UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PATRÍCIA BURGOS DE OLIVEIRA LEITE

Dizer do sofrimento na saúde mental: considerações psicanalíticas.

São Paulo
2019

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PATRÍCIA BURGOS DE OLIVEIRA LEITE

Dizer do sofrimento na saúde mental: considerações psicanalíticas.

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Área de concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Livia Tourinho Moretto

São Paulo

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Burgos de Oliveira Leite, Patrícia

Dizer do sofrimento na saúde mental: considerações psicanalíticas. / Patrícia
Burgos de Oliveira Leite; orientadora Maria Lúcia Tourinho Moretto. -- São Paulo,
2019.

149 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) --
Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2019.

1. Sofrimento. 2. Saúde Mental. 3. Psicanálise. 4. Discursos. 5. CAPS. I.
Tourinho Moretto, Maria Lúcia, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Patrícia Burgos de Oliveira Leite

Título: Dizer do sofrimento na saúde mental: considerações psicanalíticas.

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Área de concentração: Psicologia Clínica.

Aprovada em: _____

Banca Examinadora:

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente, com muito carinho, a minha orientadora Maria Livia Tourinho Moretto, pela parceria neste processo e por apontar, quando nem sempre eu podia reconhecer, as voltas que dei com e pelo texto. Agradeço aos colegas do grupo de pesquisa do Laboratório de Psicanálise, Instituição e Saúde, que compartilharam diferentes partes desta trajetória comigo. As leituras, comentários, paciência e generosidade de vocês são parte do que torna este texto possível. Obrigada Cláudio Kazuo, Daniela Ferraz, Eliane Dias, Gustavo Ramos, Isabela Ledo, Julia Catani, Lara Mundim, Laura Bechara, Layla Gomes, Luciana Chagas, Marina Lavrador, Marcus Vinícius Rezende, Mayra Xavier, Paula Maia, Thaís Pereira e William Fender. Agradeço com especial carinho a Daniela e Laura pelo lado-a-lado com que, em diferentes momentos, trilhamos caminhos nos últimos anos. Aos parceiros do grupo de leitura de Freud — Daniela, Lara, Layla, Marcus Vinícius, Paula e Thaís — agradeço imensamente, com o brilho da alegria, por transformar segundas-feiras em um lugar de parceria e compartilhamento.

Agradeço a todos os colegas de trabalho no CAPS Itapeva, especialmente àqueles cuja parceria me ajuda a seguir apostando na possibilidade de um fazer junto que conta com, e não apesar de, o outro. Obrigada a todos os colegas da minha equipe, com quem divido os desafios clínicos e políticos de nosso território, diariamente. Agradeço, especialmente, a Lucas Hangai, Iara Pedó, Paula Ramalho, Diogo Abrantes, Jacqueline Santoro, Ana Stella Silveira, Cássia Gomes, Stefania Vallado. Agradeço ao Núcleo de Ensino e Pesquisa por apoiar esta empreitada.

Agradeço a minha família, pelo lar e pelo amor que sustentamos em nossas relações, mesmo quando tantos quilômetros marcaram nossa voz. O espalhamento que toca nossa família dá testemunho de nossa escolha pelo carinho. Maria Cecília Burgos Leite, Rita de Cássia Burgos de Oliveira, Cleantho de Paiva Leite Filho, Mariana Paiva Leite, Gabriel Leite Mariante, obrigada. Sem vocês tanta coisa não seria possível!

Às amigas e aos amigos Mayra Tsuji, Thiago Abrantes, Ticiane Salomão, Nina Galvão, Beatriz Besen, Elton Pinotti, Luiza Arroyo e Gabriel Vilaça eu agradeço por cada encontro, cada café, cada leitura, cada vez que me deram um canto em casa e no peito para que pudesse escrever ou descansar. Vocês me dão alegria e energia capazes de ofuscar muitas versões de tristeza ou cansaço; com vocês construo novas versões do amor. Aos amigos de São Miguel Paulista, pelo novo ponto no mapa das relações que trago no peito.

Agradeço a Rodrigo Camargo, pelo silêncio e pela escuta com a qual pude contar ao longo destes anos.

Agradeço a todos que confiam à minha escuta suas palavras, suas versões do sofrimento e da experiência.

RESUMO

LEITE, P.B.O. *Dizer do sofrimento na saúde mental: considerações psicanalíticas*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Intervenções junto aos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), contexto em que a pesquisadora psicanalista desenvolve sua prática, são operadas a partir de diferentes ancoragens éticas e modalidades discursivas. Este estudo tem como objetivos investigar, a partir do referencial psicanalítico, o uso da palavra sofrimento por uma equipe de saúde mental em suas práticas assistenciais e interrogar a respeito dos limites e alcances da psicanálise junto aos problemas apresentados. Procuramos aproximarmo-nos deste contexto de trabalho, discutir o termo sofrimento tal como incide nas práticas que ali se desenvolvem, verificar a relação entre o uso deste termo e os discursos presentes no campo da saúde mental e elaborar eventuais contribuições da psicanálise para o campo pesquisado. Para alcançar estes objetivos, caracterizamos o campo de trabalho, considerando suas especificidades e inserção em processo histórico mais geral, nos voltamos a publicações de outros psicanalistas sobre o sofrimento e abordamos como a palavra sofrimento vem sendo utilizada a partir da construção e análise de quatro situações clínico-institucionais. Para a análise destas situações, lançamos mão da teoria dos discursos proposta por Lacan em 1969. Pudemos localizar que o sofrimento nem sempre é abordado a partir de uma lógica discursiva clínica e que por vezes as ações operadas visam a normatização do que é considerado fora da ordem ou de parâmetros morais socialmente estabelecidos e localizados historicamente na cultura. Os desdobramentos das ações com frequência não respondem às expectativas da equipe ou ao que é escutado pela psicanalista como demanda de quem é atendido. Isso frustra a equipe e, em nossa leitura, gera efeitos de trabalho que não respondem aos desafios da clínica operada no CAPS e não se alinham com a orientação ética da psicanálise. A insistência, a frustração e a ineficácia clínica parecem ter relação com o não reconhecimento da dimensão impossível implicada nas operações discursivas que subjazem as práticas desenvolvidas. Um dos tratamentos possíveis para a experiência de trabalho de uma psicanalista em um CAPS diz respeito à sustentação do impossível em sua dimensão produtiva, uma vez que faz circular os discursos sobre o sofrimento e seus efeitos.

Palavras-chave: Sofrimento. Saúde mental. Psicanálise. Discursos. CAPS.

ABSTRACT

LEITE, P.B.O. *Speaking about suffering in mental health: psychoanalytic considerations.*

Master's Dissertation, Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

Interventions with users of a Psychosocial Care Center (CAPS), context in which the psychoanalytic researcher develops her practice, are operated from different ethical anchorages and discursive modalities. This study aims to investigate, from the psychoanalytical standpoint, the use of the word *suffering* by a mental health team in its care practices and to scrutinize the scope of psychoanalysis regarding the considered issues. We seek to approach this context of work, to discuss the term *suffering* as it affects the practices developed, to verify the relationship between the use of this term and the discourses present in the field of mental health and to elaborate possible contributions of psychoanalysis. To achieve these objectives, we characterize the field of work, considering its specificities and insertion in a broader historical process, resort to publications of other psychoanalysts about suffering and we approach how the word *suffering* is being used through the construction and analysis of four clinical-institutional situations. In order to analyze such situations, we recur to the discourse theory proposed by Lacan in 1969. We point out that suffering is not always approached from a clinical discursive logic and that sometimes the interventions aim at normalizing what is considered to be out of order or noncompliant with historically situated and socially established moral parameters. Outcomes of the actions often do not respond neither to the expectations of the team nor to what is considered by the psychoanalyst as a demand from those under treatment. It is our understanding that this frustrates the team and generates effects that do not respond to the challenges of the clinic developed in the CAPS and do not align with psychoanalysis' ethical orientation. Insistence, frustration, and clinical inefficiency seem to be related to non-recognition of the impossible dimension involved in the discursive operations that underlie the practices. One of the possible treatments for the experience of a psychoanalyst in a CAPS regards sustaining the impossible in its productive dimension, as it promotes circulation of discursive modalities on suffering and its effects.

Keywords: Suffering. Mental health. Psychoanalysis. Discourses. CAPS.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Os quatro discursos.	84
Figura 2: Lugares nos discursos.	86
Figura 3: Discurso do mestre.	87
Figura 4: Discurso da histórica.	88
Figura 5: Discurso do universitário.	89
Figura 6: Discurso do analista.	90
Figura 7: Circuito discursivo I.	121
Figura 8: Circuito discursivo II.	122

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

eCR - Equipe de Consultório na Rua

MP - Ministério Público

PS - Pronto Socorro

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 - Introdução	17
1.1 - Sofrimento, saúde e psicanálise	21
2 - Objetivo	27
2.1 - Objetivos específicos	27
3 - Método	28
3.1 - Procedimentos	29
4 - Uma aproximação ao campo de pesquisa	33
4.1 - Destinos da loucura e precursores da Reforma Psiquiátrica	34
4.2 - Elementos da política atual de saúde mental	37
4.3 - Território de trabalho, campo de pesquisa	40
5 - Usos da palavra sofrimento: reflexões iniciais a partir da psicanálise	44
5.1 - Dor e sofrimento	46
5.2 - Psicopatologia e sofrimento	51
5.2.1 - <i>Sufrimento psíquico e “inadequação” das categorias diagnósticas</i>	55
5.3 - Método psicopatológico	59
5.4 - Mal estar, sofrimento e sintoma	62
5.5 - Agenciamentos discursivos: uma abordagem ao sofrimento	66
6 - Sofrimento, ética e discursos: o impossível como tarefa do analista	71
6.1 Felicidade e economia libidinal	72
6.2 Sofrimento e evolução cultural	76
6.3 Ética da psicanálise	80
6.4 Laço social e teoria dos discursos	84
7 - Situações da clínica da e na instituição	96
7.1 - Situação 1: Solange quer estar doente	97
7.1.1 - <i>Retorno: Solange é escutada</i>	100
7.2 - Situação 2: Roberto está em risco	103

<i>7.2.1 - Retorno: Roberto recusa</i>	<i>106</i>
7.3 - Situação 3: Pedro pode desencadear um surto	109
<i>7.3.1 - Retorno: Pedro fala</i>	<i>112</i>
7.4 - Situação 4: Agar grita	117
<i>7.4.1 - Retorno: Agar (ainda) grita</i>	<i>120</i>
7.5 - Trabalho clínico-institucional no CAPS, psicanálise e a abordagem pelos discursos	127
8 - Considerações finais: campos distintos, contribuições mútuas	137
REFERÊNCIAS	142
LEGISLAÇÃO	149

APRESENTAÇÃO

Este escrito traz aquilo que pude produzir a partir de minha trajetória, dos caminhos formativos e profissionais que trilhei até o momento. Estes caminhos passam por campos que por vezes parecem muito distintos entre si. O que fazer com o interesse pelos funcionamentos sistêmicos das coisas e das instituições, pelos “grandes problemas”, que por vezes se refletem na dimensão macro das políticas públicas? Como colocar este interesse para conversar com um desejo de saber sobre o que há de mais íntimo, singular, uma mínima diferença que transforma um acontecimento em algo avassalador? Não se trata, claro, de uma conciliação: isso pude aprender há alguns anos. A ideia de uma interlocução, uma conversa em que se preservam os lugares de onde cada discurso é operado, essa ainda não foi abandonada e diz respeito a esta pesquisa.

Meu contato com a psicanálise foi marcado por esta tensão. Na graduação, pesquisava saúde por um viés marxista, meu objeto era a saúde do trabalhador, o método passava pela entrevista com jovens operários. Então, em outra direção que inicialmente parecia muito diferente, pude ter contato com a escuta clínica, supervisionada por um psicanalista. Reencontrei as experiências de alienação e sofrimento que podia notar na pesquisa com operários, porém ditas de um lugar absolutamente singular, vinculadas às mais diversas experiências. Ainda que uma fala se dirigisse a mim, eram endereçadas a uma investigação em que o saber não estava mais comigo, mas do lado do sujeito que falava.

Desde então o estudo e a prática clínica no campo psicanalítico me acompanham. Acompanha-me, também, este compromisso com algo da ordem do coletivo e do político. Tentei encontrar modos de operar com essas duas presenças em diferentes contextos — na clínica com casos graves da infância, em uma instituição de tratamento privada, fundada por psicanalistas; na interface com a experiência educacional, em uma creche pública; na escuta de imigrantes em situação de abrigamento, em um serviço da assistência social. A cada vez, muitos aprendizados e sempre novas questões.

Depois de terminar a graduação, optei por seguir minha formação em um Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental, uma pós-graduação *lato sensu* que se organiza principalmente a partir da prática em serviço. Passei meus dias, por um ano, imersa no trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como parte de uma equipe de saúde

mental, no lugar controverso de profissional já formada, mas em aprimoramento. Foi um período de trabalho intenso e de experimentação quanto aos modos de compôr práticas em equipe, no qual a psicanálise seguiu como o campo de onde eu extraia meus referenciais clínicos e éticos. Tive contato com modos de circulação com o laço social que nunca antes havia testemunhado, com uma concentração de apresentações da loucura, da vulnerabilidade social e da miséria que me tocaram de modo irreversível. Tive contato também com o modo de funcionar de uma política pública, com discussões sobre financiamento, sobre produtividade, sobre rede de assistência. Aprender a construir uma clínica que opere a partir da psicanálise em um contexto tão diverso daquele do consultório privado foi uma questão que se abriu e não se fechou desde então.

Findo este ano, agora na qualidade de “aprimorada” em saúde mental, decido por seguir em dois campos de trabalho: estabeleço minha própria clínica em um consultório particular e procuro um emprego em serviços de saúde mental públicos. Sou contratada no mesmo CAPS onde realizei minha formação.

O CAPS tem a qualidade de não ser um ambulatório de atendimentos clínicos em que o usuário¹ é considerado apenas a partir das diversas categorias profissionais que compõem o quadro de funcionários. Os atendimentos existem, claro, mas são um fragmento do trabalho realizado. Os dispositivos clínicos com que contamos em um CAPS são variados e passíveis de reinvenções, muitas vezes sustentados por um desejo que o profissional que o coordena empresta. Oficinas de expressão verbal ou artística, projetos de geração de renda através da economia solidária, circulações pelo território da cidade com idas ao cinema ou jogos de futebol em parques — os recursos terapêuticos são muitos. Para além da modalidade da atividade realizada, conta o modo como cada profissional suporta ou conduz cada uma delas, de onde extrai seus parâmetros clínicos e éticos. Temos ainda o contato frequente com outros serviços de saúde ou da assistência social atuantes na mesma região de abrangência, contato

¹ A população atendida pelos serviços de saúde pública do Sistema Único de Saúde (SUS) são chamados de *usuários* tanto no dia a dia das equipes de saúde quanto nos textos orientadores do trabalho humanizado em saúde. Isso marca uma diferença em relação ao termo *pacientes*, tradicional na clínica médica e, em muitos contextos, na prática psicanalítica. Esta diferença diz respeito ao modo como os movimentos sociais e de trabalhadores do SUS propõem que a população atendida seja considerada — não apenas como passíveis de intervenções sanitárias, pacientes atendidos, mas como cidadãos que acessam os serviços, usufruindo do direito previsto constitucionalmente de acesso universal à saúde. Apesar de sabermos que o nome em nada garante o acesso ou a humanização dos cuidados, optamos por usar neste texto essa mesma denominação, que também é a prioritariamente utilizada no cotidiano do CAPS campo de pesquisa.

que passa pela responsabilização pela assistência promovida no território e pelo compartilhamento do cuidado dispensado a alguns casos.

O campo de trabalho é complicado, multifacetado: como é estar presente como psicanalista nestes diferentes momentos? Quando a instituição pede algo a uma psicóloga, como responde uma profissional que opera a partir da psicanálise? Uma psicanalista — presente em dispositivos de grupo, entre outros profissionais não psicanalistas, intervindo junto a um serviço de assistência social, em atendimentos que se dão na rua ou na casa de uma família... O lugar de onde uma psicanalista opera a clínica parece estar constantemente a se construir, com questões sempre relançadas sobre os efeitos do trabalho no tratamento dos sujeitos atendidos.

Em outros tantos momentos, aparece a dimensão da disputa de paradigmas clínicos e as diferenças entre discursividades presentes no mesmo contexto de práticas. São as horas em que o que é pedido pela instituição de saúde é inconciliável com o que se pode responder, quando a conduta decidida por outros membros da equipe parece de todo modo inadequada para a direção de tratamento que orientava as intervenções, ou quando a dificuldade de transmitir um raciocínio clínico aponta para a diferença radical das ancoragens éticas em cena. Existem outras batalhas, ainda, pela manutenção de um serviço qualificado, bem equipado, com salários e condições de trabalho adequadas — esta é uma batalha sobre a qual não me debruço nesta pesquisa, mas cujos efeitos resvalam nas práticas de todo profissional da rede pública.

Em conversa com uma colega, psicanalista mais experiente que passou pelo CAPS em que trabalho há alguns anos, falei sobre a pesquisa como possibilidade de destrinchar minha relação de psicanalista com o campo de trabalho da saúde mental pública. Esse significante permaneceu, por um tempo, comigo: destrinchar como quem corta algo em partes, como quem fatia e desarticula, carregava um sentido me parecia inadequado, ainda que presente na minha escolha pela palavra. Porém, estava presente também outra possibilidade, produzida por um deslocamento: a chance de tirar das trincheiras, tirar as tensões de um buraco para colocar em um território, em um campo aberto de questionamento e de pesquisa. Esse sentido tenso e muito vivo segue como um mote que sustenta a pesquisa: desentrinchar as posições discursivas no campo de trabalho na saúde mental, considerando minha posição a partir da psicanálise na apreciação do problema estudado.

