maneira Lacan sustenta a diferença entre dirigir o tratamento e dirigir o paciente a partir de ordenadores como a tática, estratégia e política da Psicanálise é questão *princeps* para se pensar o funcionamento, bem como a zona de alcance da Psicanálise quando inserida em Instituições.

Sendo assim, a direção do tratamento, segundo Lacan, consiste em enunciar a regra fundamental da Psicanálise, a saber da associação livre e se ocupar, deste momento em diante, com aquilo que diz respeito ao discurso do sujeito e as manifestações oriundas da oferta da escuta flutuante. (Lacan, 1958)

Este é o lugar mesmo que é apontado para uma analista em Saúde Mental, na medida em que pode situar suas intervenções a partir daquilo que não é. Esteja ele no consultório, na rua ou em instituições.

Nesta toada, o primeiro elemento a ser desenvolvido por Lacan, diz respeito à *Tática*, ponto por ele ancorado na liberdade junto às formas e meios de se interpretar, já que no momento em que o analista sustenta o seu lugar, não sendo refém de um ser - isto é, das identificações e cópias fajutas de condutas tomadas por outros analistas -, passa a se sentir mais livre para transitar junto à teoria.

> Intérprete do que me é apresentado em colocações ou atos, decido acerca de meu oráculo e o articulo a meu gosto (...) longe de poder avaliar todo o efeito de minhas palavras, mas justamente advertido e procurando prevenir-me contra isso, ou, dito de outra maneira, sempre livre quanto ao momento, ao número e também à escolha de minhas intervenções, a tal ponto que a regra parece ter sido inteiramente ordenada para *não me atrapalhar em nada* .
>
> (Lacan, 1958, p. 393 – grifo nosso)

É importante destacar a importância que Lacan (1958) aponta ao excesso de julgamento e avaliação acerca das condutas tomadas, dando lugar a uma escuta que se orienta a partir de uma regra que não está ali para limitar o alcance analítico da escuta,

mas sim para ampliar seu escopo a partir da impossibilidade de se dizer qualquer coisa sobre o analisando.

Neste sentido, sublinha a importância de se sustentar intervenções, sempre tendo na transferência, seu ordenador lógico, ponto em que define a noção de *Estratégia*. Para situar as complicações oriundas de um posicionamento equivocado no que diz respeito ao lugar conferido transferencialmente na situação analítica, Lacan utiliza da metáfora de uma partida de cartas, posto ser impossível o analista antever, raciocinar e compreender quaisquer que sejam os lugares conferidos pelo analisando a ele em sua fantasia, sem que este jogue o seu jogo, dizendo, nesta medida, de sua posição subjetiva no baralho de sua estruturação.

Ao contrário, ao dar um passo atrás, o analista tem a possibilidade de trazer para a situação analítica aquele que Lacan situou como o 4º jogador, que viabilizará que o analista possa se situar e apreender a maneira como o analisando em questão sustenta e investe seu baralho pulsional. Assim, vislumbra a construção de um saber que orientará os passos dados por ambos, o analista e o analisando, no trânsito do tratamento, a partir deste direcionamento *Estratégico* que deve ser sustentado por um analista que, acima de tudo, deve ocupar o lugar de morto.

Por fim, o que rege tanto a *Tática*, como a *Estratégia* é a *Política* da Psicanálise, ponto no qual o autor situa a exigência de um posicionamento do analista que diga mais de "sua *falta-a-ser* do que de seu ser" (Lacan, 1958, p. 596). Lacan justifica tal posicionamento a fim de garantir que o analista não acabe por ocupar o lugar de um mero conselheiro, ou pior, um ortopedista que, a partir de seu ser, de seu saber apreendido em livros, ou na vasta gama de atendimentos que já realizou, pretenda-se saber o que dizer sobre o paciente que o procura, sem escutá-lo.

Estabelecida a relação entre os três textos até então cabais para a presente pesquisa, *Caminhos para terapia psicanalítica* (Freud, 1919), *A situação da Psicanálise em 1956* (Lacan, 1956) e *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (Lacan, 1958), localizamos uma clara tentativa tanto de Freud como de Lacan de não fazer da Psicanálise um aglomerado de regras que teriam como fim sua moralização e por conseguinte, a esterilização do processo empreendido por analistas, tanto dentro de instituições, como na condução do tratamento.

Subscrevemos o presente posicionamento, assim como assinalamos que deste ponto em diante buscaremos tensionar os meios teóricos oferecidos por Freud e Lacan ao longo destes textos, com o trabalho do analista em Saúde Mental e as críticas realizadas por Franco Basaglia (1985), tendo os ordenadores trabalhados neste capítulo (tática, estratégia e política) somados ao desenvolvimento proposto em 1959/1960, ao longo do *Seminário 7 - A Ética da Psicanálise,* seu ponto primordial de apoio.

5. POLÍTICAS DA SAÚDE MENTAL E A POLÍTICA DA *FALTA A SER: O DIRECIONAMENTO DE UM PACIENTE POSTO EM QUESTÃO*

A fim de dar sequência à pesquisa, cabe agora a apresentação de alguns fragmentos clínicos que têm por intento discutir e refletir sobre o lugar do analista e sua ética junto às instituições de Saúde Mental. Para tanto, serão utilizadas referências bibliográficas brasileiras que, desde a aprovação da Lei nº 10.216, tiveram por objetivo abordar a função do analista, bem como os impasses encontrados neste trabalho. Somam-se a estes os trabalhos apresentados por Di Ciaccia (2005) e Viganò (2010), que serão utilizados também como paradigmas de trabalho junto à Saúde Mental, na Bélgica e na Itália.

O intuito é demonstrar possíveis aproximações com os escritos e pesquisas já realizadas, bem como aprofundar a discussão proposta ao longo da presente pesquisa junto aos operadores por Lacan propostos, a saber, *Tática, Estratégia e Política.*

5.1 *das Ding*, *Wunsch* e a direção do tratamento: de onde parte o saber, não se almeja o impossível

A Ética da Psicanálise aparece ao longo do recenseamento realizado junto à bibliografia consultada como Lacan mesmo anunciou, sendo aquela que fomenta a *práxis* da teoria psicanalítica (1956;1958;1959/1960) e apontada como ponto nevrálgico para se dar sustento à prática clínica do psicanalista dentro das Instituições de Saúde Mental.

O que desde já interessa situar, a partir do percurso realizado na presente pesquisa, é o lugar de relevo que Lacan sugere para a compreensão e desenvolvimento da Ética da Psicanálise junto ao escrito central utilizado até este momento, a saber *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1958).

É importante , antes de mais nada, situar o desenvolvimento que Lacan dá ao seu Seminário, partindo da questão do que a Psicanálise poderia assumir de posicionamento quando questionada sobre o que definiria o humano, a saber, ser aquele que "não poderia ser definido de outra maneira senão por aquela com a qual defini, há pouco, a Coisa, ou seja, o que do real padece do significante", tal aproximação se justifica, segundo Lacan, por ser ao redor d'A Coisa – *das Ding* – que todas as representações que dizem do sujeito, que o orientam e o encaminham, partiriam. Em último caso, nos diz Lacan, tudo isso está em referência ao "mundo de seus desejos". (1959/1960, p. 152)

É a partir e em torno deste objeto, perdido desde o princípio, que as *Vorstellungen* estariam girando, em busca de um reencontro que, na melhor das hipóteses, terá como produto a saudade (Lacan, 1959/1960). Mais adiante, Lacan afirma ainda que ao situarmos suas coordenadas, organizamos também o mundo e a realidade. No entanto, insiste que "a Coisa só se apresenta a nós na medida em que ela acerta a palavra, como se diz acertar na mosca". (1959/1960, p. 71)

É só a partir desta orientação que se pode sustentar a aposta que Lacan mesmo aponta, de que naquilo que é experienciado em uma análise há algo de um encontro com uma "liberdade libertadora", o autor escreve que

> a verdade que procuramos numa experiência concreta não é a de uma lei superior. Se a verdade que procuramos é uma verdade libertadora, trata-se de uma verdade que vamos procurar num ponto de sonegação de nosso sujeito. É uma verdade particular.
>
> (Lacan, 1959/1960, p. 30)

É no *Wunsch* freudiano que Lacan encontrará o esteio para sustentar esta particularidade sonegada pelo sujeito. Há, em comum, o desejo, que Lacan afirma ainda ser aquilo que se encontra "no princípio de um comportamento desatinado ou atípico".

Posto isso, não cabe, enquanto analista, toma-lo como uma Lei Universal que explique o conteúdo de verdade do particular, mas sim como uma Lei do desejo, que, naquilo que há de Universal, põe em relevo justamente a impossibilidade de que *uma* verdade possa ser oferecida como solução para o desarvoramento inerente ao *Wunsch*. Neste sentido, trata-se de uma Lei que permite e sustenta a verdade singular de cada um, sempre que um analista se oferece à escuta, deste sujeito que supões nele um saber sobre seu sofrimento, inclusive nos corredores das instituições onde se um analista se oferece ao ofício da escuta. (Lacan, 1959/1960, pp. 30-31)

Algumas páginas à frente o autor questiona se seria apenas esta a descoberta e a função de uma aposta no atravessamento de *das Ding* e seu desarvorado *Wunsch*, ao que responde *"*De uma certa maneira, sim, é assim, simples." (Lacan, 1959/1960, p. 35) e em algumas páginas à frente indica que "O que há em das Ding é o verdadeiro segredo" (Lacan,1959/1960, p. 60).

Com isso, Lacan define a constituição subjetiva do homem como uma dimensão inapreensível por natureza, estando no centro do psiquismo humano e ao mesmo tempo às voltas deste. É neste momento que Lacan situa *das Ding* como algo que, dada sua centralidade, comporta também a posição de exclusão, algo alheio ao sujeito, mas que faz parte daquilo que há de mais íntimo nele:

> trata-se para nós não apenas de aproximar *das Ding*, mas seus efeitos, sua própria presença no âmago da tramoia humana, ou seja, de se ir vivendo no meio da floresta dos desejos, e dos compromissos que os tais desejos estabelecem com uma certa realidade, seguramente não tão confusa quanto se pode imaginar.
>
> (Lacan, 1959/1960, p. 29)

Lacan parte do pressuposto freudiano, desta *das Ding* com a qual se resvala ao longo da vida em saudade, para dizer que Freud mesmo poderia ter afirmado em *Mal-Estar na Civilização* (1930) que, no que tange à felicidade "não há absolutamente nada preparado, nem no macrocosmo nem no microcosmo". (Lacan,1959/1960, p. 25).

Na sequência do *Seminário 7*, a discussão da ética em Aristóteles ganha relevo, culminando por fim na afirmação de que seu intuito ao resgatar o desenvolvimento teórico proposto por Aristóteles era

> fazer-lhes sentir a que ponto abordamos as coisas num nível diferente, quando estamos longe de toda e qualquer formulação de uma disciplina da felicidade. Não há nada parecido na análise, observem bem. Pretendemos, por vias que para alguém saindo do colégio pareceriam surpreendentes, permitir ao sujeito situar-se numa posição tal que as coisas, misteriosa e quase miraculosamente, aconteçam para ele de uma boa maneira, que ele as aborde pelo lado certo.
>
> (Lacan, 1959/1960, p. 343)

Estas são, segundo Lacan, algumas das consequências clínicas do desenvolvimento teórico freudiano, elencadas sob a égide de uma ética da Psicanálise deixadas de lado pelos pós-freudianos, quando estes abdicaram de sustentar uma escuta que tivesse – na relação com o inconsciente – sua orientação, tal qual fora trabalhado por Freud.

Na sequência discutiremos de que maneira alguns autores trataram desta questão na intersecção entre Psicanálise e Saúde Mental, para então pensar este ponto de tensão entre uma ética que se orienta em torno desta pretensão de uma Saúde Mental livre de percalços – parafraseando Lacan, uma Saúde Mental que alcança sua plenitude genital desenvolvimentista com o advento da abertura dos manicômios[7] - e esta outra, a da Psicanálise que têm, na sua própria *práxis*, no uso estratégico da transferência, e a

[7] Como Basaglia (1985) mesmo chamou à atenção ao fato de que, no momento em que os autores da luta Antimanicomial sentassem atrás de suas mesas, supondo terem esgotado suas possibilidades, seria o momento mesmo em que a luta Antimanicomial fracassaria, em suas palavras "No decorrer das etapas posteriores a definição de *comunidade terapêutica* revelou-se ambígua em relação à nossa instituição, pois podia (e ainda pode) ser compreendida como proposta de um modelo acabado (o momento positivo de uma negação, propondo-se como definitivo) que, conforme é aceito e incorporado ao sistema, vai perdendo sua função contestadora. Seja como for, à medida que fomos vencendo, passo a passo, as diversas fases de nosso distúrbio institucional, foi-se tornando mais clara a necessidade de um contínuo *rompimento* das linhas de ação que, exatamente por estarem inseridas no sistema, deviam ser, uma a uma, negadas e destruídas" (1985, p. 112)

possível resistência ao tratamento, duas aliadas para seguir operando desde uma ética orientada a partir da política da *falta-a-ser*. Para tanto, nos utilizaremos de fragmentos clínicos do trabalho realizado em um hospital dia de São Paulo.

5.2 Ética da Psicanálise e Saúde Mental: interrogando o desejo, apesar dA Saúde Mental que não existe

Segundo Costa e Poli (2010), é somente a partir deste norte ético, orientado a partir do desejo do sujeito, que se pode oferecer uma escuta passível de sustentar o saber singular oriundo de um manejo outro junto ao sintoma, que não seu silenciamento, seja por vias medicamentosas como por um ideal de reinserção social.

Sobre o desejo do sujeito como norte clínico, Rinaldi (1997) relembra que Lacan, ao situar a questão *princeps* de um trabalho realizado por um psicanalista, indica uma direção de tratamento que tenha como produto no sujeito a possibilidade de, em algum momento, colocar em questão a quantas anda o desejo que o habita.

A partir disso, ainda segundo a autora, passa a ser possível articular clinicamente *desejo e ação*, implicando o sujeito em seu processo de adoecimento, bem como nos possíveis destinos outros a serem sustentados a partir da possibilidade de fala.

A proposta para uma clínica em instituições de Saúde Mental, não traz a possibilidade de uma cartilha, uma vez que para cada sintoma há uma história que engendra a escolha deste, por conseguinte, uma direção possível de tratamento, a ser construída em parceria com o sujeito. Neste sentido, Rinaldi traz uma definição bastante interessante de como o analista inserido em instituições de saúde pode se posicionar a partir da ética da Psicanálise "seguir o estilo do sujeito, acompanhando-o em seu trabalho subjetivo, valorizando a sua fala, os seus sintomas, é a proposta clínica para as novas Instituições de Saúde Mental.". (2015, p. 317)

Rinaldi (2015) alerta ainda sobre os riscos oriundos das políticas reabilitadoras que por desconhecimento, ou ideologia, optam por excluir a clínica do sujeito, trabalhando num regime de superposição em que ou trabalha-se a partir da reinserção, ou de uma clínica pautada no singular.