Conforme avancei na escrita houve um processo de dar-se conta de que a inquietação que sinto com o trabalho e que anima a pesquisa não é vivida unilateralmente. Algo inquieta na presença de uma psicanalista, algo dissona — a psicanálise e a saúde não são a mesma coisa e isso tem efeitos para os diferentes agentes em um contexto de práticas compartilhado. Estes dois campos discursivos por vezes apresentam-se como avessos, por vezes se tocam a partir do impossível de um e de outro. O campo a que chamamos de saúde é marcado por um processo histórico de tentativas de governar sobre o corpo e ordenar a cultura numa determinada direção, deixando de fora o sujeito escutado pela psicanálise para operar de modo eficaz. Os discursos da saúde e da psicanálise se relacionam com o sujeito, com a história e com as demandas atuais da cultura de modos diversos.

Ao manter a escuta atenta é possível notar que algo sempre fracassa nas tentativas de governo ou de tratamento. Se impõem o real do sintoma, da loucura, da miséria, a impotência frente a correlações de força pouco benfazejas — são muitos os momentos em que sou lembrada de limites do trabalho. Tento colher do fracasso dos discursos operantes na cena clínica, daquilo que comparece como impossível, algo que relance minha prática, faça girar as posições em jogo e promova novas possibilidades de trabalho. É a partir desta escuta e das inquietações vividas no trabalho cotidiano em um CAPS que formulei um problema de pesquisa.

Há mais de quatro anos insisto nesta trajetória, agora composta também pela pesquisa na universidade. O mestrado é outra maneira de apostar nesta trajetória — a reafirma no mesmo ato em que a questiona, na medida em que me coloco em posição de investigadora de um processo que segue produzindo enigmas, que segue apontando para o limite do meu saber e que ainda assim (ou, talvez, por isso mesmo) é onde deposito muito de minha prática cotidiana. Mais (ou muito menos) do que fazer sentido, espero poder saber-fazer algo com minha presença enquanto psicanalista nos contextos de trabalho que me disponho a ocupar.

1 - Introdução

O cotidiano de um CAPS coloca para cada profissional os desafios do trabalho com uma população frequentemente marcada por sinais de exclusão e vulnerabilidade sociais, assim como modos de circulação no laço com o outro que, por diversos motivos, são considerados insuficientes, fracassados ou loucos. Oferece um campo de experiências clínicas e institucionais indubitavelmente ricas, mas também duras e, por vezes, carentes de uma reflexão crítica sobre o posicionamento da equipe em relação às próprias práticas. Para uma profissional que opera a clínica a partir da psicanálise, que habita com seus referenciais éticos e teóricos este campo de trabalho em que circulam diferentes paradigmas, é um trabalho que exige implicação, que mobiliza o desejo, mas que também inquieta.

Situações complexas que parecem estar além do alcance de qualquer ação pensada pela equipe, comportamentos considerados inadequados ou arriscados que insistem em não cessar (apesar da conduta prescrita ser seguida), pacientes que sequer aderem ao tratamento — são frequentes as ocasiões em que a experiência questiona os limites das intervenções em um serviço de saúde mental. A cada vez, as condutas escolhidas informam sobre as concepções acerca dos fenômenos de que se trata e sobre as diferentes estratégias utilizadas pelos discursos sobre tais fenômenos para tratá-los.

Por vezes, em detrimento de um raciocínio clínico compartilhado, intervenções junto aos usuários atendidos no serviço são justificadas em função de um sofrimento suposto pela equipe. Vemos, por exemplo, a decisão por um aumento na medicação, a recomendação de uma internação ou a sugestão da participação em tal ou qual dispositivo institucional sendo definidas pela equipe em termos de sofrimento do outro. Em função do sofrimento, a equipe autoriza-se a decidir uma intervenção sobre o outro da qual não necessariamente este toma parte, mas que parece estar já justificada de antemão, já que é para seu bem, para amenizar seu sofrimento.

Esta experiência provoca inquietações, para uma psicanalista, em diferentes níveis. Primeiro pela suposição de que existe algo como uma “boa comunicação” entre pares, um bom entendimento sobre a experiência de si e do outro mediado pelas palavras. Isso se dá, por exemplo, no momento em que o sofrimento é usado como elemento numa discussão sobre a direção de tratamento sem que necessariamente haja um terreno comum entre os

interlocutores, sem a consideração de que uso cada um faz desta palavra. Em segundo lugar, pela delimitação do que é o bem ou o mal para o outro a partir dos parâmetros de um campo de saber alheio àquele de quem se fala. Nestes casos, o sofrimento não parece ser considerado a partir da escuta do sujeito em tratamento, mas a partir de parâmetros morais ou normativos veiculados pelos profissionais de saúde. Articulando essas duas dimensões de inquietação, observa-se a expectativa de resolução dos supostos problemas do sofrimento a partir do campo da saúde mental, o que pode expressar uma compreensão de que a saúde é aquela que melhor responde às experiências chamadas de sofrimento pela equipe. Esta operação transforma o sofrimento em um problema de saúde, alinhado a sintomas ou sinais de um adoecimento, o que merece alguma pausa para consideração.

Esta resposta proveniente da saúde mental nos parece passível de problematização. A psicanálise questiona, apoiada em seus operadores teóricos e sustentada por sua clínica, a existência de um significado específico ou um sentido unívoco para a experiência de um sujeito em sua relação com o mundo. Nessa perspectiva, não haveria *a priori* nada natural na pretensão da saúde mental de dar conta de problemas do sofrimento ou na expectativa dos profissionais de avaliar o que é o bem para o outro, o usuário atendido. Mesmo o entendimento do que é e que função tem um sintoma, a construção de uma hipótese diagnóstica e os recursos para intervir junto a processos entendidos como psicopatológicos não são os mesmos para a psicanálise e para a saúde. Em um serviço de saúde mental, essa distinção se desdobra em apreensões distintas dos fenômenos a serem tratados.

Decerto existem outros ditos recorrentes neste campo de práticas que promovem inquietações semelhantes, além das falas sobre o sofrimento. Lembremos, a título de exemplo, de expressões como "isso é grave" ou "isso é uma crise" que, fora de uma contextualização em um campo discursivo de onde poderiam extrair suas referências, facilmente promovem um falso entendimento comum e comparecem como justificativas auto-evidentes para práticas em saúde. Esse debate nos parece relevante, já que muitas vezes se desdobram em condutas clínicas que afetam diretamente os usuários dos serviços, em formulações como "isso é grave e deve ser medicado" ou "isso é uma crise e precisa ser contida". A que se refere a gravidade? De que crise se trata? Que leitura dos fenômenos, que concepção de sujeito e de patologia subjazem esses ditos para os diferentes profissionais componentes de uma equipe?

Elegemos o sofrimento como palavra que, ao comparecer tanto na prática de uma equipe de saúde mental quanto em publicações referentes ao campo em questão e em textos psicanalíticos, pode servir como fio condutor de nossas ponderações sobre os diferentes discursos sobre fenômenos comuns, em um campo clínico-institucional complexo. O sofrimento é objeto de atenção do campo da psicopatologia e do campo da saúde, portanto do lado da equipe, e está também corriqueiramente nos ditos de quem procura um serviço de saúde mental, os usuários atendidos. Essa escolha parte das inquietações experimentadas no dia a dia pela psicanalista-pesquisadora que escuta as falas da equipe e dos usuários, e convoca à indagação, a partir da psicanálise, do trabalho em um CAPS.

Colocar em uma experiência o nome de sofrimento à revelia da construção de uma fala sobre esta experiência por parte do sujeito que a viveu, transformá-la em sintoma de uma doença e dar cabo do problema com as ferramentas da saúde não só não é um caminho obrigatoriamente desejável como sequer é bem sucedido. Os desajustes entre condições da vida social e as respostas dos sujeitos não levam, nesse percurso, à problematização de como aquelas estão funcionando ou da implicação do sujeito em suas relações. Antes, cabe ao sujeito reconhecer-se como doente e submeter-se ao tratamento (dito) adequado, o que facilmente decai em uma adaptação ou normatização da população pelas estratégias de saúde. Em casos mais explicitamente disruptivos da ordem social — que na rede de saúde pública com frequência são aqueles remetidos aos CAPS — esse procedimento arrisca-se a autorizar a detecção de “doentes” ou “desadaptados” que não pediram para ser objeto de intervenção alguma, em nome do bem estar e da amenização do sofrimento. Questionamos, entretanto, o processo pelo qual bem estar ou sofrimento são definidos e parametrizados para ações de saúde. Respostas protocolares e medicalização extensiva são desdobramentos comuns, tendo como frequente efeito adverso o apagamento do sujeito na relação com suas próprias questões. O sofrimento, incorporado nesse processo, parece perder seu potencial de articulação de uma experiência singular com o campo das relações das quais o sujeito participa.

Remeter a palavra sofrimento a uma modalidade discursiva específica e hegemônica na saúde pode cumprir função de escamoteamento de outras designações de sofrimento por aquele que sofre, assim como manter velados conflitos nas relações de que participam. O achatamento de sentido potencialmente produzido ao falar do sofrimento como um problema

da saúde leva ao tamponamento de outras questões que podem ser levantadas a partir do encontro de cada sujeito, em seu singular modo de vida, com as diferentes demandas do mundo atual. A psicanálise procura acolher este encontro em sua prática, escutando os modos de cada sujeito se virar com sua posição na relação com o outro. O trabalho em um CAPS também tem, a princípio, os modos de vida e de relação de cada pessoa como parte de seu material de trabalho — o que não implica, entretanto, que as injunções do discurso da saúde e as tentativas da equipe de dar conta de situações de grave vulnerabilidade e loucura não vão deixar suas marcas. As maneiras como os diferentes discursos presentes em um mesmo campo de práticas vão considerar o sofrimento tem efeitos sobre os processos de trabalho em equipe e sobre o tratamento oferecido à população atendida.

O fato de existirem em um mesmo contexto diferentes ancoragens éticas e diferentes usos para a palavra sofrimento não é problema. Porém, os efeitos de distanciamento da equipe da lida com aquilo que cada sujeito produz como discurso sobre si e os entraves na própria produção de cuidado no contexto de um tratamento devem ser discutidos. São estes diferentes usos da palavra sofrimento e seus efeitos que constituem problema para uma psicanalista. A partir da investigação do que aparece como problema, podemos pensar a posição da psicanalista no campo de trabalho e as contribuições que a psicanálise pode oferecer.

Um destino possível para as inquietudes vividas na prática profissional é sua transformação em questões que possam mobilizar uma investigação, o que tentamos desenvolver neste estudo. Considerando estas observações preliminares, fruto de uma prática clínica e institucional desenvolvida em um CAPS e referenciada pela experiência psicanalítica, podemos formular um trajeto de pesquisa: interrogar como a palavra sofrimento vem sendo utilizada em um campo de práticas de saúde mental, a partir da perspectiva da pesquisadora-psicanalista. Ou seja, investigar suas incidências e usos no contexto clínico e institucional de um CAPS, a partir das referências teóricas e clínicas da psicanálise.

A psicanálise pode contribuir para a elaboração das questões levantadas, por sua presença nos serviços que se dedicam ao trabalho com saúde mental e por suas ferramentas de reflexão sobre os impasses que atravessamos na relação com a cultura. Não constitui um sistema fechado através do qual explicaríamos fenômenos ou entenderíamos melhor objetos externos. As ferramentas e potenciais efeitos deste estudo passam pela implicação da pesquisadora-psicanalista nos campos em questão — o da saúde mental e o da pesquisa

psicanalítica — e pela possibilidade de restituição a estes campos a partir do que se pôde produzir. Implicação e restituição ao campo são entendidos aqui como tarefas éticas da pesquisa orientada pela psicanálise e realizada na universidade, na medida em que as dimensões da teoria, da investigação e da intervenção estão intimamente relacionadas.

1.1 - Sofrimento, saúde e psicanálise

Em uma das publicações ministeriais sobre saúde mental na atenção básica (Brasil, 2013) é apresentada a ideia de que a medicina moderna lida bem com o controle da dor e afecções do corpo, mas falha em sua adequação ao enfrentar o sofrimento. O alívio de sofrimento, produzido pelo trabalho dos profissionais dos serviços, é atribuído em grande parte a suas “múltiplas facetas enquanto pessoas”. Os profissionais produziram saúde “apesar” do conhecimento técnico e não graças a ele (Brasil, 2013, p.14). Esta observação justificaria, para os autores, a abordagem da saúde mental como “sofrimento de pessoas”, rejeitando um dualismo corpo/mente ou uma contraposição à saúde física.

Porém, compreendemos sobremaneira que o sofrimento psíquico não é reservado àqueles que receberam algum diagnóstico específico, mas sim algo presente na vida de todos, que adquirirá manifestações particulares a cada um, e nenhum cuidado será possível se não procurarmos entender como se dão as causas do sofrimento em cada situação e para cada pessoa, singularmente. Além disso, compreendemos que as doenças mentais – nos casos em que possam receber tal denominação – muitas vezes caracterizam-se como doenças crônicas, ou seja, como algo com que o sujeito precisará conviver ao longo da vida, como é o caso de diabetes ou doenças degenerativas (Brasil, 2013, p.15).

O trecho mostra os múltiplos sentidos (às vezes em relação paradoxal) que podem ser supostos na fala sobre o sofrimento como um problema da saúde. No mesmo parágrafo em que se afirma uma tentativa de diferenciação em relação à medicina moderna e reivindica-se a singularidade do sofrimento (o que poderia indicar a recuperação de uma função transformadora do sofrimento a partir da posição de quem o vive), é preservada a categoria de doenças mentais, que então é aproximada de agravos degenerativos e crônicos. O sofrimento é apresentado como distinto da experiência da dor, passível de abordagem por outros meios diferentes daqueles oferecidos pela medicina, mas em seguida é comparado a doenças tratadas por ferramentas deste mesmo campo discursivo. Esse trânsito de sentidos conjugados no mesmo parágrafo expressa algo comum no campo da saúde mental e atesta a dificuldade de considerar o sofrimento em sua relação singular com uma experiência subjetiva: mesmo

quando há uma tentativa de distanciar-se da lógica generalizante da saúde, facilmente o discurso sobre o sofrimento recai no mesmo lugar.

Existem discussões a serem feitas sobre os efeitos de tratar as questões de sofrimento ou de vivências disruptivas para a sociedade (frequentemente chamados de “loucura”) como prioritariamente referidas ao campo da saúde ou como algo com sentido uniforme e necessariamente nocivo. Tal inscrição tem potenciais consequências para aquele que se submete a um cuidado ou tratamento (os usuários dos serviços) e tem consequências para aqueles que operam as políticas públicas ou estão implicados numa clínica desenvolvida no interior de serviços de saúde mental.

Afinal, podemos afirmar indubitavelmente que o sofrimento é um problema de saúde? Esta não é uma questão simples, uma vez que, conforme ilustrado pelo trecho acima, não basta afirmar que o sofrimento está presente na vida de todos para retirá-lo do escopo discursivo do diagnóstico por categorizações sanitárias. Tomar o sofrimento como objeto de trabalho, na clínica e na pesquisa, implica fazer dele questão, escutá-lo para além de um signo de adoecimento ou como doença em si mesmo, que deve ser categorizado para então poder ser adequadamente tratado. Naturalizar usos da palavra sofrimento que favorecem o silenciamento da subjetividade e a patologização das experiências humanas de maneira banal e naturalizada é, para nós, problemático.

Nossa investigação não pressupõe que não haverá pertinência na relação entre sofrimento e saúde, mas procura promover um desdobramento nessa relação, de maneira a interrogar as incidências de falas sobre o sofrimento nas práticas de saúde mental, em especial a partir de como a equipe de um CAPS usa este termo em diferentes situações da clínica. Uma postura interrogativa implica na não naturalização do pertencimento do sofrimento à saúde, do estabelecimento de parâmetros morais *a priori* ou do achatamento de sentido observado em publicações e práticas de saúde mental.

Interessa, neste ponto, lembrar da relação que a psicanálise tem com o discurso médico. É o ponto de partida de Freud que, enquanto médico, passou a ocupar-se de adoecimentos que a medicina de sua época vinha encontrando dificuldades para tratar — os adoecimentos históricos. A partir desse problema eminentemente médico, funda outro

discurso que se posiciona de maneira distinta em relação aos sintomas apresentados pelas pacientes (Freud, 1893-1895/2016 e 1905/1990) e que aponta para um deslocamento do saber sobre esse sintoma, que deixa de ser posse do médico (que fracassou em sua tarefa de nomeá-lo e o tratar) para localizar-se do lado do sujeito.