Sobre o ponto levantado por Rinaldi, acerca da reinserção social enquanto norte político de tratamento, desacompanhada de uma perspectiva que leve em conta a posição subjetiva do sujeito e o percurso de construção de um saber acerca de sua doença, Kyrillos atenta ao fato de tal posicionamento ser, em última instância, uma "volta compulsiva e imprudente ao círculo produtivo" volta esta passível de produzir danos ainda maiores, se não aliados à uma clínica que garanta um lugar de fala para o sujeito. (2003, p. 80)

Outro autor que discute esta questão é Luciano Elia (2012) em artigo onde trabalha a relação entre o autismo e a segregação, segundo o autor, a comunhão entre o saber cientificista e o capitalismo produz uma

> segregação travestida, como convém, da mais cínica aventura repleta de proezas no desenvolvimento de "competências sociais", inclusão, benefícios sociais junto às políticas públicas de assistência (bolsas, auxílios, ganhos sociais os mais diversos, garantias de direitos) que não apenas mantêm intacta a posição do sujeito – como um não-sujeito, um objeto que se crê ativo e ativado pelo pragmatismo das conquistas no espaço de suas relações na pólis – como engendram incessante e performaticamente essa posição de objeto de manipulação social e política. (Elia 2012, p. 62)

Embora o autor trabalhe questões relacionadas ao autismo, podemos identificar este manejo cínico de produção de um objeto manipulável, na medida em que se criam bases que justifiquem uma inclusão que se pretenda calar o sujeito. Uma inclusão adaptada, vigiada e cerceada em sua potência ali onde a possibilidade de se produzir um *saber-fazer* com o sintoma, dá lugar a uma movimento de inclusão social que vela, em seu cerne, um não querer saber do que o sujeito tem a oferecer, já que este parece nada contribuir ao que realmente interessa, a saber, a produção e consumo de bens.

Apenas à guisa de trazer uma situação da lida, tem-se nas feiras de economia solidária (ECOSOL), realizadas em São Paulo, um movimento bastante questionável, já que estas são realizadas em ambientes fechados, frequentados quase que exclusivamente por trabalhadores, familiares e *loucos* tratados em CAPS, CECCO e equipamentos outros – exclusivamente da Saúde Mental.

Em um desses eventos, havia a possibilidade dos trabalhadores as Oficinas atuarem diretamente com os clientes, servindo pães, cafés e lanches. Quando atravessados por um questionamento quanto à possibilidade destes circularem servindo, com bandejas e afins, o autor da pergunta recebeu como resposta: "mas eles conseguem? Acho melhor eles cuidarem apenas da produção. Eles não vão se organizar pra isso. A não ser que você se responsabilize."

À ocasião, inclusive, quem propôs foi um paciente que trabalhava em uma Oficina de Trabalho, coordenada por mim, chamada *Barcassa.* Cheguei na sequência e ouvi o fim da conversa. As coordenaras deste CAPS questionaram o paciente em se eu poderia escutar. Ao que ele mesmo responde eu era o coordenador da Oficina. Demos algumas risadas, e, na sequência nos oferecemos (eu e parte da equipe d'A Casa) para coordenar e auxiliar estes pacientes.

O evento, apenas para contar do desfecho, fora um sucesso importante. Deste dia em diante, passamos – todos os equipamentos desta região – a buscar eventos mais complexos, dada a possibilidade de articular uma presença menos coadjuvante para os membros das Oficinas.

Isso pode indicar exatamente este movimento de inclusão que mantém "intacta a posição de sujeito – como não sujeito", como aponta bem Elia. Cercado por grades de parques, sem qualquer investimento público na divulgação, mantêm-se a loucura à margem de espaços importantes, tais como a Paulista aberta, feiras em Universidades, entre outros.

Outro ponto importante acerca do rigor ético necessário para o sustento de uma clínica que vise o singular, presente nas pesquisas, versa sobre a importância de uma escuta que não se empobreça na aridez oriunda de uma simples reprodução de uma prática sustentada no interior dos consultórios. (Rinaldi, 1999)

Mais uma vez, Elia (2012) nos convoca a pensar sobre o silenciamento de importantes autores que, nas últimas décadas, já não discutem mais epistemologia, indicando haver um possível amordaçamento de pesquisadores que de alguma maneira poderiam questionar os rumos da Ciência e sua relação com a Saúde Mental. Especialmente, no que diz respeito às pesquisas que propõe serviços orientados tendo em seu norte ações de cunho policialesco, adaptativo e higienista, em última instância

orientam suas práticas de pesquisa servindo de subsidio para ações violentas, como já indicara Basaglia em (1985[1991]) o papel dessas especialidades.[8]

Sobre isso, Elia escreve, ainda, que

> o silêncio dos epistemólogos e a ausência de qualquer debate epistemológico mais aquecido, desde os anos 1970, são um índice preocupante de que a ciência anda fazendo o que bem entende, sem o exercício crítico de uma vigilância epistemológica que é indispensável à sua saúde. (...) O brasileiro Carlos Henrique Escobrar, nascido em São Paulo em 1933, nada publica sobre crítica da ciência desde os anos 1980, Slavoy Zizek, Alain Badiou, Buthcer e outros pensadores têm uma obra evidentemente importante, mas não se ocupam exatamente da crítica epistemológica da ciência, mantendo-se antes no eixo de uma filosofia política. Ao que parece, o poderio do casamento ciência-capitalismo tem mantido muita gente boa de bico calado.
>
> (Elia, 2012, p. 61)

A opção por esta citação longa de Elia neste momento, mesmo não tratando diretamente de questões relacionadas à ética e clínica psicanalítica em Saúde Mental, se dá por entendermos que o movimento que Lacan (1956; 1958; 1959/1960) aponta ser fundamental para que a Psicanálise se mantenha viva, sem perder seu caráter disruptivo, está intimamente ligado ao retorno às bases epistemológicas criadas por Freud (1985; 1915) para se pensar a clínica e sua produção teórica.

Sem este movimento, estamos fadados à simples reprodução da técnica que, na outra ponta, isto é, na clínica que realizamos em nosso dia a dia, culminaria, como bem apontou Lacan (1958), em um violento exercício de poder, tal qual ações como internação involuntária; interdição; cerceamento de direitos sem, sequer, escutar o sujeito alvo de tais ações. É preciso lembrar sempre do lugar que a fala ocupa na relação

---

[8] Em trabalho realizado em 2012 identificamos indícios bastante preocupantes quanto aos objetivos finais da operação realizada em 2009 pela Prefeitura e Governo de São Paulo, na medida em que esta não contou com nenhum agente de saúde. Apenas a PM e Guarda Metropolitana participaram do ataque àqueles que circulavam na região conhecida como *Cracolândia. Segundo o estudo "*Os resultados divulgados, e que são "comemorados" pelos órgãos públicos, até mesmo no site da Polícia Militar, são de ordem sanitária e estética, onde se pode ver, destaque aos números relativos à quantidade de lixo retirado. Toda esta limpeza urbana foi amparada por uma força repressiva, policialesca que, mesmo que de forma velada, hasteou uma bandeira de guerra às drogas, acima de tudo combate aos usuários e moradores da região da *Cracolândia*." (Silveira et al, 2012 – *no prelo)*

do sujeito com seu sofrimento, neste sentido, uma escuta irresponsável pode vir a produzir danos sérios àquele a quem confiou a alguém sua fala.

Sobre esta relação com a teoria, Marco Antonio Coutinho Jorge (2017) atenta para a rigidez que tal tentativa causou ao longo do desenvolvimento da técnica psicanalítica pelos pós-freudianos, no que tange a fixidez do *setting*, do tempo das sessões, atravessando até mesmo as vestimentas e disposição da mobília.

Retornando ao texto sobre *a Direção do tratamento*, verifica-se que Lacan (1958) é claro ao afirmar que enquanto a regra se fizer presente de maneira superegóica, o analista ficará preso à uma clínica que tem como único destino, o da identificação com o analista. Contrário a isso, Lacan afirma – no que tange o a relação entre o analista e sua tática de interpretação - a necessidade de ser "livre quanto ao momento, ao número e também à escolha" de suas intervenções, culminando no lugar donde a regra é posta não para atrapalhar, mas para viabilizar a emergência de um material único e singular (Lacan, 1958, p. 594).

O que só é possível se produzirmos uma recentralização da dimensão dialética da clínica, a fim de "presentificar para nós que a meta (de um tratamento) aparece indefinidamente recuada". (Lacan, 1959/1960, p. 342)

Neste sentido, o lugar que cabe ao psicanalista em qualquer que seja o campo de atuação, é o lugar de *objeto a*[9]. Antonio Quinet, em seu livro todo dedicado ao trabalho do analista, escreve que "o processo de análise pretende levar o sujeito a saber que esse Outro tampouco detém o objeto que lhe escapa, pois o Outro é furado.". (Quinet, 2012, p. 83)

Sendo assim, no momento em que o analista responde imaginariamente desde o lugar de um outro qualquer que não aquele atravessado pela ética da Psicanálise,

[9] Embora tenhamos em conta a importância deste conceito ao longo da obra de Lacan para o presente trabalho, fizemos a opção de não o discutir por uma questão de tempo e pertinência junto aos textos escolhidos para a presente pesquisa. Para os que decidirem percorrer estes caminhos, indicamos a leitura dos livros *As quatro mais uma condições de análise (1991; Um olhar a mais – ver e ser visto na Psicanálise (2002); A estranheza da Psicanálise A escola de Lacan e seus analistas (2009)* e *Os outros em Lacan (2012)* todos escritos por Antônio Quinet e publicados pela Editora Zahar. Ademais, indicamos os trabalhos mais atuais de Dominique Fingermann - *A deformação do psicanalista* (2016), publicado pela editora Escuta e Ricardo Goldenberg - *Desler Lacan* (2018), publicado pela editora Langage que, de uma maneira bastante crítica, discutem os desenvolvimentos e usos deste conceito criado por Lacan na clínica e em Escolas de psicanálise.

estrategicamente situado desde a transferência, ele tampona a possibilidade de o sujeito assumir um lugar outro na relação transferencial.

O que fica claro nas palavras de Quinet quando este diferencia a falta-a-ter, da falta-a-ser, é o fato de que sempre que o analista se retira deste lugar de *ser*, aponta àquele que demanda sua escuta que este lugar de complementariedade falta desde a origem, nas palavras do autor "Falta-a-ser esse objeto que complementaria o Outro, falta-a-ser esse objeto que o Outro gostaria que eu fosse.". (Quinet, 2012, p. 84)

Já em Freud, dando sequência às indagações clínicas sobre como e quanto seria possível incluir algum tipo de sugestão mais assertiva em um processo analítico, sem que se perca de vista a dimensão irredutível do desejo, é possível, a partir de um recorte clínico por ele trazido, verificar a indicação de um posicionamento orientado desde a transferência, que pode ser operacionalizado a partir de táticas distintas de um mesmo posicionamento ético definido por Lacan enquanto falta-a-ser:

> tomem o exemplo de um agoráfobo; há duas classes deles, uma mais leve e outra mais severa. É verdade que os primeiros sempre terão de sofrer com o medo [Angst] toda vez que andarem sozinhos na rua, mas nem por isso abdicaram de andar sozinhos; os outros se protegem do medo, abdicando de andar sozinhos. Com esses últimos, só teremos sucesso se pudermos motivá-los, por influência da análise, a se comportar como os fóbicos de primeiro grau, portanto a ir para a rua e lutar contra o medo durante essa tentativa. (Freud, 1919, p. 200)

Freud indica neste fragmento que, a partir da relação singular que o sujeito estabelece com o sintoma, neste caso a agorafobia, tem-se diferentes manejos. Inclusive, a título de provocação vale perguntar se Freud não se oferecia neste segundo caso, mais grave, a um passeio com este paciente, como fez no início de seu percurso junto às histéricas, indicando mais uma evidência de que ele fora o primeiro AT da história da psicanálise.

Para finalizar, é importante reafirmar a escolha do caminho percorrido até aqui.

O retorno aos textos que situam e produzem questões quanto aos usos e desusos da técnica, escritos por Lacan, dá-se não para busca de uma padronização, mas

sim a fim de flexionar de que maneira se responde aos impasses advindos da clínica, mesmo em Freud, já que

> com Lacan, varre-se a padronização – o setting analítico é rompido para que o analista possa manejar a sessão de acordo com a única regra imposta ao analisante: a associação livre.
>
> (Quinet, 2012, p. 35)

Com isso, aposta-se na escuta e no trabalho em Saúde Mental a partir da ética da Psicanálise - produtora lógica deste *passo atrás* frente a qualquer *a priori.* Torna-se então possível colocar em questão os riscos de políticas que, sem incluir *o louco* e sua singular maneira de situar-se no laço sócia - interrogando o funcionamento próprio da maneira como lidamos com o outro, e não questionando ou almejando que o *louco* se adapte sem questionamentos ao funcionamento neurocêntrico - acabam por replicar de maneira sub-reptícia a exclusão deste da potência oriunda na inclusão da dimensão significante no processo de tratamento. Isto é, da possibilidade de criação e invenção de um destino outro, levando em conta a singularidade da relação estabelecida entre sujeito e o Outro, por conseguinte, a sociedade.

Neste sentido, é questão *princeps* que se assuma, com Freud, uma direção orientada pela Psicanálise, sob a égide de sua epistemologia que tem em seu alicerce o inconsciente. Sob o auspício de seguir o movimento de inclusão dos sujeitos tratados nos equipamentos de Saúde Mental ao custo de ações violentas que têm como intento silenciar o desejo que não cabe na maneira como está organizada a sociedade.

Para finalizar este capítulo, conclui-se que é através da pesquisa e trabalho em campo - em seus rigores teóricos e ousadias políticas - que se abrem possibilidades de pensar a *clínica* "também como uma proposta política, em um processo que pretende reconstruir as formas de assistência pública à Saúde Mental a partir de outros paradigmas.". (Rinaldi, 2015, p. 318)

6. A LEI, O CORO E A LOUCA: TÁTICA, ESTRATÉGIA E POLÍTICA EM UMA TRAGÉDIA CLÍNICA

No intuito de discutir os destinos possíveis de um tratamento no contexto de uma instituição de Saúde Mental, trabalharemos deste ponto em diante a partir de um caso clínico e os efeitos oriundos do questionamento que a escuta da resistência da equipe frente ao caso produziram nos discursos estabelecidos no interior da instituição e sua relação com a moral, em oposição à ética da Psicanálise.

Nesta medida, o caso clínico é utilizado como paradigma para se pensar o trabalho do analista em Saúde Mental, posto em tensão ao uso clínico de preceitos e conceitos de Freud e Lacan, tais como: resistência; associação livre; atenção flutuante; desejo de analista; ética da Psicanálise; sofrimento psíquico, *Wunsch* e *das Ding*, apenas para citar alguns.

Antes, será realizada uma breve caracterização da instituição.

6.1 Considerações sobre a Instituição

O Instituto A Casa, fundado em 1979, nasce da necessidade de se criar um espaço de tratamento que fugisse à lógica manicomial, onde a expressão da loucura pudesse ser acompanhada de algum tipo de validação enquanto produção de saber. (Ferrari, 2012)

No hospital-dia do Instituto, tem-se como foco o tratamento de psicoses e neuroses em que o sofrimento exige um cuidado mais extenso que o setting analítico e a terapia ocupacional em consultório privado. Os grupos são tomados enquanto dispositivos terapêuticos, a Psicanálise enquanto compreensão da subjetividade. Posto

isso, tem-se na transferência a aposta no mapeamento de como o sujeito se localiza subjetivamente, ordenando, assim, a direção do tratamento. (Ferrari, 2012)

Os grupos são divididos em três tipos: (1) os grupos abertos que partem de uma atividade específica, como culinária ou teatro; (2) os grupos fechados que dizem respeito à psicoterapia e terapia ocupacional, grupos estes coordenados por uma equipe de referência para um dado número de pacientes; (3) as oficinas de trabalho, que se diferenciam por ter um tipo de encaminhamento diferente em que o fazer é tomado como forma passível de geração de renda, trata-se de um espaço onde os pacientes podem vivenciar a experiência do trabalho e tudo o que advém dele, a saber, o compromisso com o horário, com a equipe, compras, elaboração e produção da atividade.

Destaca-se aqui a importância dada à construção deste saber compartilhado para o sustento desta aposta clínica, tendo em vista a utilização de grupos como forma de ampliar o leque de abordagens possíveis junto a pacientes que, por vezes, são atravessados por sofrimentos que os impedem de falar e/ou fazer. Sendo assim, é parte do trabalho lidar, diariamente, com o encontro entre diferentes técnicas e metodologias.

Daí advém parte desafiadora do trabalho em equipe, a saber, o sustento de um trânsito discursivo a fim de expandir as possibilidades interventivas, bem como a construção do caso clínico, sem que se percam suas especificidades, tampouco que se espere um saber totalizante acerca do caso.

Em última instância objetiva-se um olhar construído a muitos olhares acerca do sujeito em sofrimento, articulando e ampliando saberes, por meio, fundamentalmente, de reuniões clínicas com todo o corpo clínico

> pensar no caleidoscópio ou no mosaico, e sua relação com a equipe multiprofissional indica por um lado, a fragmentação das disciplinas que compõe as diversas profissões que atuam no campo da saúde, por outro os diversos saberes que se conjugam para formar um novo conhecimento, uma nova ação, um novo fazer.
>
> (Gelbcke, 2012, p. 32)

Estes dispositivos grupais nos quais se tem um importante investimento institucional, tanto pela equipe, quanto pela direção da Instituição, são análogos a uma das três estratégias e dispositivos, apontadas por Figueiredo, "que operam a partir da Psicanálise e dão suporte às práticas institucionais". (2012, p. 126)

Segundo a autora a grande questão que envolve tais grupos, discutida com frequência pelos coordenadores, é de se pensar de que maneira é possível conduzir estes grupos sem cair nos efeitos de uma certa identificação que acabaria por cristalizar os papeis no interior do grupo, fazendo do coordenador um líder inquestionável em seu saber.

> O trabalho com grupos na orientação da Psicanálise deve abrir possibilidades de produzir efeitos singulares de sujeito quebrando qualquer tendência ao fazer um com o todo, o caminho é o do não todo.
>
> (Figueiredo, 2012, p.130)

Nos mais de 30 anos de Instituição a questão da *"cola de grupo"* aparece com alguma frequência, frente a isso, na tentativa de realizar este movimento de relançamento de perguntas e afirmações que podem vir a produzir líderes intocáveis, tem-se apostado tanto em supervisões realizadas no interior da Instituição, com analistas com "mais tempo de casa*",* como na abertura para que equipes possam buscar seus supervisores, nesta medida, é fundamental, para que o grupo mantenha algum horizonte de invenção

> relançar os significantes que emergem e tecem um saber (S2) parcial, contingente, que pode produzir efeitos de sujeito e viradas a partir do que se pode cernir das falas de cada um. O maior desafio é dirigir o manejo do grupo para ali extrair o universal que há de singular no sintoma. (Figueiredo, 2012, p.130)

Quanto ao dia a dia no Instituto A Casa, pode-se afirmar que é permeado por encontros que favorecem a construção de laços afetivos, o que propicia um lugar existencial possível para sujeitos marcados pela segregação, por vezes, desde a infância. Egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos fechados.

Este lugar vai sendo mapeado no próprio meio institucional que é construído coletivamente, podendo se estender ao âmbito familiar. Neste sentido, Yves Clot, de maneira concisa aponta a direção da aposta que é sustentada a partir desta permeabilidade de encontros dentro desta Instituição

> longe de ser um consentimento à norma, ela é construção, no comum, de um mundo em que o sujeito pode viver a experiência do real naquilo que ele tem de desconhecido e inesperado. No acontecimento, ele reencontra, graças à instituição, o poder de agir sobre seu meio, contra a instituição e além da instituição. (Clot, 2013, p. 201)

Um interessante exemplo deste movimento de agir "contra a instituição e além da instituição" se deu ao longo do processo de uma paciente que, sempre de maneira muito subserviente, aceitava todos pedidos do grupo, dos coordenadores e dos membros do *Barcassa*, Oficina responsável pelo bar no Instituto. Após algum tempo, ao trabalhar, na transferência com esta paciente, situando de maneira tática a posição subjetiva ocupada na relação com mãe, a partir de provocações e chistes táticos que, de alguma forma, interrogaram-na desde o lugar onde esta se localiza em relação ao Outro, pode-se notar um reposicionamento em sua relação com a instituição, sua mãe e alguns colegas do trabalho na Oficina.

Em um dia que contávamos com poucos terapeutas, resolvemos aglutinar as Oficinas próximo à Oficina de Marcenaria, ao que, pela primeira vez em anos de tratamento, a ouvimos dizer "não", ao que seguiu "já que não teremos a Oficina do Bar, vou descansar em casa". A princípio, parte da equipe ficou apreensiva. Supondo que algo pudesse ter acontecido com ela fora da instituição.

Neste movimento, tem-se a posição de dizer da importância de ela ficar a manhã toda no hospital dia, já que este era o horário contratado com ela, sua mãe e o convênio. Entretanto, parte da equipe, mais próxima da paciente disse do quão interessante seria ela poder dizer não, dizer que queria descansar, dizer que *ia* descansar. Deste ponto em diante, verificamos uma mudança radical em sua relação com todos. Assumindo posicionamentos, dizendo do lugar onde gostaria de trabalhar nas feiras e festas (alguns exemplos destes lugares são o caixa, bar, servir bebidas, produzir lanches), o que, à

equipe e à própria paciente, indicava algum avanço naquilo que ela chamava de "poder enfrentar minha mãe e comprar os mimos que quero para minhas filhas."

Seguindo, ainda sobre o funcionamento da instituição, o paciente, ao chegar ao HD, é acolhido pela equipe e é inserido nos grupos terapêuticos e atividades em geral. O contrato inicial é feito para que a pessoa entre, o quanto antes, em um grupo de psicoterapia e terapia ocupacional. Em seguida, é pensado, juntamente com o paciente e seus familiares, um projeto clínico que define os horários e grupos que irá participar.

Há também momentos para conversas individuais com os terapeutas, conversas estas importantes em situações em que o paciente tem dificuldade de tratar certas questões em espaço grupal. Nesse *setting* mais reservado, o terapeuta – caso seja do interesse do paciente – pode funcionar como facilitador de uma aproximação menos ansiógena, não operando desde o lugar de quem simplesmente acalma o ambiente ou o paciente, mas sim o ajudando a entender quais as funções do grupo, suas regras, seus limites e os possíveis atravessamentos de questões que dizem do processo de adoecimento do paciente e seu receio em integrar um grupo.

Atualmente o hospital dia atende cerca de cem pacientes. Conta com cinco equipes interdisciplinares, desta forma, cada paciente possui uma equipe de referência, contendo, necessariamente: psicanalista e/ou psicólogo; psiquiatra e terapeuta ocupacional.

Após a apresentação do caso clínico, seu desenvolvimento e os entraves transferenciais encontrados, trabalharemos de maneira mais detida junto às questões do trabalho realizado em equipe e a importância das reuniões clínicas para a construção de um pensamento clínico junto ao referido caso. Para tanto, serão trabalhados dois autores já mencionados neste capítulo que produziram importantes dispositivos para o trabalho em instituições, são eles Di Ciaccia (2005), na Bélgica e Viganò (2010), na Itália.

6.2 O Caso Eurídice e o encontro com sua anomalia

Trata-se do caso Eurídice[10] , uma mulher que morava com os pais e seu filho - fruto de um primeiro casamento bastante conturbado -, encaminhada para tratamento em

[10] Por razões éticas, o nome da paciente, assim como alguns dados de sua história foram omitidos e/ou alterados, a fim de garantir o sigilo.

regime de hospital dia. Seu encaminhamento se deu após uma série de tentativas frustradas da família de tratamentos nos mais diversos moldes. Sobre isso, tanto a paciente quanto seus familiares contam que frequentam "psis" desde os 4 anos de idade de Eurídice.

Ao longo das sessões de psicoterapia em grupo temos notícias de um lugar ocupado pela paciente na dinâmica familiar por ela chamado de "descrédito". Falas como: "*Nunca ninguém acreditou em mim"; "Meu tio que morava comigo estava doente, eu estava com o carro na garagem, mas não podia sair para levá-lo ao médico, porque ninguém confia em mim, tive que esperar minha irmã chegar. Isso foi humilhante"* eram constantes.

Somam-se a estes relatos o endereçamento de pedidos que, em suas palavras, tratam da *"exigência de que eu (Eurídice) cumpra papéis que não são simples de realizar",* pedidos estes que ao longo dos grupos produzem importantes conflitos no que tange este lugar de descrédito sempre que algo da ordem do impossível é demandado dela.

Com o tempo vemos, parafraseando Freud (1912), esses investimentos libidinais da paciente, serem encaminhados e sustentados a partir das sequências psíquicas, realizando desta forma "uma transposição – Übertragung – da estrutura, ou seja, do aparelho psíquico" da paciente, inserindo, no interior do dispositivo clínico - instituição, relação com seus terapeutas e as novas relações que foram se dando ao longo do tratamento -, toda a cena fantasmática, suas representações e formas de investimentos libidinais. (Fingermann, 2015, p. 68)

A partir do estabelecimento da transferência e a forma com que Eurídice fora *conduzida* pela equipe, passamos a testemunhar irrupções de fúria e agressividade sempre que algo que demandavam da paciente não se mostrava possível de ser sustentado por ela. Foram meses de embates e insistência em uma clínica que se organizava em torno de orientações e recomendações. Falas como: *"você tem que sair mais com sua filha; coloque limite no seu namorado, não deixe ele invadir o espaço de vocês duas; você tem que vir ao grupo de terapia ocupacional; chegue no horário; faça análise; assim você nunca vai conseguir voltar a trabalhar, você não pode brigar em todo grupo que entra"*, eram bastante corriqueira

Até o dia em que – ao término de um grupo – em que, mais uma vez é demandado dela um posicionamento mais normal, seguindo algumas regras pré-estabelecidas pela equipe e família (à ocasião fora sugerido que ela se comportasse melhor na Oficina que participava, diminuindo seus atrasos e respeitando a hierarquia interna, não rivalizando com o vocalista da banda de maneira tão violenta), além de um comentário dizendo que *"você consegue, é só querer"*, Eurídice começa a gritar e questionar a equipe, dizendo *"Vocês acham que eu não sou louca? Eu também sei ser louca."*

Sobre a inclusão e aposta em um comportamento menos anormal de Eurídice, vale resgatar a discussão realizada por Sidi Askofaré (2012), em seu artigo *Anormalidade, anomalia, patologia e bem-estar*, sobre o que, em última instância, pode ser tomado como norma para Psicanálise. O autor é taxativo: *"a norma é a castração"* (Askofaré, 2012, p. 57). Neste sentido, o que nos interessa sempre que escutamos um analisando é poder pensar a castração como aquilo que

> introduz na norma psíquica a anomalia (...) O anormal não é o patológico. Elas são, no entanto, nada mais que posições no lugar da castração; neurose, psicose e perversão são estruturas normais modos normais de tratar o único anormal que o ser falante deve gerir, ou seja, o gozo.
>
> (Askofaré, 2012, p. 57).

A hipótese preliminar é que, ao contrário do que nos indica Fingermann, por conseguinte, seguindo os passos desta busca por uma norma apontada por Askofaré (2012) que tem em sua ponta a exclusão do gozo do tratamento, não houve espaço para o produto, tampouco para o trabalho transferencial produzido a partir da possibilidade dada a Eurídice de falar de seu sofrimento.

Parafraseando a autora, nos enrascamos e tropeçamos ao nos encontrarmos com o enlace pulsional produzido na transferência. Sem manejá-lo de maneira a aproveitar desta, deixamos de fazer uso da resistência como forma de apontar uma direção para Eurídice, junto à possibilidade alguma implicação na estrutura que sustenta, de maneira fantasmática, seu modo de relação com *das Ding.* (Fingermann, 2015)

Frente a este posicionamento, temos duas derivações quanto a continuidade do tratamento: (1) aposta na condução de Eurídice rumo ao melhor pra ela, algo que "vai deixar a família um pouco mais tranquila, e garantir o sustento de seu filho e o pagamento de seu tratamento" e (2) aposta na direção do tratamento orientada desde a política da *falta-a-ser*, por conseguinte, na exclusão de qualquer tipo de "gerência" sobre a paciente e sua economia – seja ela libidinal ou financeira.