Maria Lívia Moretto (2013) aponta que não é à toa que as histéricas apresentam-se como “doentes” desde a época da investigação freudiana até hoje. O fazem em função da prevalência do discurso médico, de sua influência sobre os indivíduos em um determinado contexto histórico e social. É o saber a que se recorre quando há algum mal (Moretto, 2013, p. 68). Entretanto, aquilo de que sofrem as histéricas escapa ao saber da medicina, não se conforma ao processo de exclusão da singularidade operado pelo discurso médico. Este descarte daquilo que é particular ao discurso daquele sujeito é um procedimento necessário para a manutenção da objetividade científica: para que os sinais de um adoecimento possam ser reconhecidos e ordenados, agrupados em uma determinada categoria diagnóstica, faz-se necessário silenciar aquilo que diz o sujeito. Nesse sentido, há uma diferenciação radical entre discurso médico e discurso psicanalítico, uma vez que o segundo interessa-se exatamente por aquilo que precisa ser excluído do primeiro — o mal-estar do sujeito, sua fala, o que constitui a expressão de sua verdade e de seu desejo (Moretto, 2013, p.70).

Um dos modos através dos quais esta relação entre o discurso da psicanálise e o da medicina pode ser lida é como uma relação de avessos, em acordo com a formulação de Lacan (1969-70/1992) sobre o discurso do mestre como avesso do discurso analítico. Considerando que os discursos implicam uma forma de laço social, diferentes agenciamentos discursivos produzem diferentes efeitos nas relações sociais. A formulação de Lacan (1969-70/1992) sobre os discursos e os diferentes modos de relação no campo social nos remete novamente a Freud (1912-1913/2012, 1921/2011a e 1930/2010b), na medida em que o autor não apenas fundou o discurso da psicanálise, que em sua obra progressivamente afasta-se do método e da ética da medicina, como incluiu entre seus objetos de atenção a relação entre o sujeito e os outros — desde os outros familiares, das relações corriqueiras e cotidianas, até o campo do outro, das relações sociais, da cultura e suas representações institucionais.

A psicanálise traz desde sua origem marcas da relação com o saber médico, ainda que esta relação de avessos. Até hoje a psicanálise segue participando do campo da saúde, com a

presença de psicanalistas nas equipes assistenciais, nos núcleos que produzem material orientador para a prática neste campo e através da produção de pesquisas. Não é, no entanto, uma disciplina da saúde, opera a partir de agenciamentos discursivos distintos, resultando em que a posição de uma psicanalista frente ao sofrimento será diferente daquela de seus pares profissionais da saúde.

Ainda assim, é importante ressaltar que também produções referidas à psicanálise por vezes tratam o sofrimento de variadas maneiras e nem sempre se propõem a questionar sua relação com a saúde. O artigo *O sofrimento psíquico e o Sistema Único de Saúde*, de Silvana Rabello (2013), é exemplar nesse sentido: contextualiza o momento atual do SUS, apresenta de maneira contundente os determinantes históricos e a exclusão social como causas de sofrimento psíquico, atenta para os riscos de patologização das relações e propõe fundamentais direções para o trabalho, como a ressignificação do valor social destituído e a recolocação do sujeito em sofrimento nos circuitos de troca (2013, p.123). O que Rabello (2013) não procura problematizar, todavia, é a trajetória que leva o campo da saúde a ser aquele que, na esfera das políticas públicas, remete-se prioritariamente ao sofrimento.

O sofrimento comparece na fala de profissionais de saúde, nos textos sobre as políticas públicas e também nas discussões sobre a teoria e a clínica psicanalíticas. Porém, estes campos não falam da mesma coisa. De que se trata quando tratamos do sofrimento, em especial nesta interlocução entre as práticas de saúde mental e a clínica psicanalítica; que uso se faz do termo sofrimento no contexto clínico-institucional dos serviços públicos de saúde mental?

Em meio à multiplicidade discursiva constituinte de um equipamento como um CAPS, supor que ao falar do sofrimento fala-se da mesma coisa pode por vezes cumprir função de recalcar esta diversidade, promovendo uma falsa impressão de entendimento comum. Este procedimento não favorece uma implicação dos agentes nos efeitos das próprias intervenções, via de regra realizadas em nome da saúde e do bem estar dos usuários.

Supor que o sofrimento pertence a um campo específico de práticas discursivas— como o da saúde, o da medicina ou o da psicanálise — remete à ideia de que há um parâmetro universal, sabido por esse discurso, para conhecê-lo e o nomear. A inscrição do sofrimento no campo da saúde parece as vezes prescindir da interrogação dos sentidos diversos que este pode ter, ou das múltiplas relações que o sofrimento de um sujeito pode eventualmente

estabelecer com seu sintoma, com seu mal estar — enfim, com a maneira de habitar a relação com o outro. Há, de certa forma, uma pavimentação antecipada da calçada por onde os tais sofrimentos poderão caminhar — transformados frequentemente em sintomas categorizáveis a partir de um circuito discursivo específico, têm seu destino pré-determinado. Uma ancoragem ética que considere a singularidade da experiência do sujeito nem sempre é observada, em especial em práticas de saúde que deixam de escutar aquele que vive o sofrimento para buscar o reestabelecimento da ordem ou a normalização de uma vivência “transtornada” pelo sofrimento.

Cabe aqui lembrar que o agenciamento do discurso da medicina, incluindo parte dos atos diagnósticos e alguns dos procedimentos deles decorrentes, não são atividades restritas aos médicos e sim promovidas por diversos profissionais. Estamos propondo uma investigação daquilo que diz respeito aos agenciamentos discursivos subjacentes em um determinado contexto de práticas clínicas e institucionais, o que não é o mesmo que discutir as ações dos profissionais ou de uma determinada categoria profissional. Os questionamentos propostos cabem a diversos arranjos e dispositivos institucionais e não são exclusivos ao contato direto de um profissional com o usuário do serviço. Não se trata de analisar o que cada profissional membro de uma equipe pôde ou não promover enquanto intervenção em relação ao sofrimento, mas investigar como este é usado, como comparece no discurso da equipe na clínica que se dá neste contexto institucional. Os efeitos da problemática desta pesquisa podem, nesse sentido, atravessar a equipe para além de categorias profissionais ou inclinações teóricas específicas.

Esta investigação parte daquilo que se produziu como questão para uma psicanalista trabalhando em um CAPS, comprometida com a política pública, e os referenciais para a construção do texto são os referenciais da psicanálise, portanto orientados por este saber e por sua ética correlata. Ter como horizonte uma contribuição da psicanálise ao campo de trabalho pesquisado não significa, claro, desejar que o outro se torne psicanalista ou passe a considerar a psicanálise uma espécie de “ferramenta” para seu trabalho. O modo como o sofrimento é falado nas discussões e práticas clínicas em um CAPS nos diz sobre os diferentes discursos que intervêm em um mesmo campo de práticas e nos informa sobre modos de subjetivação e de respostas oferecidas no nosso tempo. A psicanálise é um dos discursos presentes nos equipamentos de saúde mental públicos e apostamos que tem a possibilidade de favorecer

transformações nos modos de acolher as experiências dos sujeitos e nas relações entre estes e a cultura em que estão imersos, a partir da prática clínica e da pesquisa teórica eticamente implicados.

2 - Objetivo

- A partir da perspectiva psicanalítica, descrever e analisar situações da clínica na instituição de saúde mental, com foco no modo como a palavra sofrimento é usada por profissionais de uma equipe de um CAPS, de maneira a considerar os efeitos deste uso nas práticas promovidas junto aos usuários do serviço.

2.1 - Objetivos específicos

- caracterizar o contexto atual de práticas em saúde mental do SUS, com centralidade para o dispositivo CAPS;
- discutir como o termo sofrimento incide nas práticas de saúde mental, em especial a partir do trabalho clínico-institucional em um CAPS;
- verificar a relação entre o uso da palavra sofrimento e os diferentes discursos presentes no campo da saúde mental acerca da experiência do sujeito em sua relação com o mundo;
- elaborar eventuais contribuições da psicanálise para as práticas desenvolvidas no campo de pesquisa.

3 - Método

Em alguns momentos de sua produção, Freud reitera sua aposta na psicanálise como um campo que vai mais além de um conjunto de técnicas restritas a um determinado *setting* clínico. Um destes momentos é sua proposta, em 1923, de três níveis a serem considerados sobre a psicanálise: um procedimento para investigar processos psíquicos, um método de tratamento e uma série de conhecimentos que constituem uma nova disciplina (Freud, 1923/2011b, p.274). O psicanalista Marie Jean Sauret (2003) retoma estes três níveis delineados por Freud para discutir a pesquisa clínica em psicanálise e inclui em suas considerações os impasses e desenvolvimentos trazidos por Lacan em seu ensino. O autor insiste na indissociação dos três níveis, o que significa que a mudança em um nível acarretaria necessariamente em mudança nos demais. O isolamento de um nível “nos tira da psicanálise propriamente dita, de suas condições de elaboração e de verificação. Manter de uma maneira ou de outra o enodamento entre esses três registros é mais do que uma questão científica: é uma questão ética” (Sauret, 2003, p. 94).

É em Lacan que Sauret (2003) encontra argumentos para sustentar uma distinção entre psicanálise e método psicanalítico, sem que isso leve a uma abdicação do rigor e da ética que a acompanham e possibilitando outros desdobramentos na pesquisa em psicanálise. Isso seria viabilizado ao levar em conta, no método psicanalítico, o efeito de falta introduzido pela linguagem, a concepção do sujeito como falante e marcado por esta falta, a hipótese do inconsciente e a articulação a operadores teóricos correlatos ao campo psicanalítico. Enfim, “O *método psicanalítico* é, no fundo, constituído daquilo que, pela experiência da análise, é transponível fora dela, sem romper o laço com o discurso analítico” (Sauret, 2003, p.98). A diferença entre psicanálise e método psicanalítico não comparece na proposta deste autor como um demérito da pesquisa realizada, por exemplo, na universidade. Esta pode servir como ferramenta para examinar as diferentes maneiras através das quais um sujeito responde aos enigmas e limites do saber de seu tempo, potencialmente trazendo, através de seu estilo, “sua contribuição ao que torna a humanidade mais humana — em função de sua própria estrutura” (idem, p.98).

O enodamento entre método de tratamento, método de investigação dos processos psíquicos e corpo teórico, níveis designados por Freud (Freud, 1923/2011b), é necessário para a manutenção da ética da psicanálise e para a possibilidade mesma de produzir pesquisa à altura das exigências científicas sem reduzir-se à ciência (Sauret, 2003, p.94). Esta formulação convoca o cuidado rigoroso de não reproduzir nas pesquisas em psicanálise — mesmo aquelas conduzidas na universidade — a operação de exclusão ou de objetificação do sujeito, conformes ao discurso científico e ao discurso universitário. Não implica, entretanto, a impossibilidade de produzir pesquisas sustentadas no método psicanalítico em campos que vão mais além da clínica, conforme observado na obra de Freud (1912-1913/2012, 1921/2011a e 1930/2010b).

Os problemas sobre os quais dedica-se a investigação aqui proposta são problemas da clínica que se desenrola em uma instituição onde convivem diferentes ancoragens éticas e modalidades discursivas. A clínica entra em jogo de modo central na medida em que tem lugar importante a escuta — ou o fracasso da escuta — da população atendida em um serviço de saúde mental, quando questionamos a posição de uma psicanalista no interior desta instituição e quando interrogamos o modo como ali se fala sobre o sofrimento. Todavia, a pesquisa não se restringe a considerar os efeitos da relação de escuta realizada por uma psicanalista ao longo de uma psicanálise; tampouco trata-se do contexto clínico da psicanálise em sentido estrito, uma vez que diferentes discursos comparecem no contexto institucional proposto como campo desta pesquisa. A presença de alguém que opera a partir da psicanálise na equipe determina as questões que puderam ser formuladas, mas não esgota os elementos a serem considerados para respondê-las. Sem a presença de uma psicanalista, não haveria o presente problema de pesquisa — mas faz-se necessário atentar para os diferentes discursos presentes no campo de onde se questiona e considerar o que se produz ali onde estes discursos se enunciam.

3.1 - Procedimentos

Apresentamos, primeiramente, uma caracterização do contexto no qual a pesquisadora-psicanalista desenvolveu sua prática profissional e pôde produzir suas questões,

transformadas em problema de pesquisa. Retomamos elementos do processo histórico que constitui o campo de pesquisa, os principais marcos normativos que o regulam e alguns dos dispositivos que o compõem. Para tanto, foram levantadas publicações relativas ao campo da saúde mental, como leis, guias e cartilhas para o trabalho no SUS, livros e artigos sobre processo de estabelecimento do dispositivo CAPS, entre outros considerados.

Deste contexto, especificamente o do trabalho desenvolvido em um CAPS II adulto na cidade de São Paulo, foram extraídas quatro situações da clínica desenvolvida na instituição. A pesquisadora está inserida em uma equipe de CAPS há cerca de quatro anos, ao longo dos quais recolheu uma série de experiências clínicas e institucionais. É da experiência de trabalho que surgem as questões, mas faz-se necessário um tratamento desta vivência para que se torne material de pesquisa. Em um exercício de formalização de situações testemunhadas ou vividas em campo, as quatro situações construídas viabilizam a apresentação do problema e favorecem a discussão proposta neste estudo. Ressaltamos que não se trata de discutir os casos clínicos de usuários atendidos pela instituição ou de avaliar *a posteriori* decisões, intervenções ou condutas frente às situações apresentadas. Se há um caso em questão, é o caso da relação de uma psicanalista com o contexto institucional em que trabalha e com o modo como escuta os diferentes discursos em cada situação.

As situações escritas pela pesquisadora não ignoram sua participação, que não é de mera observação, uma vez que está implicada nos agenciamentos discursivos que serão considerados. Ao considerarmos as relações discursivas que sustentam as práticas clínicas, a posição da pesquisadora deve ser levada em conta. É, neste sentido, sujeito da pesquisa — não do modo como comumente considera-se nas ciências humanas, mas como propõe a psicanálise ao incluir o sujeito do inconsciente nas relações com o saber. Ao discutir como as situações apresentam o problema de pesquisa, necessariamente pautamos a perspectiva psicanalítica sobre os processos apresentados. Conforme afirma Isac Iribarry (2003), em artigo dedicado à pesquisa psicanalítica, “dizer que o pesquisador psicanalítico é o primeiro sujeito de sua pesquisa significa dizer que ele está também implicado como um participante importantíssimo na investigação realizada” (Iribarry, 2003, p.122).

O material produzido foi submetido a uma leitura atenta, advertida pela escuta própria à psicanálise. Isso inclui uma tarefa compreensiva, mas principalmente supõe a atenção àquilo

que vai além do enunciado em cada texto. Iribarry (2003) propõe que o pesquisador realize uma leitura dirigida pela escuta e pela transferência ao texto, produzido a partir dos dados coletados.

Assim, o pesquisador psicanalítico vai instrumentalizar sua transferência ao texto composto pelo dado coletado de modo que possa identificar significantes já escandidos pelo autor do texto como também efetuará um trabalho de escansão de significantes que a legibilidade do texto permite. (...) Há um trabalho de leitura dirigido pela escuta, em que o pesquisador procura identificar, de modo semelhante à clínica, as falhas e tropeços de um discurso realizado, neste caso, através da escrita (Caon, 1996, citado por Iribarry, 2003, p.127).

O trabalho de sistematização, a ordenação dos significantes em um encadeamento e a introdução de um ponto de estofa na cadeia escrita do texto são, para este autor, da responsabilidade do pesquisador psicanalítico. O trabalho de investigação começa com o estabelecimento de um problema, atravessa uma estratégia de abordagem e termina com uma produção que deve passar pelo endereçamento à alteridade — uma comunicação a uma audiência que possa afirmar a plausibilidade e a verificação do que foi produzido. Iribarry (2003) afirma que este processo afeta o pesquisador, o que nos remete aos comentários de Sauret (2003) sobre a possibilidade de contribuição de um pesquisador a partir de seu estilo, o modo singular de colocar sua implicação de sujeito para trabalhar em torno do problema de pesquisa.

Para apoiar a discussão proposta e a análise a ser operada sobre as situações clínicas, apresentaremos desenvolvimentos teóricos do campo da psicanálise, principalmente as contribuições de Freud (1930/2010b) em *Mal estar na civilização* e Lacan (1959-60/2008 e 1969-70/1992) nos seminários em que propôs sua leitura sobre a ética em psicanálise e sua teoria dos discursos. Lançaremos mão, além destes autores fundamentais no campo psicanalítico, de publicações concernentes ao contexto tratado neste estudo, produzidas a partir de referenciais psicanalíticos e que contribuem para a abordagem do problema em questão.

Para lutar contra o pragmatismo e a horrível tendência à consecução de fins úteis, meu primo, o mais velho, defende a prática de arrancar um bom fio da cabeça, dar-lhe um nó no meio e deixá-lo cair suavemente pelo buraco da pia. Se o cabelo ficar preso no ralo que costuma haver nesses buracos, bastará abrir um pouco a torneira para que se perca de vista. (...)

4 - Uma aproximação ao campo de pesquisa

O atual modelo de atenção à população com transtornos mentais severos e persistentes (Portaria GM 336 de 19 de fevereiro de 2002), tal como são referidos aqueles atendidos em CAPS, inscreve-se em um processo histórico ao qual deve suas características atuais. Não são sempre os mesmos os destinos da loucura, do que não responde da maneira esperada às demandas sociais e de produção hegemônicas ou do que de alguma maneira identifica alguém a um modo de vida à margem da norma. Estes destinos passam por transformações de acordo com os referenciais culturais e políticos, cambiantes no tempo, promovendo diferentes interpretações e diagnósticos de acordo com contexto no qual estão inseridos.