6.3 Lei e(m) Coro entram em cena na tentativa de silenciar a Louca

A primeira das derivações que trabalharemos diz respeito a um direcionamento da paciente rumo à garantia de alguma estabilidade financeira. Esta posição tomada por parte da equipe surge como reação à cena transferencial em que Eurídice coloca a instituição, os terapeutas e demais membros do grupo, dando a ver uma incapacidade de gerir sua vida, já que se mostrara há alguns meses, e ao longo de seus relatos, ser *"muito louca".*

Posto isso, é retomada as discussões com a família sobre o processo de curatela de Eurídice, a fim de garantir que esta tenha a aposentadoria do pai como meio de sustento já que, nas palavras de parte da equipe: *"ela jamais conseguirá sustentar qualquer trabalho onde possa correr o risco de ser contrariada."*

Neste momento abrimos um parêntesis a fim de situar as implicações sociais e legais, caso o processo de interdição e curatela se desenrole até o fim. Para isso, fomos consultar pesquisadores da área social e/ou jurídica, a fim de verificar que leitura estes fazem do processo de curatela e interdição, bem como colher informações mais aproximadas desta questão, além, é claro da Lei nº 010.406.

Uma autora que tem trabalhado de maneira crítica os perigos do acesso à curatela e interdição é Maria Bernadette de Moraes Medeiros, Doutora em Serviço Social pela PUCRS, Assistente Social do Ministério Público do Rio Grande do Sul, atuando na Assessoria Técnica e Planejamento da Secretaria da Justiça e Direitos Humanos.

> intrinsecamente relacionada à questão da interdição, traz em seu radical o sentido original do vocábulo, cura, que

> significa cuidado, diligência, aplicação, administração, direção, traduzindo o sentido da proteção presente neste instituto.
>
> (Medeiros, 2006, p. 2)

Posto isso, ainda segundo Medeiros (2006) a finalidade última da curatela é propor uma proteção, um cuidado aos interesses da pessoa que, a partir de avalições atravessadas pelo saber técnico-científico da Medicina se mostra impossibilitada de gerir sua vida, bem como seus negócios. Em última instância, afirma ainda a autora, trata-se de uma discussão sobre capacidade X incapacidade.

Segundo o Código Civil, mais especificamente à Lei nº 010.406, o incapaz é descrito como aquele que, dotado de capacidade de exercer seus direitos, é portador de algo da ordem de uma deficiência que o impede de agir, por si, em sociedade. Mais adiante há outro ponto que nos interessa, a saber a colocação mais assertiva sobre condições que diriam de uma falta de "discernimento", bem como o fato deste sujeito passível de ser interditado, ser alguém que não tem

> o poder de expressar sua vontade de forma duradoura, não podendo exercer pessoalmente, com autonomia, os atos da vida jurídica, só podendo fazê-lo com a assistência de outrem, ou por representação.
>
> (Medeiros, 2006, p.3)

Sobre esse processo de mais-de-legislar em nome da moral, intentando este assossegamento do desejo, Lacan denunciou seu fracasso em diversos momentos de sua obra, tais como neste trecho onde escreve que

> o ultrapassamento naturalista do desejo fracassou. Quanto mais a teoria, a obra da crítica social, o crivo de uma experiência tendendo a reduzir a obrigação a funções precisas na ordem social deram-nos a esperança de relativizar o caráter imperativo, contrariador, e, em suma,

> conflituoso da experiência moral, mais vimos aumentar nos fatos as incidências propriamente patológicas dessa experiência. Não estamos diante de um homem menos carregado de leis e de deveres do que antes da grande experiência crítica do pensamento dito libertino.
>
> (Lacan, 1959/1960, p. 14).

Neste sentido, não cabe ao analista cernir o que seria um bom e um mau hábito e a partir disso decidir o futuro daquele que o toma como analista, esteja onde estiver. Ao contrário, quando orientado eticamente, cabe a este

> o apagamento, obscurecimento, o recuo, até mesmo a ausência de uma dimensão, cujo termo basta ser dito para se perceber o que nos separa de toda a dimensão ética anterior a nós – é o hábito, o bom e o mau hábito.
>
> (Lacan, 1959/1960, p. 22)

Na medida em que, segundo Lacan, em oposição à ética que propõe para a psicanálise, a ética que vigora na sociedade é

> A ética em Aristóteles é uma ética de caráter. Formação do caráter, dinâmica dos hábitos – ainda mais, ação em vista dos hábitos, do adestramento, da educação. (1959/1960, p. 23)

Mais à frente, Lacan indica ainda o lugar do *Coro* como aqueles que vociferam, absolutamente identificados com a figura de Creonte, em última instância, a *Lei* que tudo sabe sobre o que é melhor para a Cidade. Indo ao encontro de movimentos de ataque à monstruosidade que, ao longo da estória, vai se desenvolvendo como o lugar conferido a Antígona e seu caminhar, posição que aproximamos àquela ocupada por Eurídice tanto em sua casa, como na instituição.

Segundo Lacan, o coro é aquele que grita:

> com aquele ali, não me quero associar de maneira alguma. Pois, ir adiante nessa direção é, propriamente falando, to mé kalon, o que não é belo (...) não quer tê-lo, esse personagem, como parêstios, como companheiro ou vizinho de casa. Ele não quer estar com ele no mesmo ponto central do qual falamos. Com aquele ali, ele prefere não ter relações de próximo, nem tampouco ison phron, ter o mesmo desejo. É desse desejo do outro que ele separa seu desejo. (...) Creonte representa as leis do país e as identifica com os decretos dos deuses.
>
> (Lacan, 1959/1960, p. 326)

A pergunta que nos interessa, seja na clínica, como no trânsito da presente pesquisa diz respeito ao manejo da transferência frente a este posicionamento da paciente, e também saber de quê a equipe buscava defender-se e defender a própria sociedade.

Na esteira destes questionamentos, vale resgatar alguns fragmentos de discussões entre a paciente e a equipe de referência, discussões estas que a nosso ver dizem do alerta que a própria paciente dava à equipe quando esta dizia *"Vocês estão tentando me deixar calminha para eu não enlouquecer seus pacientes queridinhos."*.

A hipótese que temos é que este direcionamento clínico buscava, parafraseando Lacan, afastar a monstruosidade desejante de Euridice, convertida em *Louca*, dos pacientes, da equipe e da sociedade. A incapacidade de se haver com os desencontros desta vizinha que não tinha "o poder de expressar sua vontade de forma duradoura" (Medeiros, 2006, p. 8), mostrando-se portadora deste brilho de Antígona que de alguma forma, colocou em questão o posicionamento de uma equipe que de tempos em tempos caía no lugar de saber o que é melhor para cada um de seus pacientes, fora decisivo para o sustento, em *Coro* e uníssono, de uma aposta no direcionamento da paciente rumo ao silenciamento sancionado por uma *Lei* que, em última instância, nada queria saber do desejo e seu inerente desarvoro.

Ao nos orientarmos desde Freud, acompanhados do desenvolvimento proposto por Lacan, sustentamos que estas atuações, bem como a resposta dada por parte da equipe exigindo da paciente mais e mais organização estavam a serviço da *resistência* – de ambos os lados.

Do lado de Eurídice, tratava-se de uma franca resistência ao ímpeto de fazer de sua monstruosidade desejante, um processo de harmonização deste junto à Lei vigente, presentificada no manejo transferencial que orientou o *Coro* clínico rumo ao silenciamento desta, denunciando a surdez ética da equipe aos caminhos e sofrimentos oriundos da maneira como se relacionava com seu desejo.

Indicar a interdição seria mais uma tentativa de silenciá-la, exigindo – assim – gritos e loucuras *táticas* cada vez mais intensas.

É nesta visada que daremos sequência à discussão clínica, suportados pelo uso que Lacan faz da tragédia, sendo esta uma referência que concordamos ser inevitável, já que, como indica Lacan, desde Freud

> a ética da análise não é uma especulação que incide sobre a ordenação, a arrumação, do que chamo de serviços de bens. Ela implica, propriamente falando, a dimensão que se expressa no que se chama de experiência trágica da vida.
>
> (Lacan, 1959/1960, p. 366)

O paralelo do caso Eurídice com Antígona, e a maneira como Lacan aborda sua dimensão trágica, baseia-se sobretudo com o fato dela não aguentar mais os ecos de uma relação com o Outro onde se situa sempre desde o lugar de descrédito - o que, nas palavras de Lacan, quando discute a vida de Antígona, escreve

> sua vida não vale a pena ser vivida. Ela vive na memória do drama intolerável daquele a partir do qual surgiu essa linhagem (...) ela vive no lar de Creonte, submetida à sua lei, e é isso que ela não pode suportar.
>
> (Lacan,1959/1960, p. 311)

Lacan versa sobre Antígona, entretanto, é possível aproximar o lar onde vive Antígona da casa em que vive Eurídice, na companhia de seu pai, sendo este por ela descrito como *"um homem que sempre foi miserável, para não ser pobre"*. É possível escutar esta afirmação como um questionamento sobre a maneira como pode se

diferenciar deste, organizando suas economias, sendo deste ponto em diante aquela que pode colocar em questão seu desejo, por conseguinte o lugar sustentado de crédito e descrédito. Neste sentido, não caberia à equipe de referência proteger Eurídice de seu pai, seja demandando que este se reorganize e passe a tratá-la de maneira diferente, como interditando-a a fim de garantir ganhos financeiros ilimitados.

Sustentamos que, ao indicar a interdição à paciente, a equipe entrou na série transferencial por ela exposta como mais um dos outros que figuram em sua rotina respondendo desde o lugar de quem diz se ela tem crédito ou não para seguir sua vida. Inviabilizando assim a possibilidade de fazer questão a esta cena repetida – e resistida – em que apela à uma pretensa consistência do Outro para justificar seu adoecimento, sua queixa e seu lugar. O que implica em um imenso sofrimento, tanto para Eurídice, quanto para seu filho e família.

Apontamos que um outro caminho seria possível na medida em que a equipe pudesse ter em seu horizonte o sustento de um lugar estratégico tomando a transferência como ponto nodal. Neste sentido, caberia a esta apostar naquilo que diferencia a ética da Psicanálise de qualquer outra técnica, a saber, a aposta no agir a partir da resistência que de tempos em tempos aprece na transferência, "e não contra ela" (Lombardi, 2015, p. 30).

6.4 Da resistência à tática e estratégia orientadas desde a falta-a-ser do analista

Quem é o analista?
Aquele que interpreta, tirando proveito da transferência?
Aquele que a analisa como resistência?
Ou aquele que impõe sua ideia de realidade?
(Lacan, 1958, p. 598)

É em 1895 – nos *Estudos sobre a histeria* - que Freud nos oferece um importante avanço teórico no que diz respeito à resistência como norte do tratamento.

> Quando eu me empenhava em dirigir a atenção até ela (a representação recalcada), recebia em resposta uma resistência com a mesma força que aquela na origem do sintoma, havia se apresentado como repulsa.
>
> (Freud, 1985b, p. 176)

Sobre a questão do uso da resistência como aliada em uma análise, e não como manifestação a ser combatida sob a égide de uma relação de poder, segundo Lombardi (2017) foi a partir de sua viagem à Nancy, para estudos com Bernheim, que Freud passou a se posicionar de maneira contrária à "tirania da sugestão". (p. 28)

Lombardi escreve que "nessa resistência, Freud descobriria a chave do que move a análise – Lacan, daquilo que a orienta" (2017, p. 29). O autor é taxativo ao escrever que a descoberta e uso desta se trata daquilo que há de mais importante na Psicanálise enquanto método de cura. Neste sentido, quanto mais próximo do núcleo patógeno, maior a resistência, a dificuldade em associar livremente.

> Não apenas a resistência entendida como dificuldade em verbalizar, mas também a resistência entendida como desacordo do sujeito em relação à interpretação sugerida pelo analista. É, então, totalmente infrutífero crer que a concordância do sujeito é índice de que a interpretação está correta. (Lombardi, 2017, p. 31)

Um comentário mais detalhado deste trecho em particular se faz necessário. Aqui, Lombardi afirma dois pontos que atravessam qualquer espaço de fala que devem ser considerados sempre que é a um analista que esta fala se dirige. O primeiro deles é uma certa dificuldade em se adequar à recomendação de associar livremente, falando tudo o que vier à mente. Esta resistência esta posta desde o início do tratamento, e independe de maneira exclusiva do manejo do analista.

Posto isso, a resistência que, no presente trabalho nos interessa, é a segunda tratada por Lombardi, a saber, aquela que aponta a um certo desacordo daquele que demanda a escuta de um analista, face à interpretação sugerida por este. No caso Eurídice podemos trazer como exemplo o momento mesmo em que esta grita *"Vocês acham que eu não sei ser louca?"*, na sequência de uma interpretação que deixou de fora o desejo como este movimento inquieto, ao interpretar que a dificuldade em se organizar era, no fundo, fruto de uma escolha consciente.

É a partir deste momento que verificamos a irrupção da resistência da equipe, na medida em que Eurídice manifesta este desacordo, a equipe deposita nela a resistência ao tratamento, apontando algo que poderia ser transposto de maneira condensada aqui como: *"bom, com toda esta inadequação, ela jamais poderá voltar a trabalhar, já que neste ambiente é comum pessoas discordarem entre si. Vamos voltar a pensar junto à família sobre a interdição? Assim podemos proteger Eurídice do fato dela jamais conseguir um emprego."*

Seguindo acompanhados por Lombardi, o que a equipe passa a sustentar vai de encontro ao que o autor aponta sobre como Freud trabalhou tal questão - ainda que Freud tenha demonstrado certa irritação ao longo de sua obra com a resistência franqueada pelo analisando. Frente a tais manifestações Freud não se propunha – de partida - silenciar a loucura e suas manifestações, mas sim, investigar junto a seus pacientes o que resistia. Tal empreitada

> o levou (Freud) às portas do inferno – do inferno privado que se expressa no mal-estar do sintoma neurótico. Ali, encontrou um desejo sexual e indestrutível que é vital para sujeito, mas que, quando não segue a via da sublimação, faz com que todos os seus encontros ganhem a forma repetitiva da transferência. Ou seja, reconhecer um Outro que já não existe no homem ou na mulher que tem à sua frente, com quem, contudo, se encontra. Geralmente, sem se dar conta. (Lombardi, 2017, p. 33)

Ora, este inferno privado a que Lombardi se refere, é o mesmo que Freud pretendeu apontar quando no início da *Interpretação dos sonhos* (1900) decidiu por usar *Flectere si nequeo superos, Acheronta Movebo* como epígrafe – que na aposta demasiada clarificada desta psicologia da consciência, alicerçada em dados da realidade,

fora deixado de lado na dimensão irredutível da sexualidade, conferindo a esta uma causalidade unívoca, organizável no Éden, anterior à mordida do fruto proibido. Ou seja, da supremacia do consciente sobre o inconsciente. (Lacan, 1956, p. 466)

É neste sentido que sustentamos que no reino dos céus prometido, seja pela via de uma Lei, como pelos ecos desta presentificados em um direcionamento orientado por um Coro mais moral que ético, que encontramos a resistência da equipe. Resistência em não garantir consistência a este Outro, o que acontece quando o analista confere e se coloca nesse lugar de quem pode garantir uma vida livre de percalços, desde que Eurídice, por exemplo, se sujeite às Leis que, de partida, a excluem enquanto sujeito desejante.