O sofrimento enquanto elemento da clínica e objeto da atenção da saúde mental também tem parte nisto. Com as mudanças promovidas a partir dos movimentos de Reforma Psiquiátrica, o sofrimento como dimensão da experiência humana toma lugar de maior destaque, passando a ser objeto de atenção das políticas públicas, e ganham espaço discussões que problematizam a associação imediata entre loucura e patologia.

Psicanalistas participaram ativamente do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira e estão presentes até hoje nas equipes multiprofissionais, cotidianamente trabalhando na rede de atenção à saúde. Ao longo do tempo, produziram contribuições e entraram em debates sobre os dispositivos de tratamento, a relação da clínica com a reabilitação psicossocial e os arranjos de trabalho nos serviços de saúde substitutivos aos hospitais. A psicanalista Doris Rinaldi (2008) aponta que

Ao problematizar a hegemonia do saber médico no tratamento da loucura, a reforma psiquiátrica abriu espaço para a construção de novas formas de abordar o *sofrimento psíquico*, propondo um trabalho multidisciplinar que reformule o antigo formato de assistência e que reorienta a prática clínica nos serviços públicos de saúde. Nesse cenário, a luta pela cidadania do louco constitui-se como a principal bandeira da reforma, dando a este movimento um caráter político que orienta as reformulações, seja no âmbito das instituições e das políticas públicas, seja no âmbito da clínica propriamente dita (Rinaldi, 2008, p.34).

Para a autora, é necessário considerar o lugar do saber médico na noção de clínica nos dispositivos da Reforma para promover uma investigação que tome como objeto de pesquisa a clínica que se desenvolve em dispositivos como os CAPS. Rinaldi (2008) relembra a importância do discurso médico na vida do homem moderno e sublinha a dissociação entre a existência do sujeito e a abordagem objetiva da doença promovida por este discurso. Atribui à descoberta freudiana do inconsciente papel decisivo na subversão desta dissociação, o que

possibilita a instituição de um novo sentido para a clínica, e sugere que também a Reforma Psiquiátrica promove tensionamentos nesse sentido, uma vez que “ao retomar a relação entre a problemática da doença e a existência do sujeito, a Reforma Psiquiátrica empreendeu uma crítica à concepção médica de clínica em que se pode perceber a influência das formulações da psicanálise, ainda que estas não tenham sido decisivas para a conformação deste novo campo, marcado fortemente pela política, por meio da luta pela cidadania do louco e da preocupação com a reabilitação psicossocial” (Rinaldi, 2008, p.34). Não é objetivo desta pesquisa examinar em detalhe a trajetória e a ampla bibliografia produzida sobre o tema, mas a consideração deste processo histórico pode oferecer algumas balizas para a discussão dos destinos dados às experiências de sofrimento pelas políticas públicas de saúde mental, através de seus equipamentos e na fala dos profissionais que compõem suas equipes.

4.1 - Destinos da loucura e precursores da Reforma Psiquiátrica

O que conhecemos hoje como o grande campo da saúde mental nem sempre existiu. Ao longo do tempo, diferentes entendimentos e destinos foram dispensados aos diferentes modos de circulação no laço, por vezes disruptivos da vida social, incompatíveis com a hegemonia política ou moral de uma determinada época. A ligação entre adoecimento ou transtorno mental e estas diferentes expressões dos modos de habitar as relações sociais é algo moderno.

Uma das estratégias de mapeamento desta trajetória (no Ocidente) é a variação do lugar de depósito e de tratamento dos loucos. Ao menos até cerca do século XVII, os hospitais eram locais de filantropia, destinados aos miseráveis, desabrigados e doentes. Inicialmente voltado para a caridade, em estreita ligação com a ordem religiosa, o hospital passa a ter funções sociais e políticas, funcionando como uma mistura entre asilo e cárcere para pobres, vagabundos, loucos, criminosos e enfermos. A reorganização do papel do Estado (impulsionada pelas mudanças trazidas pela Revolução Francesa) se associa à entrada cada vez maior da medicina no hospital. Progressivamente a medicina se apropria do hospital,

passando a constituir o discurso hegemônico que sustenta o estabelecimento que, por sua vez, torna-se lugar de tratamento².

Estes momentos de passagem dos destinos da loucura — de caridade a enclausuramento, da abordagem moral à abordagem com pretensões científicas e, conforme veremos a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro, do hospital ao território de existência dos ditos loucos — não são um passeio de onde alguém sai ileso, seja o profissional que levará a cabo uma intervenção ou o paciente que por ele será tratado. Marcas desses diferentes discursos e dispositivos podem ser localizadas nos tratamentos dispensados até hoje. Estas marcas, às vezes bastante literais, podem ser observadas nos corpos e na fala de pacientes mais velhos dos CAPS, que passaram anos em manicômios ou hospitais de custódia. Podem, ainda, ser escutadas nos relatos absolutamente contemporâneos de moradores de rua e de usuários de substâncias que passam por processos de internação e alta hospitalar tão recorrentes que cabe ponderar se podemos atribuir valor terapêutico para os procedimentos a que são submetidos.

No Brasil, a loucura passa a ser objeto de intervenção oficial por parte do Estado por volta do século XIX, com a chegada da família real ao solo brasileiro. Os esforços de modernização e integração nacional trazem dimensões de higienização que afetam os vagabundos e loucos, proibidos de vagar pelas ruas, destinados a enclausuramento nos asilos e Santas Casas de Misericórdia. Em 1852 é fundado o primeiro hospital psiquiátrico do país, o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, marco de início do estabelecimento de outras instituições que deveriam contribuir para a ordem social. Também aqui a desvinculação entre religião, os espaços de depósito de loucos e enfermos e o desenvolvimento de tratamentos especificamente psiquiátricos (ainda que baseados no isolamento em relação ao corpo social) foi processual.

Eliane Maria Monteiro da Fonte (2012) sublinha, em artigo em que se debruça sobre a institucionalização da loucura e as políticas públicas voltadas para a saúde mental no Brasil, alguns momentos importantes deste processo ao longo do século XX. A autora comenta que a década de 1920 testemunhou um movimento de higiene mental, que funcionou como um

² Para exposição mais detalhada das pesquisas em torno da relação entre saúde, loucura e enclausuramento, sugerimos o remetimento a Erving Goffman (de maneira notável em *Manicômios, prisões e conventos*, 1961) e Michel Foucault (em diferentes momentos, com diferentes abordagens, como em *Doença mental e psicologia*, 1954, *História da loucura*, 1961, *O Nascimento da Clínica*, 1963 e *O poder psiquiátrico*, 1973-1974).

programa de intervenção no espaço social com características marcadamente eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas. A psiquiatria participe deste movimento “passa também a pretender a recuperação das raças e a constituição de coletividades sadias, colocando-se definitivamente em defesa do Estado, levando-o a uma ação rigorosa de controle social e reivindicando um maior poder de intervenção” (Fonte, 2012, p.8). Podemos observar, desde o início do processo de institucionalização da loucura no Brasil, importante ligação entre garantia da ordem pública e ações sanitárias, das quais a loucura e o sofrimento são objetos.

As décadas de 1940 e 1950 testemunham a expansão de hospitais públicos em vários estados brasileiros, o que, entretanto, não amenizou a situação calamitosa dos hospitais psiquiátricos públicos que, na década de 1950, viviam em total abandono. Internacionalmente, nesta mesma época, o tratamento asilar foi progressivamente modificado, questionado e mesmo substituído desde o pós-Segunda Guerra Mundial em vários países, processo que demorou a ser reconhecido no Brasil. Neste período, movimentos de contestação do saber e prática psiquiátricos instituídos se fizeram notar no cenário mundial, visando reformar o modelo de assistência psiquiátrica, com destaque para os movimentos denominados Psiquiatria de Setor (na França); as Comunidades Terapêuticas (na Inglaterra); e a Psiquiatria Preventiva (nos EUA) (Fonte, 2012, p.9).

A discussão brasileira ganhou fôlego na década de 1970, momento em que diversos setores da sociedade se mobilizaram em torno da redemocratização do país, que atravessava um governo de ditadura militar.

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em ações políticas para defender médicos que haviam sido presos e torturados, revitalizou, no cotidiano profissional, discussões éticas acerca dos direitos humanos e da necessidade de ampliação dos direitos individuais no país. Apelos para que ‘ninguém fosse submetido à tortura, a tratamento ou castigo cruel, desumano e degradante’ e nem ‘arbitrariamente preso, detido ou exilado’ foram estendidos para a condição de opressão do doente mental nos manicômios e sua humilhação moral na sociedade em geral (...) A discussão acerca da violência, dos maus tratos e da tortura praticada nos asilos brasileiros produziu, em grande parte, a insatisfação que alimentou o movimento antimanicomial (Fonte, 2012, p.10).

A precarização das condições de trabalho, as frequentes denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas nas grandes instituições psiquiátricas brasileiras³ são fatores que levaram os trabalhadores da saúde mental a organizarem-se

³O livro reportagem *Holocausto brasileiro*, de Daniela Arbex (2013), traz registros impactantes de um dos grandes hospícios brasileiros (o Hospital Colônia, em Barbacena, Minas Gerais) e as situações vexatórias e humilhantes vividas pelos internos neste equipamento. Sugerimos o contato com este livro, assim como com o filme de mesmo nome produzido em 2016, baseado nesta publicação.

coletivamente na luta pela transformação dos estabelecimentos e processos de trabalho em torno do tratamento da loucura. São organizados, a partir deste período, congressos e encontros protagonizados pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), fundamentais na trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Amarante, 1995; Tenório, 2002; Duarte, 2010).

As tensões entre diferentes paradigmas e discursos sobre o que são doença mental, loucura e seus eventuais tratamentos não cessaram desde então. Frutos desse processo de mobilização e do contato com experiências de atenção à saúde mental desenvolvidas em outros países, surgem, na década de 1980, os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS, articulados ao fechamento das instituições asilares de Santos) e os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, em São Paulo, concomitantes à manutenção de estabelecimentos fechados e ambulatoriais). Seguiram-se nos anos subsequentes ganhos normativos importantes que, em conjunto com o trabalho clínico cotidiano e a sustentação de disputas políticas em relação ao tema, possibilitaram novas experiências e modos diversos de encarar a loucura, os transtornos mentais e o papel da atenção à saúde mental hoje (Amarante, 1995).

4.2 - Elementos da política atual de saúde mental

A atual política de atenção à saúde mental é fruto do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Conforme apresentado, colocou-se em questão o acesso dos pacientes aos seus direitos enquanto cidadãos, suas experiências como sujeitos e a posição marginalizada que ocupavam na sociedade, assim como os procedimentos aos quais eram submetidos em nome da saúde. A Reforma Psiquiátrica envolveu e envolve até hoje usuários, familiares e trabalhadores dos serviços de saúde organizados em diferentes associações e movimentos sociais, engajados na superação do modelo centrado no hospital, na criação e na implementação de uma rede substitutiva extra-hospitalar (Amarante, 1995; Duarte, 2010).

Como parte das consequências deste processo, foram criados novos estabelecimentos para o cuidado em saúde mental, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), a rede de ações e serviços públicos da saúde instituída por Lei Federal em 1990, após o processo de Reforma Sanitária – em muitos aspectos consonante ao de Reforma Psiquiátrica (Tenório,

2002). Ao longo dos anos, as propostas pleiteadas pelos atores destes processos políticos foram modificadas e algumas adquiriram caráter normativo, como aquelas presentes na legislação vigente até hoje. Podemos destacar, como marcos particularmente relevantes para esta pesquisa, a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”; a Portaria GM 336 de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece as modalidades de CAPS, suas equipes e organização geral e, mais recentemente, a Portaria GM 3.088 de 23 de Janeiro de 2011, que “institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. A normatização de novas propostas de trabalho implicou avanços importantes no cuidado oferecido à população, que anteriormente tinha poucas alternativas ao isolamento em relação ao corpo social.

O lema “Manicômios nunca mais”, característico de movimentos de luta antimanicomial atuantes na Reforma Psiquiátrica brasileira, até hoje influencia a produção de estratégias de trabalho na saúde pública no que tange a saúde mental, apesar dos ataques que este campo vem sofrendo na atualidade. Em distinção a uma prática que retira a experiência disruptiva da loucura do convívio social, temos a produção, em diversos campos de conhecimento, de modelos de cuidado que valorizam a eficácia de tratamentos que partem da inserção social e da relação da pessoa “em sofrimento” com a comunidade ou com o território de que é parte. Alguns relatos de experiências e reflexões a partir da prática neste novo paradigma foram organizados por Antônio Lancetti na publicação *SaúdeLoucura* com o tema *Saúde Mental e Saúde da Família* (2001) e em *A Clínica Peripatética* (2006). Um marco definitivo nesta reorientação do modelo de assistência foi a implementação em 2011 da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS, objetivando a ampliação do acesso à atenção psicossocial por parte da população em geral, assim como por parte das pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Portaria GM 3.088 de 23 de Janeiro de 2011). Para tanto, faz-se necessária a articulação dos pontos de atenção das redes de saúde no território e a consideração de suas especificidades. De fato, é fundamental a construção de uma rede de cuidados que articule serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico para sustentar outra proposta de trabalho, uma rede que impulse a

circulação das pessoas pelo território e, nesse processo, aumente o acesso não apenas aos cuidados em saúde, mas o acesso à cidade, à cidadania e à autonomia.

Vemos descortinar-se um processo em que o trabalho com pessoas que vivem algo disruptivo o suficiente para que o corpo social denomine como loucura e o discurso da saúde diagnostique como doença desloca-se progressivamente do hospital para os serviços de saúde organizados em rede, conforme a proposta de atuação territorializada e comunitária. Observa-se ainda, como um dos desdobramentos dessa perspectiva, a responsabilização dos serviços de saúde por oferecer atenção psicossocial à população em geral, através dos diferentes pontos da rede de serviços — já não apenas às pessoas com agravos que, antes, talvez tivessem seu tratamento remetido exclusivamente aos hospitais.

Há uma crítica importante ao modelo centrado no hospital e às práticas que ali se davam, reorientado todo um modelo assistencial. Entretanto, não há uma ruptura com a concepção de que a saúde é responsável pela atenção dispensada à loucura, aos fenômenos socialmente disruptivos experienciados pelas pessoas e, mais amplamente, aos “sofrimentos” da população em geral. O campo discursivo que toma a loucura e o sofrimento como objetos de intervenção segue sendo prioritariamente o campo da saúde. Não se trata de diminuir, com esse apontamento, os fundamentais avanços da Reforma Psiquiátrica no que tange a desinstitucionalização, o resgate da cidadania e da contratualidade social. Porém, estas transformações não problematizam o endereçamento das vivências de sofrimento e loucura ao campo da saúde.

Richard Couto e Sonia Alberti (2008) levantam a hipótese de que a psiquiatria moderna nasce, ela mesma, com uma reforma e que, de modo geral, “a Reforma Psiquiátrica não é somente movimentos que contestam o saber psiquiátrico e visam a substituição do modelo asilar de reclusão, mas é também aqueles movimentos que tentam salvar a Psiquiatria” (2008, p.54). Como desdobramento dessa hipótese podem então questionar “que implicação há entre o antigo e os novos dispositivos de atendimento para os portadores de sofrimento psíquico e para os usuários da assistência em Saúde Mental no Brasil, como são denominados pela lei 10.216?” (Couto e Alberti, 2008, p.50). Ou seja: ainda que os novos dispositivos criados nos últimos vinte anos organizem-se de modo bastante distinto dos modelos anteriores, especialmente o modelo hospitalar, é necessário considerar as relações

entre os processos de cuidado e tratamentos dispensados nestes diferentes momentos da atenção à saúde mental no Brasil.

4.3 - Território de trabalho, campo de pesquisa

O campo clínico e institucional em que foram vividas as experiências que mobilizaram esta pesquisa é um dos equipamentos estabelecidos a partir da Reforma Psiquiátrica – um Centro de Atenção Psicossocial. Os CAPS são serviços especializados em atenção psicossocial e ocupam lugar central no processo de Reforma Psiquiátrica, tendo sido criados para substituir as internações em hospitais psiquiátricos. Devem articular o fluxo de trabalho em saúde mental de todo o território adscrito, conforme a organização de cada região, o que implica uma responsabilidade que vai além da população que é diretamente atendida em cada serviço (Brasil, 2004). Em relação aos usuários atendidos, o que se propõe é que o CAPS deve acolher pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes (Portaria GM 336 de 19 de fevereiro de 2002), cuja severidade do agravo justifique a permanência em um equipamento de cuidado intensivo e personalizado.

Jairo Goldberg, psiquiatra fundador do primeiro CAPS do Brasil (o CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, inaugurado em 1987), propõe em seu livro sobre a experiência pioneira de construção deste equipamento que existem limitações nas possibilidades de serviços ambulatoriais ou hospitalares no cuidado com as psicoses (Goldberg, 1994). A errância e as produções por vezes bizarras, comuns nas psicoses, solicitam outros arranjos clínico-institucionais para que o tratamento não se resuma à domesticação ou à normatização da loucura. O autor aproxima-se principalmente das propostas da Psicoterapia Institucional, que tem alguma afinidade com a experiência da psicanálise neste modo de conceber o trabalho com modos de circulação no laço psicóticos ou enlouquecidos, em especial no entendimento de que a instituição deve promover, com seus arranjos, possibilidades de dizer da experiência, não apenas a supressão de sintomas.

O equipamento em questão neste estudo é um CAPS II⁴ adulto, na região central da cidade de São Paulo. Conta com uma equipe multidisciplinar, que se divide para a organização dos processos de trabalho a partir dos micro-territórios que compõem a região adscrita ao serviço. É um dos pontos de atenção da RAPS, atuando em conjunto com outros equipamentos da saúde e da assistência social na promoção de atenção psicossocial para a população de modo geral. A partir do apoio matricial⁵ e do compartilhamento de casos do território, a equipe deste CAPS tem contato cotidiano com Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes de Consultório na Rua (eCR) ligadas a elas. Estas ações são desenvolvidas pelos profissionais a partir de uma divisão do trabalho que não tem como critério *a priori* suas categorias profissionais – de modo que podemos encontrar em uma UBS uma assistente social conduzindo a reunião para a discussão de casos e construção de fluxos entre serviços, enquanto em outra esta atividade é acompanhada por uma psicóloga, por exemplo.

A equipe do CAPS reúne-se semanalmente durante um período pré-estabelecido do cotidiano institucional em que todas as outras atividades estão suspensas. Este é o momento em que são levantados temas e pautas prioritárias, tanto dos compromissos com os demais pontos da RAPS na região, quanto em relação aos usuários em tratamento no serviço. A reunião de equipe é o espaço privilegiado para discutir a clínica, compartilhar impasses e tentar construir entre pares a direção para o trabalho a cada caso. Todos os profissionais do corpo clínico do CAPS podem e devem participar de tais reuniões, sugerir pautas e falar sobre suas impressões em relação aos pacientes. Isto não significa, claro está, que todas as falas tenham o mesmo efeito, uma vez que existem diferentes posições dentro da instituição, que dizem de discursos reconhecidos socialmente de forma não homogênea e de relações transferenciais singulares entre paciente e profissional. Assim, uma terapeuta ocupacional,

⁴Conforme a portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, os CAPS podem ser das modalidades I, II e III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, e podem variar de acordo com especificidades do público atendido. Além da divisão quanto ao porte e complexidade (o que tem consequências para o tamanho da equipe, horários de atendimento e alguns dispositivos oferecidos), os CAPS podem ser das modalidades ad (voltados para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas), ij (voltados para atendimento a crianças e adolescentes) ou adulto.

⁵Sobre o apoio matricial como dispositivo de gestão e de co-produção de cuidado em um território compartilhado entre serviços, sugerimos a leitura de *Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde* (Campos, 1999), *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar em saúde* (Campos e Domitti, 2007) e *Apoio matricial em saúde mental: construção de um dispositivo de cuidado no território e posicionamento ético no trabalho em saúde* (Leite, 2016).

uma pedagoga ou uma psiquiatra podem todas falar durante uma discussão em torno das práticas clínicas, mas falarão a partir de experiências e discursividades provavelmente distintas.

A psicanálise comparece neste campo como um dos campos que pensa o sujeito e o sofrimento. A psicanalista poderá dizer de sua experiência frente ao trabalho clínico, mas também é convocada a pensar a instituição e a prática viabilizada por seus dispositivos. Este trabalho conjunto mostra-se desafiador, uma vez que não se trata de abordar o trabalho a partir de diferentes modalidades discursivas como uma “somatória” sempre progressiva, como se fosse possível uma sobreposição simples na qual a intervenção de cada profissional serve para contribuir para o bom andamento de um tratamento com objetivos claros, unânimes e harmoniosos entre todos.

Os dispositivos que uma psicanalista é convidada a compôr em um CAPS são tão variados quanto as práticas do CAPS mesmo. Assim, para além de oferecer escuta em atendimentos clínicos individuais, existem grupos verbais, oficinas de cultura e expressão, visitas domiciliares, abordagens a moradores de rua e consultas compartilhadas com outros profissionais – entre outras ações estabelecidas pela equipe ou propostas pela própria psicanalista. Estas práticas convidam a reflexão sobre que efeitos tem a presença e a intervenção psicanalíticas em dispositivos distintos, práticas frequentemente compartilhadas com profissionais que operam a partir de outros paradigmas clínicos. Em nosso estudo, o modo como o sofrimento comparece nas situações da clínica e da instituição são consideradas a partir da psicanálise por que são experimentadas como inquietantes *para uma psicanalista*, implicada no campo das políticas públicas de saúde, que conduz sua prática neste território de trabalho – que passa a constituir-se como um campo de pesquisa.

Sem perda de um instante, deve-se iniciar a tarefa de recuperação do cabelo. A primeira operação se resume em desmontar o sifão da pia para ver se o cabelo ficou agarrado em alguma das sinuosidades do cano. Se não for encontrado, deve-se abrir o pedaço de cano que vai do sifão ao encanamento do esgoto principal. É certo que nessa parte aparecerão muitos cabelos e será preciso contar com a ajuda do resto da família para examiná-los um por um à procura do que tem o nó. Se não aparecer, colocar-se á o interessante problema de quebrar o encanamento até o andar de baixo, mas isso significa um esforço maior, pois durante oito ou dez anos será necessário trabalhar em algum ministério ou numa casa de comércio para juntar o dinheiro que permita comprar os quatro apartamentos situados embaixo do de meu primo mais velho, tudo isso com a extraordinária desvantagem de que enquanto se trabalha durante esses oito ou dez anos não se poderá evitar a penosa sensação de que o cabelo não esteja mais no encanamento, e que só por um remoto acaso permaneça preso em alguma saliência enferrujada do cano. (...)

5 - Usos da palavra sofrimento: reflexões iniciais a partir da psicanálise

Frente às incidências da palavra sofrimento na fala de profissionais de uma equipe de CAPS, propomos o questionamento de que se produz quando falamos do sofrimento. Os profissionais de uma equipe lançam mão desta e de outras tantas palavras ao falar com e sobre os usuários atendidos, assim como uns com os outros ao discutir o que fazer a cada caso e ponderar como responder a diferentes demandas. A palavra sofrimento não necessariamente participará de um discurso da ou sobre a clínica, dado que questões das mais diversas ordens — institucionais, morais ou jurídicas, para citar algumas das mais comuns — são objeto de atenção da equipe. Tampouco o discurso sobre a clínica será necessariamente compartilhado pelos interlocutores, já que diferentes concepções de clínica habitam a instituição.

Essa postura interrogativa frente a palavra possibilita o tratamento do sofrimento como um significante produzido em relações de linguagem, em consonância com as contribuições que Lacan traz para a prática e teoria psicanalíticas. A experiência da psicanálise é uma experiência de linguagem, mediada pela fala. A ideia de cadeia significante, abordada por Lacan em diferentes momentos de suas elaborações, contribui para uma posição de investigação sobre o sentido de uma palavra que considere as relações a partir das quais foi enunciada, a sequência em que foi emitida e onde produziu seus efeitos. A cadeia significante diz de uma relação entre os elementos que a compõem, na qual “somente as correlações do significante com o significante fornecem o padrão de qualquer busca de significação” (Lacan, 1957/1998, p.505). Ou seja, um significante só vai adquirir sentido a partir de sua posição na relação com os demais significantes em uma cadeia, de modo que “se pode dizer que é na cadeia que o sentido insiste, mas que nenhum dos elementos da cadeia consiste na significação de que ele é capaz nesse mesmo momento” (idem, p.506).

No campo clínico-institucional investigado, o sofrimento parece em alguns momentos funcionar no discurso da equipe como um signo – a unidade composta por um significante e um significado atrelado, de modo estável, capaz de transmitir um sentido específico entre interlocutores. O sofrimento usado como signo tem a pretensão de comunicar, de maneira maciça e opaca, um significado específico, um sentido fechado que existiria a despeito da relação entre os sujeitos implicados na relação de fala. Essa tentativa de dar consistência a uma palavra para com isso superar o mal entendido que subjaz a relação entre falantes não é,

claro, propriedade exclusiva do uso deste significante no contexto de uma equipe de CAPS. Ao lançarmos mão de palavras na relação com os outros, a tentativa de transmitir aquilo que mobiliza a enunciação é, ao mesmo tempo, o que nos enlaça nas relações sociais e o que nunca será plenamente alcançado. Essa impossibilidade dá testemunho da relação deficitária de cada sujeito com a linguagem, que não abarca plenamente a experiência. No nosso campo de pesquisa, este uso da palavra sofrimento parece operar *como se* pudesse de algum modo superar o mal entendido fundamental que faz fracassar e ao mesmo tempo sustenta a comunicação e a relação entre humanos, aplainar as diferenças entre os discursos que estão presentes em um mesmo equipamento de saúde mental e eventualmente tentar garantir o bem para o outro atendido. A vivência cotidiana de trabalho aponta que isto não se dá sem consequências para os cuidados oferecidos aos usuários do CAPS e para a relação entre membros da equipe.

A produção orientada pela psicanálise sobre a clínica desenvolvida em equipamentos de saúde mental públicos ou na interface com outros discursos e instituições é vasta e, nestes escritos, por vezes nos deparamos com um lugar de importância dado para o sofrimento. Temos o Rio de Janeiro como importante pólo de produção acadêmica sobre saúde mental fundamentada na teoria psicanalítica, com publicações como o pioneiro *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos*, de Ana Cristina Figueiredo, de 1997, a obra *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (2006), organizada por Alberti e Figueiredo, e o livro *Psicanálise, Clínica e Instituição* (2005), organizado por Altoé e Lima. Recentemente em São Paulo tivemos, em 2013, a revista publicada pelo Núcleo de Pesquisa Psicanálise e Sociedade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da PUC-SP dedicada ao tema *Psicanálise e Saúde Pública*, tendo “Há alianças possíveis?” (Pacheco Filho, 2013) como questão mobilizadora de seu editorial e, em 2015, o livro *Saúde Mental e psicanálise*, de Dunker e Kyrillos. Por todo o país são publicadas elaborações a partir do trabalho na rede, relatos de experiência de psicanalistas em equipes de saúde e construções de casos clínicos — aliás, um dos dispositivos com os quais a psicanálise contribuiu diretamente para o campo da saúde mental (Viganó, 1999; Figueiredo, 2004). Estes psicanalistas produzem seus escritos a partir das experiências de trabalho além do *setting* do consultório particular, dito “tradicional”, e levam adiante a tarefa apontada por Freud de construir um campo de aplicações para sua

teoria que fosse mais além de seu ponto de partida “terapêutico” (Freud, 1933/2010c), incluindo nestes escritos e experiências os avanços produzidos desde então.

Encontramos em publicações que reivindicam a teoria psicanalítica como referencial um uso de sofrimento como elemento descritivo em situações da clínica (os sofrimentos dos pacientes), assim como a associação de sofrimento com outros termos que funcionam como adjetivos: sofrimento *mental*, sofrimento *psíquico*, sofrimento *subjetivo*. Podemos encontrar tais expressões na obra de Freud e em diversas produções desde então. Esse uso variado é compatível com o fato de sofrimento não ter, para a psicanálise, uma definição consensual ou o estatuto de conceito. Tanto em publicações psicanalíticas quanto no cotidiano institucional, mostra-se importante assumir uma posição de pergunta frente a esse termo. Investigar o que os psicanalistas tem produzido em torno do sofrimento ou como vêm articulando-o a problemas que nos interessam pode nos ajudar nesta tarefa. A maneira como eu escuto sofrimento na fala da equipe não é a maneira como eu escuto o sofrimento na produção psicanalítica e, mesmo entre os autores, as questões em debate são diferentes. Não se trata de procurar o que é o sofrimento para os autores, assim como não se trata de delimitar o que seria a “boa noção” de sofrimento no contexto clínico-institucional de um CAPS. Antes, perguntamos como se diz do sofrimento em diferentes contextos e o como esse dizer afeta as ações que ali se desenrolam.

Assim, de modo a termos mais recursos ao nos aproximar da questão de pesquisa e na análise de situações clínico-institucionais, trazemos para consideração algumas publicações do campo psicanalítico que tratam do sofrimento com alguma centralidade ou que trabalham com problemáticas afins às deste estudo.

5.1 - Dor e sofrimento

Uma das articulações encontradas é a relação entre dor e sofrimento na visada psicanalítica. Estes textos discutem problemas clínicos extremamente relevantes, em geral em torno do tratamento da dor, sugerindo uma compreensão da experiência subjetiva da dor mais além daquilo proposto pelo discurso da medicina ou da saúde, no que a psicanálise teria com o que contribuir. Além de discutir diretamente o sofrimento a partir do referencial psicanalítico, essa articulação nos interessa por colocar em questão as diferenças, na clínica,

entre abordagens realizadas a partir do paradigma da saúde e a posição da psicanálise. Em um CAPS, esta tensão entre o trabalho ancorado em objetivos sanitários e a direção de trabalho que orienta a prática de psicanalistas é, na experiência da pesquisadora, bastante comum.

No artigo *O psicanalista no tratamento da dor*, desenvolvido a partir de atendimentos psicanalíticos conduzidos dentro do hospital, Sueli Pinto Minatti (2012) nos conta que “para o campo médico, a dor é considerada o sintoma mais subjetivo, uma vez que sua visibilidade e mensuração dependem do relato do paciente, na medida em que, na maior parte dos casos, não há exame de imagem ou de laboratório em que essa queixa possa ser constatada” (Minatti, 2012, p.827). Articula a experiência da dor à experiência subjetiva de corpo, escutada pela psicanálise de uma posição diferente daquela do campo médico. Enquanto este preocupa-se constantemente com a cessação da experiência dolorosa, preferencialmente pela via da descoberta de uma etiologia orgânica, a psicanálise reconheceria o “aspecto da dor como elemento necessário, tanto na sinalização de perigo e de tradução para limites quanto na representação do mal-estar e da forma de dizer do sofrimento. Um aliado, portanto” (idem, p.830). Propõe a dor como *signo de sofrimento*, abordado de variadas formas pelas instituições que oferecem cuidado. Esse signo tornaria o sofrimento reconhecível institucionalmente, mas com isso frequentemente se dá uma espécie de separação entre sujeito e dor. No contexto em que desenvolve sua pesquisa, a atenção dos profissionais na instituição recai usualmente sobre esta última. A partir de vinhetas clínicas em que relata a abordagem psicanalítica dessa modalidade de apresentação de queixas ou sintomas, aponta para um deslocamento da função da dor enquanto signo de reconhecimento institucional do sofrimento (descrita como um “aprisionamento”), passando então a “ter um sentido e a ser parte da via significante do sujeito” (idem, p.833). Ao fim do texto, afirma que “podemos dizer que a dor é uma forma de sofrimento, e não queremos abatê-lo, porque sabemos que é inerente ao humano e só pode ser manifestado a partir do momento em que o sujeito fala” (idem, p.833).

Para a psicanálise, o corpo é tomado como campo de vivências não apenas de ordem orgânica, mas subjetivadas e marcadas pelo modo como cada um pode reconhecer e falar daquilo que experiencia — incluindo aí a dor. Os usuários do CAPS, ao dizerem de suas experiências corporais para a equipe, apresentam não apenas um possível indicador de uma afecção específica, mas também como o corpo pode ser falado desde uma posição subjetiva

singular, em uma enunciação que não é para qualquer um, mas para um profissional com quem estabeleceu algum tipo de relação. Queixas sobre tremores e efeitos colaterais de medicações, dores de cabeça e pedidos por analgésicos, relatos de insônia e outros tantos incômodos comunicados aos profissionais da equipe no dia a dia podem ser escutados de maneiras diversas. Levar a dimensão subjetiva da relação com o corpo em conta abre a possibilidade de considerar os diferentes encontros no cotidiano institucional como possibilidades de escutar e intervir para além da procura por uma etiologia orgânica.

O artigo de Minatti (2012) ilustra um modo de falar do sofrimento que funciona mais ou menos como: – os discursos hegemônicos (neste e em muitos casos o da medicina) fracassam/tem limites na possibilidade de tratar x (fenômeno, queixa ou sintoma apresentado) – x (neste caso, a dor) é uma forma de/sinaliza um sofrimento – o sofrimento é inerente à experiência humana – a psicanálise tem recursos para lidar com o sofrimento, diferentes daqueles dos discursos hegemônicos (que procuram eliminá-lo). A elaboração e a publicação de experiências com a psicanálise em contextos nos quais comparecem outros discursos sobre os fenômenos vividos como problemáticos sinaliza uma ampliação do escopo de atuação dos psicanalistas para além de suas práticas particulares, ajuda-nos a pensar problemas complexos e questiona a presunção de discursos hegemônicos de dar conta de todas as dimensões da vida humana. Na medida em que os recursos da saúde não são suficientes para acolher ou tratar das experiências narradas pelos usuários de um serviço, outras modalidades discursivas, como a psicanálise, passam a ser solicitadas.

Em certa medida, essa relação entre fracasso da medicina e possibilidade de tratamento pela psicanálise re-instaura a cada vez o gesto freudiano de fundação de outra clínica, que implica modo de relação com o sofrimento, a partir de sua experiência com as históricas (Freud, 1893-1895/2016). Essas experiências clínicas atestam especificidades da posição do psicanalista em relação aos fenômenos também abordados por outros profissionais em contextos de equipe. Enquanto psicanalista em um CAPS, o raciocínio em torno de uma mesma experiência clínica ou institucional será diferente daquele proposto por membros da equipe que tem como recurso outras modalidades discursivas.