As questões discutidas até aqui são trabalhadas por Lacan em seu texto sobre *A direção do tratamento* (1958), sobretudo quanto este afirma a importância do analista não perder de vista que, ali onde o paciente o convoca a responder desde este lugar de consistência, de um pretenso ser do analista, é o lugar mesmo de onde o analista, advertido e atravessado pela política da *falta-a-ser*, pode operar a interpretação, visando, em última instância permitir ao analisando "voltar ao lugar de onde pode ter peso na distribuição das respostas." (Lacan, 1958, p. 597).

Cabe à interpretação, apontar que, ali onde o sujeito atua, há algo a ser de alguma maneira traduzido, cabendo, em última instância a possibilidade da "tradução – precisamente aquilo que a função do Outro permite no receptáculo do código sendo a propósito dele que aparece o elemento faltante." (Lacan,1958, p. 599)

Reafirmamos, então, o lugar da interpretação não como tentativa de organizar o que a cena transferencial dá a ver estar desorganizado, mas sim como meio tático para o trabalho do analista, tendo, na resistência, o indicador da importância deste se fazer presente em ato, na medida em que interpretar a transferência é

> um dizer que transforma a arma mais poderosa da resistência... no motor da cura! O que resiste à sugestão, resiste também ao êxito terapêutico e busca se expressar como uma recusa a que sua manifestação, o sintoma, seja suprimido antes do tempo. (Lombardi, 2017, p. 35)

Neste ponto, é possível resgatar a indicação de Lacan sobre o atravessamento possível do desejo do analista em um processo de tratamento. Lacan afirma que o que o analista tem a oferecer é o seu desejo enquanto desejo analisado, neste sentido, um desejo prevenido quanto ao impossível. E o impossível, neste caso, dizia respeito ao procedimento de silenciamento..

Com isso, torna-se imprescindível retomar aquela que talvez seja a afirmação mais emblemática de Lacan sobre a questão da resistência, palco ainda hoje de importantes confusões no meio analítico, quando este afirma que "não há outra resistência senão a do próprio analista." (Lacan, 1958, p. 601).

Nesta medida, Lacan situa a transferência como a

> segurança do analista, e a relação com o real, o terreno em que se decide o combate. A interpretação, adiada até a consolidação da transferência, fica desde então subordinada à redução desta. (Lacan,1958, p. 602)

Trazendo as importantes considerações dos últimos autores citados Freud (1895), Lacan (1958, 1959/1960), e Lombardi (2017), para o trabalho realizado em Saúde Mental, tendo o caso Eurídice como paradigma, podemos afirmar que a questão da resistência do analista encontra eco no presente caso por se tratar de momentos difíceis de um processo de cura.

São momentos em que o psicanalista incorre no erro de ocupar o lugar de alguém que pode vir a garantir um benefício pecuniário, na medida em que detém o poder do laudo, da convocação de uma reunião de família, da prescrição de condutas famliares. Em última instância, deste lugar denunciado tanto por Freud (1919), quanto por Basaglia (1985[1991]) e Lacan (1956/1958) *que faz do louco mero objeto de um saber técnico.*

Sobre isso, Freud é enfático

> a atividade do médico, em todas essas situações, precisa se manifestar como uma intervenção enérgica contra as satisfações substitutivas prematuras. (...) quando o analista, por exemplo, de dentro da imensidão de seu coração solícito, concede ao paciente tudo que uma pessoa pode esperar do outro (...) Fazendo isso, elas abdicam de torná-lo mais forte para a vida e mais capacitado para as suas verdadeiras tarefas.

(Freud, 1919, pp. 197-198)

Seguindo à esteira do trabalho junto às questões relativas ao que se espera de um analista, "dentro da imensidão de seu coração solícito" (Freud, 1919, p. 197), que entendemos e retomamos o desenvolvimento que Lacan oferece ao questionamento de Freud quanto ao mandamento bíblico *Amarás teu próximo como a ti mesmo.*

Entendemos que o recuo que Lacan sustenta frente a este mandamento, é o recuo mesmo já discutido quanto ao desejo de se ter/oferecer o impossível em uma análise

> recuo de amar meu próximo como a mim mesmo na medida em que nesse horizonte há algo que participa de não sei qual crueldade intolerável. Nessa direção, amar meu próximo pode ser a via mais cruel.
>
> (Lacan, 1959/1960, pp. 232-233)

À guisa de encaminhar os últimos comentários sobre este momento em que é possível tropeçar neste *querer o bem,* retomamos a importância de recuar frente ao ímpeto de produzir qualquer tamponamento imaginário ali onde o real é prenhe, no que comporta de indefinição, de possibilidades e manejos singulares junto à oferta do sujeito se escutar, ao ser escutado. Neste sentido, não cabe ao analista, pretender o bem do paciente, tampouco viabilizar meios para se atingir aquilo que Lacan aponta como a demanda última de uma análise: a demanda de felicidade (1959/1960).

Este talvez seja o maior desafio na clínica que se pratica em Saúde Mental, manejar aquilo que diz da ética da Psicanálise, com os importantes direitos conquistados, sobretudo a partir do movimento de luta Antimanicomial brasileira, junto às políticas públicas. Entretanto, caminhamos com passos mais decididos, se, ao retornarmos às bases freudianas, acompanhados por Lacan, lembrarmos que ali onde se supõe garantir o bem para o sujeito, pela via de uma regra Universal, oblitera-se

> o fato é que a análise é a experiência que voltou a favorecer, no mais alto grau, a função fecunda do desejo como tal. A ponto de se poder dizer que, em suma, na articulação teórica de Freud, a gênese da dimensão moral não se enraíza em outro lugar senão no próprio desejo. É da energia do desejo que se depreende a instância do que se apresentará no término de sua elaboração como censura.
>
> (Lacan, 1960, pp. 13-14)

Finalizamos este capítulo afirmando que, ao seguir tais bases, verificando seus efeitos clínicos no dia a dia, seja em instituições, como em práticas tais como o acompanhamento terapêutico, fica explícita a potência política existente em nossa práxis, desde que nos orientemos junto à ética da Psicanálise, avisados dos entraves e dificuldades no caminho da escuta. (Estêvão & Metzger, 2015)

Sustentar este aviso prévio é a única possibilidade que temos de não cair na tênue linha que até a invenção da Psicanálise pareceu ser a única possível para o tratamento. Linha esta limitada e moralista, na medida em que não tinha em seu cerne a possibilidade de ser pensada (para na maioria das vezes logo ser dispensada) a partir do manejo transferencial no trânsito de uma análise impossível de ser orientada de outra forma que não no caso-a-caso.

No intento de caminhar um pouco mais adiante, ali onde algo do desejo de analista se perdeu, em detrimento de um desejo de cuidar do futuro de Eurídice, decidimos em equipe levar o caso à reunião clínica. A partir desse viés iniciamos aqui a discussão sobre mais um ponto que aparece em diversos artigos e trabalhos realizados em instituições, a saber, a importância das reuniões de equipe para o atravessamento de situações limite, onde o saber sobre o paciente o cristaliza na posição de objeto (Di Ciaccia, 2005; Figueiredo, 2005, 2012; Sauret, 2006; Fink, 2007; Figueiredo & Frare 2008; Viganó, 2010)

6.5 Despontamento da reunião clínica como recuo tático do psicanalista em Instituições

Um espaço importante para se pensar casos como o de Eurídice, que exigem maior reserva da equipe, é a reunião clínica. Entretanto, na contramão de sua potência discursiva, por vezes, vê-se a assunção de falas – e gritos - fundamentalmente orientadas desde o lugar de garantes do saber, tomadas, então, como eixo único de sustentação e organização deste espaço.

Tal lugar reatualiza as discussões em Saúde Mental no ponto mesmo que fora profundamente debatido e combatido durante o movimento antipsiquiátrico dos anos 70, a saber, em um espaço onde "as ideologias que dominavam o campo psi", circulavam livremente, transformando este campo "em uma infinita 'guerra de religiões". (Viganò, 2010, p. 1).

> o resultado concreto era que ninguém falava de clínica, da experiência do doente, do seu caso e, assim, o discurso girava em torno de questões epistemológicas, como se a Saúde Mental estivesse nas mãos dos filósofos e de médicos de segunda categoria, sem uma clara competência profissional. (Viganò, 2010, p. 2)

Ainda que no contexto das reuniões clínicas em instituições de Saúde Mental, por vezes, sejam produzidas discussões mais epistemológicas que clínicas, o que verificamos com frequência é a proliferação de urgências burocráticas que tomam o tempo da reunião de maneira a inviabilizar discussões sobre os casos clínicos.

Com alguma frequência fora intento da equipe discutir o caso Eurídice, entretanto, nas mais diversas formas (novas entrevistas; discussão sobre emenda de feriados etc.), encontramos pontos de resistência. Seja no interior da equipe de referência, como do restante da equipe de trabalho do Instituto.

Ainda sobre o contato com os pares, Sauret (2006) sustenta que os membros da equipe devem estar atentos para que a convivência não seja regulada por algo da ordem de um *apartheid*. Para tanto, a tensão existente deve ser reconhecida e assumida, para que assim se possa trabalhar a partir desta.

O ideal de cuidado para com essas diferenças, segundo Sauret (2006), é o encontro de uma via que não seja nem o da fusão (algo da ordem da confusão), nem o da guerra declarada ou da pura crítica, muito menos o da renúncia, do se abster, se

retirar, mas de um tratamento que vise uma convivência possível, como aponta também Figueiredo (2005), em que o objetivo maior seja o de realizar um trabalho clínico.

A fim de discutir as condições para que um trabalho que tenha como horizonte a escuta e inclusão de vozes outras que, desde outros pontos do tratamento (grupos abertos, oficinas, corredores etc.), também detêm um saber sobre o caso, nos utilizaremos do artigo escrito por Antonio Di Ciaccia, em 2005, acerca da *Prática entre vários,* nome cunhado por Miller a um dispositivo de trabalho clínico voltado às crianças autistas e psicóticas, que se propõe ser sustentado por pessoas atravessadas por diferentes saberes.

Segundo Di Ciaccia,

> Essa modalidade de trabalho faz referência à Psicanálise de Sigmund Freud, segundo o ensinamento de Jacques Lacan, mas não prevê a utilização do dispositivo analítico propriamente dito. (2005, p. 34)

Será utilizado especificamente a segunda parte de seu texto que discute de maneira detida a partir de que condições para o trabalho devemos nos situar para que algo da ordem da elaboração de um saber composto "por meio da contribuição de cada membro da equipe ao circunscrever o real em jogo, caso a caso", possa se dar (Di Ciaccia, 2005, p. 46).

Um breve comentário sobre a noção de *circunscrever o real em jogo* se faz necessário, já que entende-se tal proposição - e trabalha-se a partir dela - não como uma tentativa de tamponamento do real, por vias imaginárias, aparatos medicamentosos, ou interdições ancoradas na Lei. Embora tais condutas possam ser necessárias em alguns casos, mas sim resgatando a dimensão epistemológica da Psicanálise, orientada desde o real do sujeito, sendo assim, guiando a escuta tendo em seu horizonte o real, para a partir disso, sustentar um lugar possível para aquilo que causa o sujeito.

Seguindo, nas palavras de Di Ciaccia (2005), aquilo que desde Freud está em jogo: a produção de um saber a partir da clínica, no lugar mesmo onde este um dia se pretendeu definitivo.

> a transferência de trabalho (a partir da referência ao cartel em Lacan); a posição de aprendiz da clínica (a partir do furo no saber) e, como corolário, a construção coletiva do caso (a partir dos elementos fornecidos pelo sujeito). (Figueiredo, 2012, p. 131)

Como bem aponta Di Ciaccia (2015, p. 49), a função da reunião de equipe não deve ser limitar a "ser um lugar de comunicação de informações ou de coordenação do trabalho". O autor prossegue enumerando quatro funções fundamentais da reunião realizada em equipe.

Trata-se, em primeiro lugar da criação e sustentação de um espaço em que se fala do paciente em questão, não para ajuizar sobre este, mas sim para que os discursos da equipe acerca deste circulem, oferecendo a "possibilidade de se tornar efeito de discurso". Com isso, ainda segundo o autor, tem-se a possibilidade de aumentar as condições de "se saber fazer escutar" (Di Ciaccia, 2015, p. 47). Este ponto é correlato daquilo que Figueiredo (2012) indica como ponto corolário da prática em instituições, que diz respeito à construção coletiva do caso.

Trazendo este primeiro ponto para as instituições de Saúde Mental, retomando o caso clínico discutido, podemos pensar na reunião de equipe como um espaço profícuo a partir do qual ocorre a circulação das falas implicadas sobre Eurídice. Somada às contratransferências de cada membro da equipe e seus desdobramentos, surge a possibilidade de produzir este efeito de destruncamento[11] do caso, na medida em que, ao colocar a fala em circulação, tem-se a oportunidade de recolher os diferentes efeitos e encaminhamentos possíveis a partir da escuta e do trabalho junto à Eurídice.

Caminhando neste sentido, nos encontramos com a segunda função teorizada por, a saber, a reunião de equipe como aquela que pode "operar uma separação (...) em relação ao saber que se acredita ter sido obtido ao acompanhar.". (Di Ciaccia 2015, p. 48)

---

[11] Por destruncamento queremos dizer da possibilidade de fazer fluir aquilo que até então permanecera truncado (mutilado) de sua riqueza significante para a construção da direção do tratamento. Tomamos como oposto de destruncamento a ideia relativa à palavra *truncada* como aquela ligada à noção de *mutilação.* Em última instância, trata-se de trazer as partes mutiladas do caso para a discussão, a fim de viabilizar sua circulação entre os pares e ímpares da equipe. Neste sentido, retomar partes mutiladas do caso é, em última instância, trazer à cena partes que não necessariamente caberiam num discurso que vise o bem a todos por uma via única (ética aristotélica). A mutilação, aqui, também alude à castração da equipe frente ao real do caso clínico.

O efeito desta separação vai ao encontro do que propomos como destruncamento, na medida em que colocamos o saber obtido a partir da escuta de Eurídice – seu lugar na dinâmica familiar, o lugar de descrédito e a possível repetição de resposta da equipe ali onde é tomada pela resistência frente à maneira como Eurídice se relaciona com o Outro – em suspenso, construindo um outro saber, não mais importante que aquele trabalhado por cada membro da equipe, mas que se pretenda mais referido à posição subjetiva da paciente, retirando assim predicados que estão localizados neste lugar de saber sobre Eurídice.