Malpica, Díaz e Esser (2004) também vão debruçar-se sobre o tema da dor e do sofrimento no artigo *Complejidad del dolor y el sufrimiento humano*⁶. Os autores criticam uma concepção unidirecional, advinda do positivismo lógico, como paradigma orientador das pesquisas, que marca hegemonicamente a investigação médico-psiquiátrica sobre o tema. Insistem no caráter complexo destes fenômenos e lançam mão da filosofia, da fenomenologia e da psicanálise para argumentar neste sentido. Afirmam que “à dor, ao sofrimento e à angústia outorgam-se virtudes reveladoras da condição humana” (Malpica, Díaz e Esser, 2004, p.73), o que justificaria porque tantas reflexões filosóficas foram dedicadas a estes fenômenos. Os autores reconhecem funções desejáveis e saudáveis da angústia que se somam a funções francamente patológicas. Isto se daria quando colocam o Eu frente ao temor à morte numa relação de “transbordamento” das possibilidades de enfrentá-la. Ponderam ainda que a dor e o sofrimento podem ser entendidos como fonte de amadurecimento e de virtude, retomando Victor Frankl em sua afirmação de que é “a análise da existência que nos revela o sentido real do sofrimento, que nos revela que a dor e a tristeza são parte, de maneira plena, da vida, do mesmo modo que a penúria, o destino e a morte. Não é possível separá-los da vida sem destruir seu sentido” (Frankl, citado por Malpica, Díaz e Esser, 2004, p.74), defendendo que as dimensões sentimental, filosófica, religiosa e cultural sejam levadas em conta na consideração do problema da dor.

A psicanálise é trazida para o debate a partir da problemática econômica freudiana, com a retomada da construção de Freud de um aparato psíquico governado por uma tensão entre princípio do prazer e princípio de realidade, em que o Eu seria a instância administradora entre demandas do Id (governado pelo princípio do prazer) e do princípio de realidade. Esse aparato deve manter baixa quantidade de excitação, além da função de “drenagem” de excitação por diversas vias e da seleção de estímulos externos, impedindo uma entrada maciça, vivida como insuportável e dolorosa. Os autores retomam, ainda, o desenvolvimento teórico que leva à compulsão de repetição e à localização de um mais além do princípio do prazer, que dependeria de uma fonte energética distinta, mais elementar, instintiva e primária, segundo a hipótese de que o processo de vida que se direciona para a nivelção das tensões aponta, enfim, para a morte. Esse desenvolvimento não implica, no

⁶ Todas as citações do artigo, escrito em língua espanhola, foram traduzidas pela pesquisadora, que por elas se responsabiliza.

entanto, que toda liberação de energia pulsional erótica vá ser gratificante ou que toda liberação tanática vá ser destrutiva, já que os percursos pulsionais não são assim tão simples. Nesse ponto, mencionam brevemente o que denominam como “escola lacaniana”, que teria a proposta de um real que resiste a todo domínio, que “produz sofrimento, mas também induz fulgurações da inteligência que emancipam o sujeito de uma relação de submissão à cotidianidade, o que é especialmente notável no mundo do trabalho” (Malpica, Díaz e Esser, 2004, p.76). Algo da produção desta “escola” parece retornar na passagem em que os autores retomam o momento do nascimento:

A necessidade de ser escutado e atendido pelo outro se faz presente desde o momento mesmo do nascimento. A primeira palavra é um grito. A partir daí, poderia elaborar-se uma semiologia da queixa que diz muito sobre a dor e o sofrimento humano. A primeira conclusão seria que falar cura e que a repressão do ato simbólico aumenta a tensão dolorosa. Será necessário então considerar a função simbólica no estudo da complexidade do problema, marcando seu papel determinante na estruturação e representação da experiência (Benaim Pinto, 1983, citado por Malpica, Díaz e Esser, 2004, p.78).

É aí que incluem a mediação da relação com o outro pela palavra, a tensão dolorosa proveniente da repressão de atos simbólicos e o papel da função simbólica no estudo da dor e do sofrimento. Podemos inferir dessas colocações que, por não ser algo apreensível em sua totalidade como fenômeno objetivo (por haver sofrimento), há possibilidade de transformação da experiência da dor pelo laço com o outro, mediado pela palavra. Essa possibilidade de intervenção junto ao sujeito a partir daquilo que o articula em suas relações com o outro, através da linguagem, abre para o campo de práticas próprio à psicanálise. No CAPS, a aposta na fala e no laço com o outro — através de diversos dispositivos, desde os atendimentos em que os usuários são escutados por um profissional até os espaços coletivos de grupos e oficinas — pode ser uma caminho para viabilizar esta direção de trabalho.

Assim como Minatti (2012), Malpica, Díaz e Esser (2004) contrapõem à leitura positivista aquela que leva em conta a complexidade do problema da dor e do sofrimento, na qual estaria inscrita a psicanálise. Dedicam-se a recuperar na filosofia, na fenomenologia e na psicanálise argumentos que os ajudem a sustentar esta posição, propondo novamente o sofrimento como inerente à experiência humana, com funções potencialmente saudáveis e virtuosas. Os autores colocam o sofrimento em uma mesma série, não apenas junto com a dor, mas com a angústia, a tristeza, a penúria e a morte. Isso reapresenta a polissemia que envolve o sofrimento: pareado com a dor, torna-a mais complexa e subjetivada; na mesma sequência

que a angústia e a tristeza, aproxima-se de uma vivência afetiva; ao lado da penúria e da morte, parece remeter-se a uma função de padecimento inescapável — seu sentido varia em função dos demais significantes com os quais é relacionado, com a posição que ocupa numa série ou cadeia. O sofrimento implicaria numa complexidade da experiência, o que contribui para uma perspectiva crítica à lógica positivista da abordagem à dor.

5.2 - Psicopatologia e sofrimento

Um conjunto de publicações que considera o sofrimento de maneira sistemática, a ponto de alçá-lo a um operador teórico central, é aquele produzido por pesquisadores da Psicopatologia Fundamental. Mario Eduardo Costa Pereira (1998) apresenta as bases deste programa de pesquisa em seu artigo *Formulando uma Psicopatologia Fundamental*, publicado no primeiro volume da Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental. O autor situa a Psicopatologia Fundamental em relação ao contexto mais geral da psicopatologia, apontando as especificidades de sua contribuição no debate científico e epistemológico.

O campo da psicopatologia é caracterizado, na leitura que Costa Pereira (1998) faz de Pierre Férida e Daniel Widlöcher, por uma encruzilhada epistemológica de diferentes disciplinas, que têm em comum a preocupação com o sofrimento psíquico. Na atualidade, a perspectiva hegemônica da psicopatologia é aquela representada eminentemente pelos manuais diagnósticos (com o DSM em lugar de destaque) que tentam estabelecer categorias diagnósticas que suprimam as discordâncias entre as diversas disciplinas, ao menos no plano descritivo, a partir de uma definição empírico-pragmática. Porém, o autor pondera que, na busca de um ideal de acordo mínimo a partir de um sistema ateórico, a perspectiva dos manuais acaba por marginalizar outros discursos de grande importância para o debate, impondo uma metodologia de viés empirista e pragmático nem sempre compatível com outras dimensões éticas e práticas.

A psicopatologia é recuperada, então, em relação à formalização proposta por Karl Jaspers, em termos de uma “psicopatologia geral”. Esta seria uma “disciplina científica, não-

médica, mergulhada no particular da experiência íntima do sofrimento individual e ainda assim preocupada em produzir proposições de caráter geral sobre as formas específicas do padecer psíquico” (Costa Pereira, 1998, p.67). Essas proposições de caráter geral, entretanto, exigem uma reflexão em torno do problema da generalização possível a partir de uma abordagem que visa exatamente o mais singular da experiência do sofrimento de cada um — o que Costa Pereira (1998) localiza como uma questão que interessa diretamente à psicanálise.

A psicanálise, nos diz o autor, instaura a dimensão da subjetividade no campo da psicopatologia, o que não se dá sem consequências. Essa entrada questiona a legitimidade de tratar do psicopatológico como fato objetivo, denunciando no empirismo a ilusão do observador isento e mesmo afirmando que não há, no limite, um *fato* a observar, já que “o que está em questão não são os eventuais sintomas do sofrimento anímico, mas um discurso pronunciado em torno de uma queixa de falta de gozo” (Costa Pereira, 1998, p.72). De acordo com Costa Pereira (1998), a psicanálise teria a possibilidade de recuperação da dimensão prática da psicopatologia, em distinção do destino dado pela medicina. O *pathos* entendido como paixão e também como sofrimento passivamente experimentado acaba igualado, na tradição médica, ao *nosos*, doença oriunda de alteração na materialidade do corpo. A psicopatologia se confunde, nesta perspectiva, a uma psiconosologia, o que reduz o escopo teórico àquele da descrição, classificação e operacionalidade subjacentes às doenças mentais. O sujeito encontra-se, aí, excluído da implicação em seu próprio sofrimento. No caso dos usuários atendidos em um serviço de saúde mental, isso seria o equivalente a tomá-los pelos sintomas e traços considerados típicos dos transtornos mentais diagnosticados, a partir de categorias pré-estabelecidas, e não a partir modo como falam de si e de seu sofrimento na relação com os profissionais que os atendem. A recuperação do que diz Fédida sobre a natureza trágica do psicopatológico em seu viés esquiliano⁷, defendida por Costa Pereira (1998), permitiria uma clínica que trabalhasse com a capacidade geradora de sabedoria a partir da paixão e do sofrimento.

⁷ Pierre Fédida propõe a compreensão da natureza trágica a partir do Agamenon e Ésquilo: “Sofrer para aprender” [*pathei mathos*]. “O *pathei mathos* esquileano aparece aqui como a violência benfazeja dos deuses para com os homens, permitindo que algo da ordem da sabedoria surja do cerne de seus sofrimentos” (Costa Pereira, 1998, p.74).

Desta feita, o autor apresenta neste artigo a tarefa de “resgate da dimensão de implicação subjetiva na constituição do sofrimento psíquico e estudo das perspectivas clínicas decorrentes de tal postura ético-epistemológica” (Costa Pereira, 1998, p.75) como uma das principais tarefas da Psicopatologia Fundamental, lado a lado com a delimitação teórica e a teorização dos modelos e paradigmas do campo da psicopatologia.

Na esteira deste mesmo programa de investigações, temos o artigo de Paulo Ceccarelli (2005) sobre *O sofrimento psíquico na perspectiva da Psicopatologia Fundamental*. A partir da decomposição da palavra *psicopatologia* nos termos gregos *psychê*, *pathos* e *logos*, propõe que a psicopatologia “seria, então, um discurso, um saber, (logos) sobre a paixão, (pathos) da mente, da alma (psiquê). Ou seja, um discurso representativo a respeito do *pathos* psíquico; um discurso sobre o sofrimento psíquico; sobre o padecer psíquico. A *psychê* é alada; mas a direção que ela toma lhe é dada pelo *pathos*, pelas paixões” (Ceccarelli, 2005, p.471).

As tentativas de compreender, classificar e tratar dos sofrimentos psíquicos variam ao longo da história, de modo que cada contexto histórico-político teve sua psicopatologia, com referências e perspectivas teórico clínicas próprias. Em total acordo com a posição proposta por Costa Pereira (1998), afirma que hoje a psicopatologia associa-se a um vasto campo de disciplinas que teriam em comum o interesse pelo sofrimento psíquico. Essa multiplicidade seria uma evidência da irreducibilidade do fenômeno psíquico a uma única forma discursiva. Para Ceccarelli (2005), é também por não se resumir a uma trama discursiva única que a psicopatologia reparte-se em uma pluralidade de metapsicopatologias e que torna-se necessária a submissão dos pressupostos básicos da psicopatologia a interrogações de suas condições de possibilidade. Retomando Fédida, propõe que estes pressupostos sejam objeto de uma ciência primeira, que dê conta da inter e transdisciplinaridade das psicopatologias atuais. Este seria o papel da Psicopatologia Fundamental.

Esta disciplina teria como preocupação central contribuir para a redefinição do campo do psicopatológico, a partir da *fundamentalidade* ou *intercientificidade* dos objetos conceituais, e Ceccarelli (2005) a afirma como “o fórum de toda a metapsicopatologia” (Ceccarelli, 2005, p.474). O campo conceitual da Psicopatologia Fundamental é a psicanálise e seu objeto central, o que a organiza, é “aquilo que o sofrimento ensina”. O *pathos* e o sujeito, que traz uma voz única sobre sua paixão, são escutados visando

a transformação daquilo que causa sofrimento em experiência. “Encontramos aqui a essência de *Psicopatologia*: o conhecimento da paixão, do sofrimento psíquico. O *pathos*, em si, nada ensina, não conduzindo senão à morte. Quando a experiência é, ao mesmo tempo, terapêutica e metapsicológica, estamos no âmbito da Psicopatologia Fundamental” (idem, p. 474).

Afastando-se da ideia de doença mental, Ceccarelli (2005) nos conta que a Psicopatologia Fundamental propõe a criação de uma psicopatologia própria a cada sujeito, permitindo transformar *pathos* em experiência e, via transferência, refazer caminhos pulsionais e escolhas objetais. Dentro deste raciocínio, o diagnóstico seria um recurso para orientar um caminho, mas não um “instrumento classificatório-ideológico a ser utilizado para definir, *a priori*, uma organização ou uma estrutura na qual o sujeito deva ser encaixado; e menos ainda, um discurso que contribua para a cronificação do sofrimento e/ou discriminação do sujeito” (2005, p.474).

Quando o sofrimento é falado no contexto do trabalho clínico-institucional em um CAPS, por vezes é trazido como elemento que caracteriza o usuário — o sofredor — de modo que o objetaliza, tornando-o passível de considerações que o encaixem em alguma explicação categórica, parte do procedimento diagnóstico orientado pela classificação de doenças, problematizado pela Psicopatologia Fundamental. Na contramão deste procedimento estaria este trabalho em torno do *pathos*, que não abandona a importância do diagnóstico, mas orienta-se pelo modo como cada sujeito, sob transferência, permite ao profissional a construção de uma psicopatologia singular e centrada neste sujeito. O sofrimento de que fala a equipe não é o mesmo que o *pathos* discutido pela Psicopatologia Fundamental, que trata do sofrimento psíquico como um articulador clínico e teórico central.

Os autores apontam muito claramente o sofrimento psíquico como centro organizador de toda psicopatologia. É a preocupação comum, o ponto de cruzamento epistemológico das diferentes disciplinas existentes no campo da psicopatologia. Tanto Ceccarelli (2005) quanto Costa Pereira (1998) preocupam-se em localizar as contribuições específicas da psicanálise neste debate, com ênfase na instauração da subjetividade, na implicação do sujeito em sua vivência do *pathos* e na dimensão prática da experiência analítica como via de transformação do *pathos* em sabedoria — uma espécie de aplicação do *pathei mathos* esquiliano na

atualidade. A Psicopatologia Fundamental é apresentada como fórum de toda psicopatologia, pertencente ao campo da psicanálise e tendo o sofrimento psíquico como objeto.

A orientação do trabalho para a implicação subjetiva e para a transformação de *pahtos* em experiência tem méritos importantes e ajudam na reflexão sobre as experiências clínico-institucionais no contexto pesquisado. A potência transformadora do sofrimento psíquico estaria na implicação subjetiva e em uma prática que se dedicasse a viabilizar essa implicação, à diferença da postura psiconosológica, acolhendo os efeitos dessa implicação — o que nos parece uma interessante direção para o trabalho clínico. Porém, a auto proclamada propriedade de ser o fórum das metapsicopatologias merece pausa para ponderação. A Psicopatologia Fundamental propõe a existência de uma fundamentalidade e intercificidade no objeto das psicopatologias (o sofrimento psíquico), assim como “condições de possibilidade” a serem investigadas. Ao mesmo tempo, afirma uma direção de trabalho específica e retira do centro do debate outras práticas, como a do diagnóstico por categorias e a consideração das doenças mentais como entidades nosológicas. Parece-nos potencialmente problemático que uma disciplina possa ser simultaneamente fórum de um campo de produção de conhecimento e que ela estabeleça os parâmetros do que é ou não é compatível a esse mesmo campo. A consideração de que diferentes modalidades discursivas e procedimentos diagnósticos associados seguirão, no mesmo contexto, debruçando-se sobre os fenômenos a partir de seus recursos específicos parece demandar uma abordagem que considere como essas diferenças funcionam e que efeitos produzem, para além de afirmar a escolha por um paradigma específico, a partir do qual os outros seriam avaliados. A Psicopatologia Fundamental oferece importantes ferramentas para a pensar de que modo constitui-se a psicopatologia enquanto campo epistemológico e como a psicanálise relaciona-se a outros paradigmas. Porém, os recursos não necessariamente contribuem a contento na consideração dos efeitos de diferentes discursos atuantes em uma mesma situação clínica ou institucional.

5.2.1 - Sofrimento psíquico e “inadequação” das categorias diagnósticas

O artigo *O sofrimento psíquico grave e a clínica com crianças*, de Livia Milhomem Januário e Maria Izabel Tafuri (2009), usa a expressão *sofrimento psíquico grave* a partir de uma justificativa epistemológica e clínica, em um contexto institucional que se aproxima

daquele que constitui nosso campo de pesquisa. As autoras reivindicam o uso desta expressão a partir da proposta de Ileno Izídio Costa (2009), em detrimento do que chamam de “palavras vazias”, como psicose, esquizofrenia e autismo.

A tese de Costa é a de que o sofrimento daquele considerado louco se refere, na verdade, ao sofrimento “do qual se é impossível falar, definir, delimitar com conceitos simples”, e que o sofrimento psíquico grave se refere ao que “não é da ‘ordem do comum’, do ‘simples’, do ‘normal’, beirando a ordem do ‘inadministrável’ (Costa, 2003, citado por Januário e Tafúrio, 2009, p.531).

Com essa escolha, esperam ampliar as reflexões sobre o patológico (e, no contexto específico sobre o qual se debruçam, sobre o autismo) para além da “doença mental”. Esperam, ainda, “evitar o determinismo que vem das classificações das estruturas de base (neurose, psicose e perversão) e das classificações psiquiátricas e, ao mesmo tempo, privilegiar a questão do sofrimento do sujeito” (Januário e Tafúrio, 2009, p. 532). Essa preocupação com os efeitos das estruturas e das classificações psiquiátricas é localizada a partir de uma retomada dos destinos historicamente produzidos para as experiências de loucura e de uma crítica a tendências nominalistas do diagnóstico na clínica atual, marcadamente aquela pautada nos manuais de classificação de doenças mentais, como a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Para as autoras, esse modo de abordar a experiência tenta garantir uma espécie de retorno à realidade objetiva via observação, descrição e sistematização de signos, mas deixa de lado o encontro com o fenômeno e com a linguagem. Questionando as classificações das estruturas de base e as classificações psiquiátricas (que teriam em comum a prática nominalista), criticam o “rótulo de doente mental”. Isso implicaria repensar a semiologia clínica diante do sujeito, incluindo então uma complexidade de sentidos, conhecimentos, história e apreciação da experiência de cada subjetividade. Assim, caminharíamos no sentido de

ultrapassar a forma de pensar os fenômenos tipo sintoma dentro de uma perspectiva puramente causal e proporcionar o entendimento dos fenômenos como portadores de sentido e de história (...) compreender o significado da experiência psicopatológica, considerando o sofrimento psíquico grave também como um esforço do sujeito em direção à saúde. (Januário e Tafúrio, 2009, p.532).

As contribuições da psicanálise ao estudo do sofrimento psíquico grave são retomadas, neste artigo, a partir de Winnicott, quando o autor escreve sobre aspectos importantes de Freud para a classificação psiquiátrica, no que diz respeito ao sofrimento psíquico, a saber: a

relação do sujeito com a realidade, a formação de sintomas e a etiologia que exigia do clínico uma atenção com relação à história do paciente. Entendem que a grande contribuição de psicanalistas como Freud, Klein e Winnicott para o tema em pauta é “mostrar que formas de funcionamento psíquico, antes restritos ao campo da patologia, fazem parte do desenvolvimento e do processo de estruturação e de constituição psíquica do sujeito” (Januário e Tafúrio, 2009, p. 539).

Januário e Tafúrio (2009) associam diagnosticar, tendo por referência as classificações de estruturas de base (de raiz psicanalítica) ou as classificações psiquiátricas (representadas hegemonicamente nos grandes manuais), com uma perspectiva necessariamente nominalista e determinista. Ao mesmo tempo em que rejeitam as nomeações supostamente deterministas da psicanálise, retomam as contribuições de Freud, Klein e Winnicott no deslocamento de fenômenos e modos de funcionamento do campo da patologia para o campo do processo de desenvolvimento subjetivo fazendo, ao nosso ver, um uso um tanto impróprio deste aspecto da produção psicanalítica. Se de fato temos contribuições fundamentais da psicanálise freudiana para uma nova perspectiva em relação a uma série de fenômenos da experiência humana, que subverte uma linha supostamente clara entre o patológico e o normal ou simplesmente “idiossincrático” na vida de uma pessoa, na nossa leitura isso não foi elaborado em oposição a uma psicopatologia na qual o processo diagnóstico tem lugar fundamental. A noção de sintoma, o estabelecimento e a nomeação das entidades nosológicas têm importância e se transformam ao longo da produção de Freud conforme suas próprias pesquisas e elaborações teóricas caminham.

Na clínica e na pesquisa fazemos recortes e selecionamos aspectos da produção de outros psicanalistas, que nos interessam e ajudam a avançar num determinado campo. Existem aspectos das produções que podem ser mais adequadas a determinados raciocínios e propostas, deixando de lado outros elementos da obra de um mesmo autor. A maneira como recusam a referência às estruturas de base e ao mesmo tempo reivindicam as contribuições dos psicanalistas citados sem considerar a relação entre esses dois aspectos de suas produções nos parece, entretanto, equivocada. Colocar na mesma categoria de considerações críticas os efeitos da lógica nominalista psiquiátrica e aquela das categorias da psicanálise nos parece uma postura epistemológica problemática. É algo como não considerar o contexto discursivo

no qual uma articulação de saber foi produzida e ainda assim tentar preservar seu efeito de sentido.

Ainda que a preocupação das autoras seja justificada pelos argumentos que trazem em seu artigo, a solução proposta — uso da expressão “sofrimento psíquico grave” em detrimento de categorias da psicopatologia — deixa a desejar. Identificam problemas importantes no uso de classificações que apagam a singularidade daquele que é atendido e que limitam o trabalho de raciocínio clínico daquele que oferece o atendimento, mas a mudança da expressão não parece vir acompanhada de uma transformação na lógica em jogo no processo diagnóstico. “Sofrimento psíquico grave” funciona, assim, no mesmo eixo que outros nomes como psicose, autismo e esquizofrenia, o que parece ser exatamente o que as autoras procuram superar. Não é produzido algo que de fato funcione como uma alternativa a esta modalidade de nomeação diagnóstica, nem a expressão “sofrimento psíquico grave” produz um tensionamento no uso das categorias nominalistas que leve a críticas ou transformações notáveis.

Podemos considerar, neste sentido, que não se trata de substituir, nas discussões de equipe, o uso da palavra sofrimento por outra qualquer, mais “adequada”. Não se propõe, ainda, a troca de categorias e parâmetros do campo da saúde por outros, “psicanalíticos”. Exatamente por tratar-se de uma palavra que colhe seus efeitos pelo modo como é enunciada no discurso da equipe e não por si só, a substituição de uma palavra por outra sem que o discurso subjacente seja interrogado provavelmente terá pouco ou nenhum efeito. Palavras podem carregar consigo uma série de associações algo estanques, promovidas pelo contexto histórico e cultural em que foram prioritariamente disseminadas, como pode ser considerado o caso dos nomes de entidades nosológicas como autismo, esquizofrenia e psicose, discutidas no artigo de Januário e Tafúrio (2009). Entendemos que a problematização disso é relevante, mas a solução de troca de nomenclatura não está a altura do problema.

É feita uma tentativa de usar o sofrimento psíquico grave como uma noção clínica e teórica que operaria uma crítica no interior de discursos hegemônicos sobre a experiência de padecimento. Não obstante, observamos como fracassa a mera substituição de nomenclaturas sem uma localização mais consistente em relação a esses discursos, no interior de um corpo conceitual, de uma prática clínica e de um contexto institucional. Nesse sentido, as autoras

ilustram o tipo de confusão epistemológica que pode advir do uso de uma noção (como a de sofrimento psíquico) de maneira genérica, como se essa generalidade fosse resposta suficiente para o problema relacionado ao do caráter determinista e objetivante das classificações diagnósticas. Não nos parece ser esse o caso. Parece haver aí uma substituição de um significante por outro significante sem a mudança dos agenciamentos discursivos que condicionam seus efeitos.

5.3 - Método psicopatológico

O recurso a uma função crítica do sofrimento e da psicopatologia, em outra visada, é parte da proposta que encontramos em *O sofrimento como hífen na teoria social freudiana e sua atualidade: os exemplos das modificações corporais*, de Nelson da Silva Jr (2017). Neste artigo, o autor apresenta sua leitura sobre o método utilizado por Freud na consideração da organização social e seus efeitos⁸. A partir dos males individuais, patologias psíquicas e outras expressões do que escapa ao controle da consciência, este método procura construir modelos sobre as determinações dos processos psíquicos. Este *método psicopatológico* poderia inferir algo das estruturas subjacentes (ditas) normais da sociedade a partir dos traços presentes naquilo que ela julga anormal.

Com efeito, trata-se de tomar o que a sociedade expulsa de si como aquilo que pode revelar que o que para ela é mais inassimilável, e portanto, mais verdadeiro. Em suma, trata-se de assumir que o que ela julga como sua “norma” depende de uma constante vigilância e expulsão do que a isto não se adequa. Nas patologias e sofrimentos do indivíduo teríamos, assim, a chave de leitura de certas formas de controle e disciplina que a organização social faz sobre seus membros e seus corpos (Silva Jr., 2017, p.135).

Nesta visada, a consideração do que é vivido como impasse, inquietação e adoecimento no trabalho de um CAPS pode nos informar sobre o modo como o corpo social tenta dar conta daquilo que escapa ao que os recursos sanitários e à moral normativa tem a oferecer. Aquilo que da loucura e da vulnerabilidade social parece inassimilável e precisa ser de algum modo sanado contém, na leitura que Silva Jr. (2017) faz do método psicopatológico,

⁸ Silva Jr. (2017) chama especial atenção para as representações mais conhecidas da teoria social de Freud inspiradas, a saber, nos textos: *Totem e tabu* (1913/2012), *Psicologia de massas e análise do ego* (1920/2011) e *O mal estar na civilização* (1930/2010b).

indicadores fundamentais da verdade, do modo como a sociedade e a insituição estabelecem os parâmetros para o que é normal e adequado.

Na relação de co-pertencimento entre indivíduo e sociedade à luz da teoria freudiana, na qual o sofrimento poderia funcionar como um hífen, não cabe a ideia de harmonia ou equilíbrio sem resto. Para Silva Jr. (2017), Freud atesta um equilíbrio constantemente tenso e eminentemente precário — o que não é o mesmo que afirmar a resignação à ordem social e a seu inevitável sofrimento. O autor defende, enfim, a possibilidade de demonstrar que o sofrimento tem valor metodológico como chave na leitura da organização social. A partir das práticas do corpo, eleitas como campo de experiências que mostra de maneira privilegiada sua hipótese, Silva Jr. (2017) enuncia como a estrutura conceitual psicanalítica é capaz de produzir diagnósticos das culturas.

O corpo se apresenta, na visada da psicanálise, com uma dupla existência. O retorno de Lacan sobre a produção freudiana é retomado por Silva Jr. (2017) para afirmar um desencontro estrutural entre o choro do bebê e tentativa de atribuição de sentido por seus pais, em uma operação de linguagem que separa o sujeito de seu estado de imanência ontológica com seu corpo. A linguagem simultaneamente dá corpo e produz essa separação. O corpo é, por um lado, nomeado pelos pais a partir de uma determinada cultura e, por outro, ultrapassa-a ou está aquém desta — “é precisamente por meio dos desencontros e falhas na construção simbólica dos corpos que este outro corpo, este corpo perdido e inapreensível pela linguagem, presentifica-se sob a forma de sofrimento e gozo” (Sauret, 2008, citado por Silva Jr, 2017, p. 137). Como consequência, temos a fragmentaridade estrutural da linguagem diante do real do corpo, a indissociabilidade do sofrimento e do gozo em relação à existência humana — e disso decorre a possibilidade de isolar pelo menos dois vetores do sofrimento. Estas duas dimensões são propostas pelo autor como dois centros causais do sofrimento, o que funcionaria como o circuito de uma elipse (figura geométrica com dois centros).

O primeiro [vetor] se localiza nesta paradoxal relação de determinação e exclusão mútua da linguagem, com o corpo inerente ao advento, ou melhor, ao nascimento do sujeito no universo da linguagem. É um sofrimento estrutural, invariável e necessário. Mas há um segundo vetor causal do sofrimento, presente na *arbitrariedade dos significantes e suas combinatórias* (Silva Jr., 2017, p.137).

Ao longo da obra freudiana, a conciliação entre pulsionalidade e cultura é um tema central. Inicialmente é pensada como possível, sem um resto patológico, portanto não haveria patologias causadas pela cultura. Para Silva Jr. (2017), há uma importante mudança na consideração destas *patologias do social* a partir da conceitualização da pulsão de morte. É a

partir daí que a inevitável liberação da pulsão de morte pela própria cultura desestabiliza a possibilidade de equilíbrio nas relações culturalizadas dos sujeitos. Neste novo nível de teorização, não haveria escapatória da marca da dor e do sofrimento, tanto no corpo quanto na alma do homem, de sua emancipação da animalidade. Porém, se Freud se limitasse a este diagnóstico, não haveria tratamento possível para este mal-estar inevitável e, como sabemos, não é esta a proposta psicanalítica. É em uma segunda fonte de sofrimento, lida na teoria freudiana, que se localiza a possibilidade de uma terapêutica. As consequências dessa proposta para o tratamento orientado pela psicanálise não são poucas — se por um lado há uma marca indelével nos sujeitos pelo atravessamento da linguagem na constituição subjetiva, por outro o laço social e os discursos presentes na cultura são suscetíveis a intervenções. Isso pode contribuir na consideração do que, no contexto de um serviço de saúde mental, está em questão quando falamos do sofrimento dos usuários atendidos.

A psicanálise simultaneamente aponta, então, para o caráter inevitável do mal-estar da vida em civilização e para a possibilidade de amenização de tal sofrimento. A segunda fonte diz respeito ao problema da verdade, apresentado como

relação deficitária dos discursos com a verdade histórica dos sujeitos e de sua vida em comunidade. Em outras palavras, as grandes narrativas de uma cultura, seus ideais, suas exigências morais, podem fazer adoecer na medida em que estabeleçam relações deficitárias dos seus sujeitos com a verdade de sua história e de seus desejos. Esta é a segunda fonte de sofrimento na teoria freudiana: a relação dos sujeitos com a verdade pode potencializar ou atenuar o sofrimento proveniente da estrutura de impasse entre a natureza e a cultura (Silva Jr., 2017, p.139).

Ou seja, a segunda fonte - que diz respeito à relação entre sujeito e verdade — pode ter efeitos sobre a estrutura de impasse entre natureza e cultura, ainda que exista uma dimensão desta que não é diretamente acessível. Além das consequências clínicas (no campo da possibilidade de intervenção terapêutica), a dupla causalidade do sofrimento tem implicações políticas — ao colocarmos em cena a os discursos que se debruçam sobre a relação do sujeito com a cultura. O autor comenta como os laços sociais configurados pelo discurso da ciência e o discurso capitalista, conforme propostos por Lacan, são retomados por seus efeitos na redefinição do contexto simbólico de nossa cultura, afetando a relação dos sujeitos com o saber e com o gozo. Essas implicações políticas atualizam as condições para uma crítica social psicanalítica, que pode preservar o sentido crítico das formas de sofrimento e sua potência de transformação, sem deixar de lado as teses freudianas sobre o sofrimento inerente à vida em sociedade (Silva Jr., 2017, p.145). Silva Jr. (2017) entende que, no que

tange a articulação da cultura com as patologias, as críticas de Freud dirigem-se sempre a um mesmo alvo — a relação dos discursos com a verdade, onde se localiza o ponto de transformação e crítica do sofrimento uma vez que “das duas origens de nosso sofrimento, apenas nossa relação com a verdade pode ser eventualmente modificada” (idem, p.146).

O método psicopatológico que Silva Jr.(2017) localiza na produção freudiana considera, simultaneamente, aquilo que é rejeitado pela sociedade (considerado patológico, anormal ou inassimilável) e a apreciação de que isso que é rejeitado depende das normas que essa mesma sociedade estabelece. Do ponto de vista do sofrimento, o autor estabelece dois vetores causais, relacionados à constituição subjetiva (nascimento e estabelecimento de um corpo na relação com o outro primordial que tenta nomeá-lo a partir de sua posição na cultura) e, no mesmo golpe, à insuficiência da linguagem na circunscrição da experiência de vida. Observa-se um duplo efeito: uma dimensão inerente e inevitável – relativa à inadequação da construção simbólica frente à experiência perdida quando da constituição de um corpo e da entrada do sujeito na linguagem – e uma dimensão passível de transformação – dada a arbitrariedade dos significantes e suas combinatórias. Ou seja, é na não obrigatoriedade da manutenção de determinada ordem de articulação simbólica que encontramos o potencial crítico da experiência de sofrimento e de gozo – de maneira que reencontramos aqui a relevância da proposta lacaniana sobre a linguagem.

Silva Jr. (2017) traz novamente o problema pulsional, principalmente em sua incidência na constituição subjetiva e seus efeitos no corpo, necessariamente articulado àquilo que caracteriza a cultura na qual o sujeito se constitui. A suposta separação entre o que é psíquico e o que é social (entendido como aquilo que é variável na relação com a cultura articulada sob o laço simbólico) é subvertida na elipse de duplo centro que o autor sugere como formalização da dupla causalidade do sofrimento, abrindo o caminho para desdobramentos importantes na consideração psicanalítica dos fenômenos da cultura e na abordagem clínica do sofrimento.

5.4 - Mal estar, sofrimento e sintoma

Dunker (2011a, 2011b, 2015) faz um retorno a temas fundamentais da psicanálise, como o conceito de sintoma, a noção de mal-estar e o dispositivo clínico do diagnóstico.

Sugere o sofrimento como um operador que pode ser localizado neste mapeamento conceitual e, como Silva Jr. (2017), entende que isso pode ter consequências importantes para a teoria e para a clínica. É uma proposta em andamento, parte de um esforço de pesquisa mais amplo que coloca a psicanálise no terreno da crítica social, em diálogo direto com outros campos de produção de saber⁹.

Em artigo publicado em 2011, Dunker (2011a) diferencia a inclusão de fenômenos ou de um caso em categorias genéricas de diagnóstico, propondo que este seja entendido como a reconstrução de uma forma de vida.