Saber este posicionamento, carregado de ecos deste Coro moralista que visam, cercear o caminhar de Antígona, Eurídice e outros tantos humanos atravessados pelo desejo, para que estes não possam mais caminhar exibindo o perturbador brilho da diferença.

Ainda sobre este ponto referente ao Coro (psicanalistas orientados rumo à identificação com eu do analista, sociedade, família, Estado etc.) que, pela via da moral, mutila o sujeito, vale retomar este processo que Canguilhem (1966) chamou de maneira precisa de desumanização da doença na medida em retira a potência de pensar-se o sofrimento psíquico no caso a caso: através do atravessamento significante que todo o sujeito vive, pensando a partir das repetições e da possibilidade de historicização daquele sujeito, seu trauma fundamental e a fantasia/delírio que, até então, lhe serviram como meios de realizar alguma regulação entre das Ding e seus posicionamentos "no lugar da castração; neurose, psicose e perversão." (Askofaré, 2015, p. 57)

O terceiro ponto elencado por Di Ciaccia é crucial, a saber, tomar a reunião de equipe como lugar único "em que se toma em consideração o que dizem os membros da equipe em relação à sua posição de sujeito do dizer", já que "a fala tem possibilidade de se tornar um ato para a equipe apenas quando é um dito de dizer responsável. De outro modo, trata-se de um bláblábla de um gozo infrutífero." (2015, p. 48)

Este ponto encontra bastante ressonância no contexto institucional por estarmos constantemente atravessados por relações de poder. Seja desde o lugar de quem sofre de seus efeitos, como naquele que se coloca como detentor do saber. Neste sentido sustentamos que trabalhar questões sobre o caso fora do alcance discursivo de todos os membros da equipe funciona como uma tática de produção de um saber exclusivo, podendo culminar em um pretenso saber mais potente por incorrer no risco de ser

construído sem pontos de basta, que têm como função apontar a impossibilidade de um saber total sobre o caso.

Nesta medida, quando no encontro com o resto da equipe, pode-se verificar uma verticalização dos lugares a partir de falas como "Este ponto nós já conversamos em outro espaço, foi profundamente debatido, não precisamos retomar", falas que, entende-se estarem a serviço da resistência da equipe frente a complexidade que é a sustentação da política de falta -a - ser na direção do tratamento.

Ainda sobre o alcance discursivo, acrescentamos que este exercício de poder não se limita apenas à ausência de todos os membros da equipe à ocasião da discussão do caso, já que é sabido que o uso excessivo de jargões - seja da Psicanálise, como da psiquiatria, terapia ocupacional e outros - pode ser mais uma das ferramentas discursivas para o evitamento de quaisquer perturbações no monólogo de saber sobre o caso. Levantamos este ponto sem, no entanto, intentar estabelecer uma medida para o uso de noções mais específicas de cada campo.

Um encaminhamento para esta questão talvez seja possível a partir da proposta de Lacan, em *Para-além do princípio de realidade* (1936), quando este anuncia não intentar descrever como procede o analista em sua intervenção, mas oferece o tato como importante elemento para se pensar o ajuste de velocidade com que sustenta seu trabalho junto ao analisando. Se tomarmos a intervenção pela via do discurso analítico, seria possível transpor este manejo para a reunião em equipe?

Não é proposta do presente trabalho discutir este ponto em específico, deixamos, então, aberto o convite à presente questão a quem possa interessar.

Por fim, um último ponto não encontrado durante as pesquisas realizadas: a possibilidade de tomar as resistências oriundas da tentativa de se indicar o bom caminho a ser seguido como analisadores da resistência do analista, da mesma forma como Freud (1925) indica ser necessário escutar a *Verneinung* em um processo analítico, já que, segundo o autor, "por meio do símbolo da negação, o pensamento se liberta das limitações da repressão (recalque)".

Ali onde algo da ordem de uma censura ao comportamento do paciente emerge, sustenta-se, na presente pesquisa, a hipótese que algo do desejo do paciente incidiu na relação, fazendo com que, prontamente, o analista e/ou equipe operasse pela

via de sua negação. Atuando, então, desde o lugar de saber sobre o sujeito, conferindo à louca – Eurídice -, mais uma vez, o lugar de descrédito.

Apontadas as condições necessárias para o trabalho em equipe, toma-se agora algumas das propostas de construção do caso clínico da Escola de Especialização em Psiquiatria de Milão, coordenada por Viganò, pela importância e potência clínica que vislumbramos na possibilidade de uma discussão junto à equipe. Deste ponto em diante, seguiremos os princípios apontados como orientadores para este trabalho preconizado pela Escola de Milão, que, entendemos, ter dado a possibilidade de algum efeito de não-saber, ali onde o saber jazia cristalizado, podendo

> confrontar as posições subjetivas nas passagens de discurso realizadas na história do sujeito com os acontecimentos ocorridos no período de tratamento sob transferência, de onde se extraem inferências hipotetizáveis (...) 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 na posição de docente. (Viganò, 2010, pp. 2 - 4)

Sobre este ponto cego que, por vezes, uma equipe ou analista atravessa ao longo de um tratamento, vale resgatar outro precioso comentário:

> Se entendermos que a analista está presa em uma relação imaginária específica com o paciente (...) temos que reconhecer que ela tornou-se surda para as coisas que poderiam não combinar com sua conceitualização, e cega para qualquer outra forma de ver o caso (...) Resumindo, ela saiu de seu papel como o Outro do simbólico e como a real causa do desejo do paciente e acabou ficando presa em um impasse de ego para ego – "ego para ego" porque ela própria levantou a hipótese ou reificou o paciente como um ego através de sua rígida conceitualização do caso. (Fink, 2007, p. 251)

Tal impasse fica evidente no caso clínico de Eurídice, quando, no trânsito das discussões em equipe, ouvíamos frases como *"a paciente pode acabar com o tratamento dos outros"; "ela está destruindo todo um processo de mais de 8 anos que tivemos com Luiz, deixando-o louco."*

Quanto ao posicionamento possível de uma equipe sempre que algo dessa ordem ocorra, Fink é generoso na maneira como retrata o movimento necessário

> deixar uma rajada de ar fresco entrar, o tipo de ar que o simbólico proporciona (...) é quase impossível dar um passo atrás em um caso, pessoal e conceitualmente, e formulá-lo a partir de um ponto de vista completamente novo sem a ajuda de outra pessoa: um supervisor.
>
> (Fink, 2007, p. 251)

Com isso, entendemos que, restabelecida a disposição ética junto ao caso, há a possibilidade deste ser sustentado tendo como norte a construção clínica do caso, tomando o sintoma a partir da escuta do sujeito desde *das Ding,* por quanto, pouco mais livre de direcionamentos que não incluam o impossível como horizonte – inalcançável, mas necessário, ao trabalho.

Por fim, reiteramos que estas reuniões têm como função elaborar um saber acerca do real, não para fazer deste a verdade da equipe, mas sim para sustentar eticamente um percurso que tem como horizonte o real e aquilo que nele comparece como impossível que, entretanto, faz da clínica analítica uma constante e mútua aposta no desejo do sujeito, no lado do paciente e de analista como aquele orientado pela ética do desejo:

> que também chamamos hoje "o psicanalista concernido", que deve estar atento à inércia institucional (...) Com sua presença deve operar a diferença em cada encontro com o sujeito, não ceder de seu lugar e manejar as resistências presentes das mais diversas formas na instituição.
>
> (Figueiredo, 2012, p. 132)

A discussão clínica junto à equipe do hospital dia viabilizou a possibilidade de se pensar os limites da equipe que a acompanhava em sua escuta e na direção dada a partir desta. Recuamos junto ao caso Eurídice, não sem refletir de maneira ética a condução do tratamento, tendo na inclusão dos demais membros da equipe para o auxílio e construção do caso uma importante ferramenta para o encaminhamento e sustentação deste.

Neste sentido, é possível tomar tanto a reunião clínica, quanto este recuo oriundo da discussão do caso, como indicativos da disposição tática tanto da equipe - no ato de decidir parar e refletir sobre caso - como no desenvolvimento de uma investigação sobre as possíveis vias de sustentação e trabalho de um psicanalista em Saúde Mental, enquanto pesquisadores que visam manter em movimento a causa lançada por Freud. Fazendo valer a Psicanálise, seja na instituição de Saúde Mental como na clínica em consultório privado, ou no trânsito de uma pesquisa acadêmica.

> um Discurso, ou seja, um laço que permite suprir a 'relação que não há', nome mais preciso para a castração que a linguagem impõe ao sujeito, e enfrentar, com ética e tática, as estratégias dos discursos da ciência e do capital que tendem e pretendem obsoletar o sujeito divido e seu desejo consequente. (Fingermann, 2014, p. 19)

6.6 Um recuo político, adiante

Não!

Diz aquele que resiste às receitas sugestivas.

Não!

À interpretação – à qual depois, às vezes, se ajusta.

Não!

Ao êxito terapêutico.

Não!

Ao alívio por vias alheias.

Mas, por que "não"?

(Lombardi, 2017, p. 36)

Para finalizar, cabe retomar o objetivo central da presente pesquisa, a saber, demonstrar uma possível via de trabalho para o psicanalista inserido em equipamentos de Saúde Mental a partir das propostas oriundas do retorno de Lacan à letra freudiana, e sua relação com a ética da Psicanálise, posta em oposição à ética e moral tradicionais que dizem da

> depreciação do desejo, modéstia, temperança – essa via mediana que vemos tão notável em Aristóteles (...) A moral de Aristóteles (...) se funda inteiramente numa ordem certamente arrumada, ideal, mas que responde contudo à política de seu tempo, à estrutura da Cidade. Sua moral é uma moral do mestre, feita para as virtudes do mestre, e vinculada a uma ordem dos poderes
>
> (Lacan, 191959/60, p. 368)

Neste sentido, sustentar a ética da diferença, é apostar não em um suposto desejo purificado, analisado, pronto para guiar o paciente em direção ao bem. Ao contrário, é poder asseverar que, no *desejo de obter a diferença absoluta*, com suas incongruências, descontinuidades e imprevistos, tem-se a possibilidade de aposta, junto ao paciente, em um saber-fazer com aquilo que até então o mantinha preso em repetições e mais repetições, visando em última instância, um *quantum* de liberdade.

Nas palavras de Lacan, a partir deste posicionamento ético, o que se espera é "presentificar, da realidade do inconsciente, a pulsão", sendo assim, o que se tem no horizonte para o trabalho do psicanalista em Saúde Mental é a afirmação da ética do desejo, em detrimento de uma moral que tem como referência única e exclusivamente a resposta à demanda (do paciente e do terapeuta/instituição/família/sociedade/Estado) que pode culminar, como vimos no caso Eurídice, em passagens ao ato exatamente por carregar em si a violência desta tentativa de adestrar o desejo. (Lacan, 1964, p. 265-267)

Ainda que o presente caso trate de uma indicação orientada a partir da escuta de Eurídice, por psicanalistas, psiquiatras e terapeutas ocupacionais, cabe a questão:

> o que impede o Estado de aceitar uma cultura da clínica sob transferência, o que o provoca a privilegiar as intervenções (...) que na história clínica concreta, regularmente conduzem a uma cronicidade (...) muito custosa, porque violenta o sujeito e provoca a passagem ao ato?
>
> (Viganò 2010, p. 8-9)

Lacan mais uma vez nos auxilia ao indicar tratar-se de um problema, inclusive, dos psicanalistas pós freudianos - e nós reafirmamos a atualidade desta problemática no interior mesmo de instituições que tomam a Psicanálise como norte ético de trabalho, a saber:

> reduzir essas origens paradoxais para mostrar sua convergência em direção a um fim de harmonia (...) esse progresso teórico não conduzia, no fim das contas, ao que poderíamos chamar de um moralismo mais compreensível do que nenhum outro existente até hoje. (Lacan, 1959/1960, p. 15)

Aqui podemos pensar na dimensão que de tempos em tempos retornava às discussões clínicas acerca do caso Eurídice – e outros pacientes que de alguma forma interrogam o funcionamento e regras institucionais - o quanto *"a paciente está pedindo limite",* sempre que algo da ordem de uma resistência ao tratamento insurgia, o que em geral culminava em possíveis pedidos de internação e/ou intervenções mais enérgicas – como a supra apresentada.

A questão que nos interessa é saber se este *dar limites* – neste caso - implica em um claro conflito com um horizonte ético ou moral. Sobre isso, é interessante resgatarmos um trecho do início do *Seminário 7 – A Ética da Psicanálise* onde Lacan atenta ao fato de estarmos mergulhados até a cabeça na questão moral, o que nos exige aviso prévio no que tange a direção e a maneira como escutamos o impossível inerente ao humano.

Lacan escreve "Com efeito, aquilo com que lidamos é nada menos do que a atração da falta.". Ao que argumenta não se tratar da falta que "o doente comete com o

fim de ser punido ou de se punir.” Sendo esta uma chave que consideramos importante para a leitura e sustentação de uma relação transferencial que tenha como norte ético a política da *falta-a-ser*. (Lacan, 1959/1960, p. 12)

Articulamos aqui *atração da falta*, à impossibilidade de uma relação linear entre esta *falta cometida* e a *necessidade de punição*, junto ao norte político da Psicanálise, na medida em que entendemos que ao se pensar uma punição/limite/intervenção mais enérgica pela via de uma regra construída a despeito do sujeito em questão, cairíamos, ainda que fenomenologicamente de maneira diferente, na via da raiva, do incômodo, no lugar comum do *amar a teu próximo como a ti mesmo*, só que de maneira invertida. A chave de leitura é moralmente a mesma: eu sei o que é melhor, no amor ou no ódio.

Ao analista – esteja ele em consultório, como em um serviço de saúde – cabe transpor este lugar comum da educação moral, ou, em termos freudianos, da sugestão. Lacan é enfático ao apontar que “somos transpostos, um pouco mais adiante, em direção a não sei que falta mais obscura que clama essa punição.” (Lacan, 1959/1960, p. 13).

No presente caso, consideramos este *ir um pouco mais adiante*, como a possibilidade de, ali onde algo escapa ao controle da paciente, sustentar um ponto de interrogação, e não o de interdição, internação ou verticalização da relação. (Lacan, 1959/1960, pp. 12-13

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escrita de considerações finais de um trabalho produzido por psicanalistas, mesmo que inseridos na academia, não é sem consequências. Como trabalhado ao longo de toda dissertação - que aqui chega ao seu fim -, não se pretende de forma alguma gozar de uma pretensa completude daquilo que diz da atividade do psicanalista em instituições de Saúde Mental.

O que se tem ali onde é pretendida a produção de um trabalho atravessado pela ética da Psicanálise é, em última instância, um saber carente do começo ao fim, de uma ação final. É tempo de concluir, abrindo, deste ponto em diante a aposta na constante transformação daquilo que Freud chamou de atividade do psicanalista, a saber: trabalhar

a partir do inconsciente, sem perder de vista as resistências ao desejo: do analista e do sujeito por este escutado.

Com Lacan, sobretudo a partir da década de 50, somos levados à crítica contundente quanto à atividade do psicanalista e sua correlata resistência aos preceitos freudianos que, em última instância, demandam deste um desejo sempre renovado de abandonar qualquer possibilidade de ponto de basta naquilo que diz respeito ao seu Ser.

Ao longo deste processo pode-se apurar que muitas das dificuldades no avanço de um caminhar atravessado pela ética da Psicanálise, seja no trânsito da escuta do sofrimento psíquico de pacientes sob os cuidados do problemático guarda-chuva da Saúde Mental, como nas reuniões clínicas, chegando até a produção da presente pesquisa, dizia – sim – de uma resistência que atuava *"contra tais ampliações"* (Freud, 1919, p. 95).

Que ampliações seriam estas?

Ampliações na direção de se pensar o sofrimento psíquico de maneira a legitimar a complexidade de seu processo, buscando, freudianamente, a análise e nunca a síntese.

O que verifica-se ao longo da pesquisa é que o exercício incauto da Psicanálise - seja no movimento denunciado por Lacan (1956) de fazer de alguns preceitos freudianos usos que culminaram em um tecnicismo da prática clínica, como se fez e faz da transmissão de um saber partido, a tentativa de – pela vida da doxa – garantir a comunicação total do "como" ser analista, mostram-se riscos reais junto ao trabalho em instituições de Saúde Mental.

Todos esses movimentos dizem de um amor à Psicanálise e à busca por uma Saúde Mental. Mas, ao que parece, este amor produziu aquilo que – sabe-se – perpassa todo e qualquer sujeito atravessado por este, no momento mesmo em que oferece ao outro, algo que não é, tampouco tem, a saber: *a completude*. A ilusão de que poderíamos, por fim, tudo comunicar. Tudo debater. Tudo finalizar. Tudo apaziguar.

Com Lacan, buscamos refazer o percurso mesmo do questionamento proposto por Freud (1919) acerca das condições necessárias para a entrada da Psicanálise em instituições de Saúde Mental. Neste percurso, deparamo-nos com a necessidade de voltar às bases da constituição do sujeito, a fim de trazer à baila que ali onde se escuta

um sujeito partido desde *das Ding*, torna-se impossível fazer da técnica, instrumento de validação de seu lugar no que diz respeito ao saber sobre o sofrimento. Na medida em que, desde Freud, sabemos que é o saber oriundo do sofrimento que deve interrogar o método psicanalítico, e não o oposto.

No que diz respeito à transmissão da Psicanálise junto aos pares no trabalho em Saúde Mental, o mesmo preceito deve ser mantido e sustentado: o saber sobre a existência do inconsciente – e seu correlato trabalho a partir deste – não pode servir como exercício de poder.

Direção do tratamento ali, na escuta do sujeito em questão, como nas discussões clínicas em equipe.

Ressaltamos destes dois pontos largamente trabalhados na presente pesquisa aquilo que aqui, trazemos como produto desta, a saber: ali onde Freud se pergunta sobre as condições com as quais poderia ser sustentada uma Psicanálise em instituições de Saúde Mental, trazemos como fio condutor a política da *falta-a-ser* proposta por Lacan, a partir de seu retorno aos trabalhos freudianos acerca da técnica psicanalítica.

Retornamos, por fim, ao texto de Lacan *Direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1958), referência basilar da presente pesquisa, com o intuito de condensar alguns dos achados que sustentamos ser importantes apresentar neste momento de concluir, na medida em que submetemos a um exame crítico a relação entre estes seis pontos trabalhados por Lacan e o lugar dado aos preceitos e conceitos psicanalíticos na direção do tratamento em Saúde Mental.

Lacan escreve, e aqui inscrevemos nossas considerações sobre "*Para onde vai, portanto, a direção do tratamento?" ...* em Saúde Mental. (Lacan, 1958, p. 647)

Primeiro ponto: *"Que a fala aqui tem todos os poderes, os poderes especiais do tratamento." (Lacan, 1958, p. 647).*

Evidencia-se aqui os apontamentos e desdobramentos deste excesso de tecnicismo na relação institucional, assim como na escuta do sujeito. Perde-se a potência da fala orientada eticamente como direção do tratamento já que, com este mais-de-conceitualizar, vê-se um movimento de tamponamento quanto à liberdade fundamental e fundante da Psicanálise no que diz respeito à *Associação Livre & Atenção Flutuante.*

Neste movimento realizado, com Freud e Lacan, ao longo da pesquisa, pode-se observar que a depender de como a Instituição e os analistas ali inseridos se relacionam com a Psicanálise - sua teoria e prática -, pode-se facilmente cair no engodo de abandonar a aposta na dimensão primordial apontada por Lacan em sua *direção do tratamento* (1958): a liberdade dada ao analista, sob a condição de organizar suas intervenções a partir da política da Psicanálise.

Da Psicanálise, não se espera o poder de derrubar os muros de hospitais psiquiátricos, tampouco redigir Leis assistenciais. A partir desta pesquisa, sustentamos que uma das possibilidades do psicanalista nestes contextos é de produzir um reviramento de todo discurso que intente prescindir da palavra daquele que sofre.

Neste sentido, como tão bem assinalou Basaglia (1985), cabe à Psicanálise, por conseguinte ao psicanalista, buscar meios de operar a partir de sua ética algum tipo de trânsito discursivo, seja no interior das instituições onde realiza seu trabalho, como no curso de pesquisas como esta.

Em última instância, espera-se a construção de um saber passível de colocar em questão o funcionamento próprio das instituições onde a Psicanálise pode conquistar um espaço de pertinência clínica.

Acompanhados deste primeiro ponto, caminhamos rumo à segunda proposição de Lacan, a saber *"Que estamos muito longe, pela regra, de dirigir o sujeito para a fala plena ou para o discurso coerente, mas que o deixamos livre para se experimentar nisso."* (Lacan, 1958, p. 647).

A possibilidade de, a partir da escuta, oferecer este caminho pouco mais livre para a experimentação é pungente. Para isso, mostra-se necessário antes de mais nada aos psicanalistas praticantes/pesquisadores sustentarem em seus horizontes ao menos uma certeza: a impossibilidade de se dar conta do real.

Deriva-se, então, mais um ponto trabalhado por esta pesquisa: a importância de, ali onde as Políticas Públicas avançaram, relembrar a certeza anteriormente mencionada quanto à impossibilidade de se dar conta do real. Neste sentido, assim como a patologização da loucura nunca se fez mote possível para o tratamento, a simples socialização desta, ou, se preferirmos, a abertura dos manicômios não carrega a dimensão clínica necessária ao tratamento de um sofrimento tão agudo.

Incluir este limite no horizonte da luta antimanicomial é fundamental para que se possa, com isso, produzir algo novo. Seja nos equipamentos existentes, como em nossas teorias e práticas clínicas. Não fazer dos limites, pontos de atuação, mas antes pontos para reflexão quanto aos caminhos possíveis rumo à escuta e inclusão do sofrimento psíquico como condição humana que, por isso, não deve em hipótese nenhuma ser motivo de segregação.

Em última instância, parafraseando Fingermann (2015), ao incluir este limite ético, é possível fazer da ausência de uma resposta pré-fabricada não mais um desastre político, mas uma causa rumo à novos laços na *pólis.*

Causados por esta oferta, chegamos à terceira proposição de Lacan, *"Que essa liberdade é o que ele tem mais dificuldade de tolerar."*.

Esta dificuldade em tolerar é partilhada por todos. É nesta medida mesmo que entendemos a questão de Freud (1919) quando se pergunta se não valeria à pena ajudar o sujeito rumo à *"mais favorável solução desejada para o conflito"*, já que esta estaria atravessada por alguns componentes externos.

É neste ponto que trazemos as considerações sobre a resistência do analista no que tange suportar, na medida mesmo de ser suporte, junto ao analisando os descaminhos de seu desejo. Posto isso, cabe ao psicanalista garantir, ali onde não colocará em jogo mais que seu desejo *de não desejar o impossível*, oferecer a escuta, daquilo que, de partida, é sonegado ao sujeito sempre que se tenta – por vias externas ao tratamento – oferecer algo que o liberte de seu sofrimento.

Reafirmamos, por fim, que, partindo da política da *falta-a-ser*, cabe ao analista inserido em instituições de Saúde Mental, interpretar - não buscando de forma alguma a organização de uma cena transferencial que mostra-se desorganizada aos olhos da sociedade -, mas buscar, a partir da desorganização inerente ao sujeito, posto ser atravessado pelo desejo, a invenção de um caminho singular sustentado a muitas mãos, mas escrito por apenas uma: a do paciente.

Nesta medida, chegamos à quarta proposição, que versa sobre uma questão cara à Psicanálise, a saber *"Que a demanda é propriamente aquilo que se coloca entre parêntesis na análise, estando excluída a hipótese que o analista satisfaça qualquer uma."*.

Esta é a grande questão que permeou o escrito de 1919 de Freud, sobretudo quando este afirmou ser uma questão para os futuros analistas no que diz respeito ao incremento da *fusão do ouro da Psicanálise, junto ao cobre da sugestão*. Questão cara que permanece aberta e trazemos como produto a indicação de assim permanecer, na medida em que o manejo clínico que se espera de um analista frente à urgência de uma demanda é poder sustentar sua resposta não objetivando a satisfação do sujeito, mas sim a manutenção do desejo de saber. Nesta medida, a resposta, com a condição de não responder desde o lugar de um Outro consistente, visa apontar a impossibilidade de, na atenção irrestrita à demanda, seguir ofertando uma escuta ética.

Com isso, tem-se que o risco que atravessa qualquer tomada de posição que não leve em conta a transferência, isto é, a cena particular estruturada na relação com a Instituição, os pacientes e os terapeutas: transformar o paciente em um objeto, seja ele da luta antimanicomial, da luta por maiores e melhores direitos, da luta *"por uma Psicanálise x, ou y",* da luta pela internação compulsória. Na medida em que, fora da ética proposta pela práxis da Psicanálise, colocamos na relação analítica aquilo que supomos ser bom para o sujeito, abrindo mão de desejar aquilo que esta propõe em seu cerne e que deve atravessar o processo de tratamento do começo ao fim : *o desejo que efeitos analíticos sigam acontecendo.*

Com os pontos supramencionados, com Lacan (1958), chegamos à penúltima proposição, a saber: *"Que não sendo colocado nenhum obstáculo à declaração do desejo, é para lá que o sujeito é dirigido e até canalizado."*.

Aqui adentra-se outro importante ponto do trabalho do analista. Não ser ele mesmo o catalisador da resistência ao processo de análise, caindo no erro apontado por Lacan de se situar do lado da moral. Talvez este seja o ponto nevrálgico de todo o trabalho, na medida em que não há qualquer garantia do analista não circular, por vezes, neste campo organizado em torno do cerceamento do desejo. Em última instância, cabe, pois, à equipe como um todo, poder, de tempos em tempos, lançar mão de ferramentas que tenham como proposta aquilo que neste trabalho nomeamos por *destruncamento.*

Tem-se, então, a possibilidade de poder operar junto aos seus pares mecanismos que tenham como mote produzir um processo de separação em relação ao saber constituído sobre um determinado caso, sendo possível colher os efeitos desta separação, na medida em que a dimensão desejante é recolocada ali onde fora mutilada.

Perturbar o *status quo* de uma determinada direção sustentada ao tratamento. Aí está mais uma das funções possíveis para um psicanalista inserido no contexto da Saúde Mental. Recolhendo pedaços da história do sujeito, relançando-as a fim de viabilizar que o sujeito e a equipe voltem a ter, *nas manifestações do inconsciente*, a via régia para o tratamento.

Por fim, chegamos ao limite mesmo da Psicanálise, dado seu trabalho tendo no real sua causa, e no simbólico seu meio de sustentação: *"Que a resistência a essa declaração, em última instância, não pode ater-se aqui a nada além da incompatibilidade do desejo com a fala."*.

A fim de não se aterem *"a nada além da incompatibilidade do desejo com a fala",* cabe, ao analista e equipe orientar o tratamento de maneira ética. E é a partir disso que nomeamos *passo atrás* sempre que qualquer *a priori* advenha como luz a clarear o escuro percurso do desejo. Com isso, pretende-se oferecer não a paralisação ao analista e equipe, mas sim a constante lembrança de que quem escolhe por *onde, como e em que velocidade caminhar é o sujeito atravessado pelo sofrimento psíquico*. Saber disso, produz a possibilidade da equipe poder lançar mão de táticas das mais diversas para seguir sustentando a escuta deste sujeito.

Com estas considerações finais, reiteramos, com Freud, a inoperância ética que a Psicanálise assume na medida em que se tenta sustentar qualquer função correlata a uma *Weltanschauung* - de servir como visão de mundo. Uma visão que se pretende mais desenvolvida, ética e feliz que qualquer outra. Isso, sabe-se, desde Freud, não existe.

Reiteramos que, seja durante o trânsito de uma pesquisa, nas discussões entre as equipes em Instituições, como nos caminhos percorridos rumando um tratamento clínico, não há espaço para o cinismo do Ser analítico. Isto é, para esta violência posta em cena de maneira sub-reptícia nas mais diversas formas e meios de se ensinar a um analisando, um terapeuta, um psicanalista em formação, à paciente de um hospital dia e/ou a um aluno de graduação condições para se orientar e sustentar o desejo. Voltamos àquela que Lacan denuncia como produto primeiro do desejo, na medida em que se tentar contê-lo, a saber a censura moral.

Retomando as duas assertivas que provocaram o desejo de seguir pensando acerca da intersecção entre Psicanálise e Saúde Mental, tem-se que em ambos os casos,

o imperativo dizia de uma possibilidade única que daria conta de tratar o *louco*, reduzindo tudo o que não dissesse respeito à prática ali realizada, em *palavra morta*.

Para tanto, fica a questão de saber de que forma poderíamos, ali onde algo parece insistir em retornar, na forma de um movimento pendular, rumo a um retorno da lógica manicomial, aproveitar a brecha para – como que por *ato* - serem colocados em jogo outros movimentos para este pêndulo, oferecendo a este a potência de não mais oscilar nestes dois imperativos que reafirmamos aqui: o da internação e o da circulação a qualquer custo.

Se ao fim de seu artigo sobre *Caminhos para terapia psicanalítica* (1919), Freud alude a situações que pertenciam ao futuro e hoje dizem de nosso presente, propomos aqui algumas questões que, entendemos, abertas a partir da presente pesquisa.

Haveria algo de uma fetichização da loucura na medida em que faz dela objeto de fascínio, faz-cinismo?

É neste lugar mesmo que indicamos as interrogações: ali onde (h)a falta de uma resposta que dê conta do sofrimento inerente ao humano, deste gozo que escapa a qualquer tentativa de fazer consistir o Outro - A Saúde Mental, que tem na *liberdade* sua (in)consistência, surge como resposta.

Após o percurso de pesquisa torna-se imprescindível frisar a posição que abre campo para novas pesquisas, a saber, a importância de produzir algo como um deslocamento nesta relação neurocentrica com a Saúde Mental, na medida em que faz dela um *sintoma* que, pela via do sentido, não cessa de tentar escrever uma única direção para o tratamento. Nesta medida, propõe-se aqui sustentar alguma direção rumo à produção de um *Sinthome* que não cesse de escrever o impossível da relação sexual, por conseguinte: a colocação em causa do real do sofrimento humano.

Dado este passo inicial, fica o convite a pesquisas que possam de alguma forma servir como interpretação, a fim de colocar em movimento A Saúde Mental que não existe, viabilizando assim, a produção de um *saber-fazer* com esta liberdade conquistada – que hoje corre sérios riscos com o movimento de contrarreforma – a fim de que se possa constituir direções para o tratamento que possam incluir e conjugar três significantes que apontamos ser de suma importância, a saber: *sofrimento*, *liberdade* e *invenção*.

Cabe, por fim, reafirmar o lugar e a importância das Universidades Públicas para o sustento deste lugar disruptivo, que siga relançando, arejando e fazendo circular a loucura, a segregação e a violência que há em cada movimento novo que se proponha.

8. Referências Bibliográficas

Aguiar, F. (2006) *Questões epistemológicas e metodológicas em Psicanálise.* Jornal de Psicanálise, 39(70), 105-131.

Alberti, S. (2006). *A estrutura e as redes em Psicanálise*, In S. Alberti & A.C. Figueiredo, Sonia (Org.). *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

Alberti, S. & Figueiredo, A. (2006) *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta.* Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Amarante, P. (1994) *Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil*, In P. Amarante (Org.). Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Amarante, P. (1995) *Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica.* Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 491-94.

Amarante, P. (2001) *Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à Reforma Psiquiátrica*, In A. Quinet (Org.) Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Amarante, P. (2009) *Reforma Psiquiátrica e epistemologia*. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, no 1, jan-abr. (CD-ROM)

Amarante, P. & Beloni, F. (2014) *Ampliando o direito e produzindo cidadania*, In K. Pinho, L. Pinho, I. Lussi, M. L. Machado (Orgs.). Relatos de experiências em inclusão social pelo trabalho na saúde. São Carlos: Compacta Gráfica e Editora

Askofaré, S. (2015). *Anormalidade, anomalia, patologia e bem-estar: a saúde e suas políticas à prova da Psicanálise,* In R. Barros, V. Darriba (Orgs). Psicanálise e Saúde: entre o estado e o sujeito. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Barreto, F. P. (2007) *A Psicanálise aplicada à Saúde Mental.* In, CliniCAPS; nº 1. UFMG: Minas Gerais (1): 1-28, jan.-abr.

Basaglia, Franco. (1982) *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática.* Tradução: Sonia Soianesi, Maria Celeste Marcondes. São Paulo: Editora Brasil Debates.

Basaglia, F. (1985a) *Apresentação*, In F. Basaglia (Org.). A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. (Trad: Heloisa Jahn.) Rio de Janeiro; Edições Graal.

Basaglia, F. (1985b) *A Instituição da Violência*, In F. Basaglia (Org.). A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. (Trad: Heloisa Jahn.) Rio de Janeiro; Edições Graal

BRASIL, Ministério da Saúde. (2008) *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Min. da Saúde, 2008.

BRASIL. (2001). *Lei no 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001a.

BRASIL. (2002). *Lei no 010.406*. Código Civil do Brasil, de 10 de janeiro de 2002.

Campos, D., Campos, P. & Rosa, C. M. (2010) A confusão de línguas e os desafios da Psicanálise de grupo em instituição. Psicologia Ciência e Profissão. Brasília , v. 30, n. 3,

Canguilhem, G. (1966) *O Normal e o patológico.* (Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas) 7ª Edição – Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Costa, A. P. & Poli, M. C. (2010) *Dos discursos no laço social: a construção de uma moradia possível na psicose*. Psicol. rev. (Belo Horizonte), Belo Horizonte , v. 16, n. 2, ago. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682010000200011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 maio 2014.

Checchia, M. (2015) *Poder e política na clínica psicanalítica.* São Paulo: Annablume, 2015)

Clot, Y. *A contribuição de Tosquelles à clínica do trabalho*. Trabalho & Educação, Belo Horizonte, v.22, n.1, p.199-208, jan./abr.2013

Delgado, P. G. (2001) *O tratamento a partir da Reforma Psiquiátrica*, In A. Quinet (Org.). Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Delgado, P. G. (2011). *Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva, 16(12), 4701-4706. https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300019

Dunker, C. & Kyrillos, F. (2015) Psicanálise e Saúde Mental. Porto Alegre: Criação Humana.

Di Ciaccia, A. (2005) *A prática entre vários*. In: Psicanálise Clínica e Instituição - Márcia Mello de Lima & Sonia Altoé (Orgs.). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

Elia, L. (2006) *Psicopatologia e Psicanálise na clínica da Saúde Mental*, in S. Alberti & A.C. Figueiredo (Orgs.). *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta.* Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Elia, L. (2011). *Por uma Psicanálise desavergonhada diante da ciência*, In Psicanálise, Universidade e Sociedade. (Org. Caldas, H.; Altoé, S.)

Elia, L. (2012). *Autismo e segregação.* A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade, v. 4, p. 55 - 64.

Estêvão, I & Metzger, C. (2016) *Acompanhamento Terapêutico: tática, estratégia e política*. A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade, v. 7, p. 69 - 79.

Ferrari, S. (2012) *Saúde Mental: acompanhamentos terapêuticos, reabilitação psicossocial e clínica*. revista ceto - ano 13 - nº 13 - 2012

Fink, B (2017) *Fundamentos da técnica psicanalítica: uma abordagem lacaniana para praticantes*. (Trad. Carolina Luchettta, Beatriz Aratangy). São Paulo: Blucher; Karnac, 2017)

Figueiredo, A. C. (2001) *Reforma Psiquiátrica e Psicanálise: um novo aggionarmento?,* In A. Quinet (Org.). *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências.* Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Figueiredo, A. C. (2005) *Uma proposta da Psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial.* Mental, ano III, n. 5, UNIPAC, p. 43-55.

Figueiredo, A. C. (2012) *Psicanálise e práticas institucionais na Saúde Mental: o estado da arte,* In R. Barros, V. Darriba (Orgs). Psicanálise e Saúde: entre o estado e o sujeito. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Figueiredo, A. C. & Frare, A. P. (2014) *A função da Psicanálise e o trabalho do Psicanalista nos serviços residenciais terapêuticos*. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo , v. 11, n. 1, Mar. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000100008&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 May 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142008000100008.

Freud, S. (1895a) *Projeto para uma psicologia científica*, In Edição *Standard* Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Volume 1, Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1895b) *Estudos sobre a histeria,* In Edição *Standard* Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Volume 2, Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1897) *Carta de setembro de 21 de setembro de 1897,* In Correspondência completa de Sigmund Freud a Wilhelm Fliess: 1887-1904. Rio de Janeiro, Imago: 1986

Freud, S. (1900) *A interpretação dos sonhos.* (trad. Renato Zwick). Porto Alegre, RS: L&PM, 2016.

Freud, S. (1910) *As perspectivas futuras da terapia psicanalítica*, In Obras psicológicas completas. Edição Companhia das Letras. Vol. 9. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

Freud, S. (1912) *Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise*. (Trad. Claudia Dornbusch), In P. H. Tavares & G. Iannini (Orgs.). Obras Incompletas de Sigmund Freud. Belo Horizonte: Autêntica Editora,

Freud, S. (1915) *As pulsões e seus destinos* (Trad. Pedro Heliodoro), In P. H. Tavares & G. Iannini (Orgs.). Obras Incompletas de Sigmund Freud. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Freud, S. (1917) *Uma dificuldade da Psicanálise* (Trad. Paulo César de Souza). Obras Completas. Vol. 14. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

Freud, S. (1919) *Caminhos da terapia psicanalítica* (Trad. Claudia Dornbusch), In P. H. Tavares & G. Iannini (Orgs.). Obras Incompletas de Sigmund Freud. Belo Horizonte: Autêntica Editora

Freud, S. (1921a). *Psicologia das massas e análise do eu,* In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XVIII: Além do princípio do prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1922[1923]). *Dois verbetes de enciclopédia,* In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XVIII: Além do princípio do prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1925). *A negação* (Trad. Marilene Carone), In A negação: Sigmund Freud, 1ª Edição, São Paulo: Cosac Naif.

Freud, S. (1930). *Mal-estar na cultura,* In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XXI: O futuro de uma ilusão, O mal-estar na civilização e outros trabalhos). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1938[1940]). *Compêndio de Psicanálise.* (Trad. Claudia Dornbusch), In P. H. Tavares & G. Iannini (Orgs.). Obras Incompletas de Sigmund Freud. Belo Horizonte: Autêntica Editora

Ferrari, S. (2012) *Saúde Mental: acompanhamentos terapêuticos, reabilitação psicossocial e clínica*. revista ceto - ano 13 - nº 13 - 2012

Fingermann, D. (2016) *A (de)formação do psicanalista: as condições do ato psicanalítico*. São Paulo: Escuta.

Gelbcke, F.L; matos, E; Sallum, N.C. *Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar*. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva. v. 6, nº 4 (2012) P. 31-39. Disponível em: http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1202/1087.

Goldenberg, R. (2018) *Desler Lacan*. V. 1. São Paulo: Instituto Langage.

Jorge, M. A. C. (2017) *Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan, Volume 3: a prática analítica*. Rio de Janeiro: Zahar.

Kyrillos Neto, Fuad. (2003) *Reforma Psiquiátrica e conceito de esclarecimento: reflexões críticas*. Mental. dez. 2003, vol.1, no.1. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272003000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 de jan. 2019.

Kyrillos, F. (2011) DSM e ideologia: reflexões acerca da pretensão de uma diagnóstica totalizante, In F. Kyrillos (Org.). *Saúde Mental e Psicanálise: lógica diagnóstica e novos sintomas.* Barbacena: EdUEMG.

Lacan, J. (1936) *Para além do "princípio da realidade",* In Escritos. (Trad. Vera Ribeiro). Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1953) *Função e campo da fala e da linguagem em Psicanálise,* In Escritos. (Trad. Vera Ribeiro). Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1956) *A situação da Psicanálise em 1956*, In Escritos. (Trad. Vera Ribeiro). Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1958) *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*, In Escritos. (Trad. Vera Ribeiro). Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J (1959 - 1960) *Seminário 7 – a ética da Psicanálise.* (Trad. Antônio Quinet). 2ª edição. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1964) *Seminário 11 – os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise.* (Trad. M. D. Magno). 2ª edição. Rio de Janeiro: Zahar, 2008

Lacan, J. (1967) *Função e campo da fala e da linguagem,* In In Escritos. (Trad. Vera Ribeiro). Rio de Janeiro: Zahar.

Lombardi, G. (2015) *A resistência como máscara do desejo*. (Trad. Maria Claudia Formigoni). São Paulo: Agente Publicações, 2017)

Medicina, C. F. (2017) *Em 11 anos o SUS perde quase 40% de seus leitos de internação em psiquiatria*. In https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26791:2017-03-20-15-30-48&catid=3

Medeiros, M.B de M. (2006) *Interdição Civil: uma exclusão oficializada?* Textos e Contextos, n.5, 2006. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1021/801

Mezan, R. (1998) *Freud: a trama dos conceitos*. São Paulo: Perspectiva, 2013.

Quinet, A. (2012) *As 4 + 1 condições de análise.* 12ª edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

Rabinovich, D. (2000) *O Desejo do psicanalista: liberdade e determinação.* (Trad. Paloma Vidal). Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.

Ramos, C. (2016) *O desejo do analista na direção do tratamento.* In: Palestra proferida no Espaço Singular . São Paulo. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=0GYoGn26ldw, acesso em 20 março de 2019

Rinaldi, D. L. (1996). *A ética da diferença: um debate entre Psicanálise e antropologia*. Editora Zahar, Rio de Janeiro.

Rinaldi, D. L. (1997). *Ética e desejo: da Psicanálise em intensão à Psicanálise em extensão*. Papéis – Revista do Corpo Freudiano, 7. Recuperado em 22 de janeiro, 2012 de www.interseccaopsicanalitica.com.br/.../Doris_Rinaldi_Etica_desejo.d.

Rinaldi, D. L. (1999). *Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da Saúde Mental.* Recuperado em 12 de março de 2008, de www.interseccaopsicanalitica.com.br

Rinaldi, D. L. (2006) *Entre sujeito e o cidadão: Psicanálise ou psicoterapia no campo da Saúde Mental?*, In S. Alberti & A. C. Figueiredo (Orgs.). Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Rinaldi, D. L. & Alberti, S. (2009) *Psicanálise, Saúde Mental e Universidade*, Estudos e Pesquisa em Psicologia, UERJ, RJ, ANO 9, N.2, P. 533-545. Disponível em http://www.revispsi.uerj.br/v9n2/artigos/pdf/v9n2a18.pdf

Rinaldi, D. L. (2015). *Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de Saúde Mental*. Ciência & Saúde Coletiva, 20(2), 315-323. https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.17332013

Sauret, M-J. (2003). *A Pesquisa Clínica em Psicanálise*. Psicologia USP, 14(3), 89-104. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642003000300009

Sauret, M-J. (2006) *Psicanálise, psicoterapias... ainda*, In S. Alberti & A. C. Figueiredo (Orgs). *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Silveira, F. (2012). *Operação centro legal e as políticas públicas de enfrentamento ao crack*. (*no prelo)*

Soler, C. (2011) *O que faz laço?* (Trad. Elisabeth Saporiti). São Paulo: Escuta, 2016.

Tavares, P. H. (2008) *A língua alemã em Freud - E Eu com Isso?.* Acheronta (En línea) , v. 25, p. 18.

Tenório, F. (2001) *Da Reforma Psiquiátrica à clínica do sujeito*, In Quinet, Antonio. Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Viganò, C. (2006). *Basaglia com Lacan*. Mental, Barbacena , v. 4, n. 6, jun. 2006 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 maio 2018.

Viganò, C. (2010). *A construção do caso clínico.* Opção Lacaniana online nova série, v. 1, n. 1 disponível em: http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_1/A_construcao_do_caso_clinico.pdf acesso em dez.2018