Diagnosticar é reconstruir uma forma de vida, definida pelo modo como esta lida com a perda da experiência e com a experiência da perda. Diagnosticar é dizer como uma forma de vida se mostra mais determinada ou mais indeterminada, como cria sua singularidade entre falta e excesso e como se relaciona com outras formas de vida por meio da troca e da produção (Dunker, 2011a, p.124).

Diagnosticar deve, então, tratar da relação entre universal e particular; entre aquele sujeito, especificamente, e a lei. O autor retoma uma partição diagnóstica no interior da obra freudiana que considera ser pouco olhada pelos psicanalistas e reconhece, aí, diferentes níveis de leitura do patológico. A partir desses diferentes níveis, desdobra o que usualmente é denominado como sintoma (e que historicamente orienta toda clínica possível) em mais de um sentido: “[o sintoma] admite tanto o sentido de experiência de sofrimento (sintomas transitórios), como o sentido de signo de um processo patológico (sintomas típicos), além do sentido de mal-estar ainda não reconhecido ou nomeado coletivamente (sintomas individuais)” (Dunker, 2011a, p.116). É partindo dessa diferenciação que apresenta o sofrimento como distinto do sintoma típico ou da experiência de mal-estar, já que

há formas de sofrimento que ainda não podem ser nomeadas e outras que já não podem mais ser reconhecidas, assim como há mitos individuais e coletivos, transitórios e permanentes, típicos e atípicos. Isso nos habilita distinguir o sofrimento excessivamente nomeado, codificado sob formas jurídicas, morais ou clínicas, ao modo do sintoma típico, do sofrimento insuficientemente nomeado que se apresenta como mal-estar difuso (*Unbehagen*), angústia flutuante ou condição incurável atinente a uma forma de vida (Dunker, 2011a, p.117).

O sofrimento situa-se no campo da clínica, é parte do que é considerado na reconstrução de uma forma de vida enquanto operação diagnóstica. Não se resume, todavia, ao sintoma típico que é imediatamente remetido a um processo patológico ou à experiência

⁹ A proposta que abordaremos a seguir guarda importantes relações com aquela de Silva Jr. (2017). Isso não se dá à toa, haja visto que tanto Silva Jr. quanto Dunker, no campo da psicanálise, e Vladimir Safatle, a partir da filosofia, compõem um laboratório comum de pesquisas. O Latesfip (Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise) tem como suposição comum a irreducibilidade da relação entre formas de sofrimento e a organização social onde surge, o que estabelece as patologias do social como um analisador social relevante (Silva Jr., 2017, p.136).

indefinida do mal-estar inescapável. Nesta leitura, o sofrimento viabiliza um trânsito em diferentes processos de reconhecimento, sem deixar de lado as codificações operadas pelas modalidades discursivas da cultura ou as especificidades da trajetória de cada sujeito. Essas distinções podem ajudar na discussão de situações em que a equipe fala das experiências de sofrimento dos usuários como fundamentalmente problemáticas, patológicas ou anormais, a partir de gramáticas de reconhecimento que pouco levam em conta a posição do sujeito nas relações que estabelece com o outro e com os códigos da cultura.

Vemos, na perspectiva de Dunker (2011a, 2011b, 2015), a noção de sofrimento comparecer ao mesmo tempo como uma resposta a uma necessidade clínica e crítica, que permite operações entre o mal-estar e o sintoma, e como uma proposta de formalização teórica ainda em desenvolvimento. Em livro publicado também em 2011, Dunker (2011b) apresenta novamente sua proposta de consideração do sofrimento em relação a estes outros dois termos.

Todo sintoma exprime uma forma de mal estar, mas nem toda forma de mal estar é um sintoma. Mais ainda, nem todo sintoma expressa uma forma de sofrimento para o próprio sujeito. Há sofrimentos impercebidos, há sintomas inomeados. Ainda que o sofrimento expresse um saber sobre o sintoma, nem sempre este saber é reconhecível ou subjetivável pelo que sofre. O sofrimento pode ser retinto de indiferença ou remetido aos que convivem com a pessoa. Não é simples definir a fronteira entre o que é sintoma, distinguindo-o internamente do que representa um mero signo ou traço clínico, e, externamente, do que é da ordem do sofrimento, mais ou menos suportável. Complexa também é a tarefa de separar sintoma e sofrimento do que pertence à “dor de existir”: a precariedade do corpo, a contingência do amor, os desencontros do desejo, a solidão, a devastação, a angústia do que ainda não tem nome (2011b, p.40-41).

Mal estar, sofrimento e sintoma articulam-se às experiências do sujeito em sua relação com o mundo e, ainda que as fronteiras exatas entre um e outro sejam de difícil definição, um aplainamento de sentidos que produza equivalência ou identidade entre os termos reduziria seu potencial operatório. A proposta, tal como a apresenta Dunker (2011b), re-direciona a questão do sofrimento, que é considerado função de quem o designa, a partir de sua posição nas relações sociais, articulada aos sistemas simbólicos de que participa, em distinção à ideia de sintoma, que depende do discurso que o sanciona. No caso do nosso contexto de pesquisa, esta diferenciação entre sintoma (que adquire função a partir de um discurso sobre a clínica, serve ao profissional na construção de uma direção de trabalho) e sofrimento (designado a partir de uma posição singular, de quem sofre a experiência e a enuncia) abre espaço para a consideração tanto da posição do usuário, que não deve ser resumida às designações psicopatológicas, quanto da equipe, que intervém a partir de orientações distintas.

Nessa direção, é relevante a ampliação sugerida por Dunker (2015) dos atos, raciocínios e estratégias de inserção política, clínica e social do diagnóstico. É esta ampliação o que o autor propõe chamar de diagnóstica, no feminino, o “discurso local acrescido de efeitos, alianças e injunções que ultrapassam esse campo específico de autoridade, ação e influência” (Dunker, 2015, p.20). Para além da dimensão local do diagnóstico, inscrito em um discurso orientado por alguma modalidade clínica, a diagnóstica considera os desdobramentos desse ato no contexto das tramas sociais nas quais aqueles que é diagnosticado está inserido.

Esta pode ser uma perspectiva importante a ser considerada em nossa pesquisa, uma vez que os procedimentos realizados no campo da saúde mental e dirigidos à questão do sofrimento têm efeitos que ressoam, não se encerram no próprio circuito discursivo da saúde. O diagnóstico psiquiátrico de uma doença, por exemplo, não é mero fato clínico do qual decorre um tratamento. Dele se desdobrarão, eventualmente, um fato econômico, um problema moral (de acordo com a leitura que a cultura faz da doença), quiçá um fato jurídico, entre outras reverberações possíveis (Dunker, 2015, p.21). Em um CAPS isso toma cores bastante vivas, se considerarmos o lugar social historicamente reservado à loucura e os entraves encontrados por pessoas que circulam pelos espaços sociais com a identidade de “doente mental”. Como veremos adiante nas situações clínico-institucionais construídas, o “selo” de paciente psiquiátrico não acarretará aos usuários do CAPS apenas consequências de ordem terapêutica, como o uso de medicações ou a expectativa de adesão a certa rotina de tratamento. O diagnóstico afeta o modo como as decisões dos usuários são levadas em conta e como as falas sobre si são escutadas, assim como de que maneiras as instituições (não apenas de saúde) autorizam-se a intervir em diversos âmbitos da vida destas pessoas.

A preocupação com uma reformulação da diagnóstica psicanalítica caminha junto com o esforço de estabelecer condições de uma prática clínica que funcione como crítica social — já que para Dunker (2015), como afirma desde a introdução de seu livro, “boa clínica é crítica social feita por outros meios” (Dunker, 2015, p.46). O plano intermediário das narrativas sociais do sofrimento possibilitaria operações entre o mal-estar genérico derivado das condições de vida no capitalismo tardio e os sintomas específicos. Através de diversos recursos à clínica, à antropologia, à arte e à história, o autor persiste na investigação da relação entre estes três termos à luz desta preocupação clínica e política.

Sofrimento não é sintoma, e sintoma não é mal-estar. Há sintomas que parecem absolutamente imunes ao sofrimento, ou melhor, que produzem sofrimento real apenas aos que nos cercam. Mas aqui é preciso localizar uma forma específica de

patologia do reconhecimento, que se caracteriza pela indiferença ao sofrimento que causamos aos demais. Por outro lado, há formas de sofrimento que parecem continuamente à espreita de um nome que enfim as capturará. São como litorais de anomia e indeterminação entre o mal-estar do gozo e o saber-verdade do sintoma (Dunker, 2015, p.188).

As relações entre mal-estar, sofrimento e sintoma dependem, nessa perspectiva, dos regimes de determinação simbólica que medeiam as relações em certo momento da cultura. Isso vale para a psicopatologia psicanalítica, mas também para o descritivismo psiquiátrico e para as hermenêuticas espontâneas do sofrimento. É a partir das determinações simbólicas que se dá a regulação entre “o tipo de sofrimento que pode ser considerado necessário e que deve ser admitido, tolerado ou suportado e aquele sofrimento que deve ser considerado contingente, que deve ser enfrentado, superado ou atravessado, quer pela transformação do mundo, quer pela transformação do outro, quer pela transformação de si” (Dunker, 2015, p. 272).

Disso decorre que os parâmetros do que é considerado sofrimento, seja pelo sujeito, seja pelos profissionais que o atendem, não é alheio ao que socialmente regula as relações entre os humanos a cada momento, variando em função de injunções éticas, políticas e históricas. A pergunta sobre o que é falado como e sobre o sofrimento dos usuários atendidos passa, então, pela consideração de que discursos subjazem estas falas, em que posição colocam o outro, o que produzem e que verdade os mobiliza. Isso aproxima-se da proposta de Silva Jr. (2017) sobre a suscetibilidade de manejo do sofrimento a partir de seu pólo causal articulado com a linguagem, a cultura e a verdade, sem ignorar a dimensão incurável do outro pólo causal, que diz respeito ao atravessamento dos sujeitos pela linguagem desde o momento primário em que são incluídos como partícipes da cultura em sua relação com os outros. Essa chave de leitura nos interessa por fazer do sofrimento um operador crítico, que articula clínica e cultura, que faz possível circulação entre a dimensão singular do modo como cada sujeito vive, marcado pela linguagem, e a rede discursiva com a qual se relaciona e na qual é falado e tratado.

5.5 - Agenciamentos discursivos: uma abordagem ao sofrimento

Podemos delimitar algumas contribuições distintivas das leituras para nosso problema de pesquisa. Uma delas é a ideia de sofrimento como algo que complexifica e subjetiva a experiência humana a partir da implicação do sujeito na experiência de padecimento. Minatti

(2012) e Malpica, Diaz e Esser (2004) tratam desta articulação a partir do problema da dor, destacando a diferença entre a orientação psicanalítica na consideração deste fenômeno em relação à abordagem da medicina e à lógica positivista de modo mais geral. Estes autores consideram o sofrimento como inerente ao humano e revelador de aspectos da condição da vida. Costa Pereira (1998) e Ceccarelli (2015), falando a partir do campo da Psicopatologia Fundamental, discutem a possibilidade da psicanálise endereçar-se a esta implicação subjetiva de maneira diferente daquela de outros paradigmas psicopatológicos. A consideração do sujeito na abordagem do *pathos* decorre em consequências clínicas e epistemológicas importantes. Para os autores, a aproximação do *pathos* (paixão e sofrimento vivido pelo sujeito) ao *nosos* (doença oriunda de alterações na materialidade do corpo) exclui o sujeito, afastando-o de uma relação produtiva com o próprio sofrimento. O procedimento diagnóstico, na perspectiva proposta por Costa Pereira (1998) e Ceccarelli (2015), não deve ser um instrumento classificatório-ideológico ou partir da categorização de sinais a partir de convenções, articuladas centralmente na atualidade pelos manuais diagnósticos internacionais (com destaque para o DSM-V). Antes, deve servir à orientação de um caminho. A direção de tratamento tampouco seria guiada pelo objetivo de recuperação de um estado anterior de saúde e normalidade, mas sim pela transformação do *pathos* em experiência e sabedoria, centrada no sujeito e nos caminhos pulsionais que este pode (re)traçar, através de uma relação transferencial com quem o escuta.

Os textos parecem remeter-se, em alguma medida, a um entendimento geral de que o sofrimento é inerente ao humano — ainda que os diferentes autores dediquem-se ao tema de variadas maneiras, com atribuições causais e preocupações epistemológicas por vezes distintas. No interior dessa observação mais geral, os desenvolvimentos de Silva Jr. (2017) e Dunker (2011a, 2011b, 2015) são de especial interesse para nosso estudo, na medida em que articulam, em suas investigações acerca do sofrimento, o modo como o sujeito é atravessado pelas experiências com os regimes simbólicos e de relação com a verdade nos quais se constituem.

Dunker (2011a, 2011b, 2015) realiza um esforço de localização do sofrimento entre outros operadores clínicos e teóricos da psicanálise. O sofrimento estaria entre o mal estar e o sintoma, com um trânsito entre um e outro que passa pela relação entre excesso (pela via das formas jurídicas, morais ou clínicas) ou insuficiência (no caso do mal estar difuso e incurável)

de nomeação. O sofrimento seria função de quem o designa, em distinção ao sintoma, que é nomeado em função do discurso que o sanciona. A relação entre mal estar, sofrimento e sintoma depende necessariamente dos regimes de determinação simbólica da cultura, que é localizada historicamente. Isso nos coloca no campo dos discursos, que é o recurso teórico a que lançaremos mão na abordagem das situações clínico-institucionais em nosso estudo. É no campo das articulações simbólicas de determinado momento da cultura que será definido o que é ou não é considerado sofrimento, assim como que sofrimento deve ser tolerado e que sofrimento deve ser contingente, desta feita atravessado ou superado de alguma maneira, através da transformação de si, dos outros ou do contexto no qual o sujeito está inserido. O que será considerado sofrimento e o que fazer com esta experiência variará em função de injunções simbólicas. As consequências do que é feito a partir do diagnóstico de um fenômeno ou experiência podem, aliás, desdobrar-se para além do campo específico de influência daquele discurso, o que Dunker (2015) chama de diagnóstica. Encontramos, ao longo de nosso percurso de pesquisa, momentos em que podemos apontar tais desdobramentos, de modo que a noção de diagnóstica pode nos ajudar discutir os efeitos das operações discursivas em jogo no campo investigado. É pela via da relação com os discursos subjacentes a cada momento da cultura, portanto não imutáveis e inerentes à vida humana, suscetíveis a transformações e reposicionamentos, que entendemos a afirmação do autor sobre a clínica como crítica social feita por outros meios.

Na proposta de Silva Jr. (2017), o sofrimento tem lugar de importância na clínica atenta aos agenciamentos discursivos. Na medida em que o corpo passa por uma operação de linguagem que o separa de sua condição de imanência ontológica, é marcado por uma nomeação proveniente da cultura enquanto, ao mesmo tempo, mantém-se sempre além ou aquém desta. O sofrimento e o gozo presentificam os desencontros e falhas da construção simbólica dos corpos. É a partir dessa apreensão da constituição subjetiva humana que o autor construirá sua proposta acerca do duplo vetor causal do sofrimento, como dois centros em uma figura elíptica. No momento que um mesmo ato produz dois centros, um inerente e irreduzível na constituição do sujeito e outro que faz relação com os discursos nos quais o sujeito se constitui, podemos explorar o potencial operatório dos discursos como estratégia de abordagem do sujeito no laço social. Isso coloca para nós a chance de considerar a irreduzibilidade da dimensão cultural e política na sua relação mais íntima com a experiência

do sujeito. Não saímos ilesos da relação com o gozo e com a palavra; o sofrimento testemunha isso. Existe uma dimensão estrutural, inassimilável e intratável deste encontro. Não obstante, há também uma dimensão mutável e passível de intervenção, relacionada à possibilidade de recombinação dos significantes, propriedade da linguagem e base da proposta lacaniana sistematizada na teoria dos discursos, conforme abordaremos adiante (Lacan, 1969-70/1992).

O método psicopatológico de que Silva Jr. (2017) trata também possibilita aproximações ao modo como abordamos as situações clínico-institucionais em nosso estudo. O autor sugere que este método viabiliza a apreensão do que é dito como normal a partir do que é julgado como anormal. A vigilância e expulsão do que não se adequa aponta para o que é, para a sociedade, mais inassimilável e, portanto, mais verdadeiro — o que se relaciona com o lugar da verdade nos discursos de Lacan (1969-70/1992). A verdade é o que propulsiona o discurso, a mola que move os aparelhamentos de gozo que sustentam a relação entre sujeito e outro, formalizados nas modalidades discursivas propostas. O problema da verdade é apresentado por Silva Jr. (2017) como articulado ao segundo vetor causal do sofrimento, na medida em que há uma relação deficitária entre os sujeitos e a verdade de sua história e de seus desejos. A transformação da relação dos sujeitos com a verdade pode potencializar ou atenuar o sofrimento advindo do impasse entre natureza e cultura, o que nos parece estar alinhado com a abordagem do problema de pesquisa a partir dos agenciamentos discursivos, portanto de como o sofrimento é falado, mediante a chave de leitura oferecida pela teoria dos discursos. A não obrigatoriedade de manutenção de determinadas articulações simbólicas relaciona-se com o potencial crítico da experiência de sofrimento e de gozo, abordados pelo vetor causal atinente à verdade e às injunções simbólicas.

Chegará o dia em que poderemos quebrar os canos de todos os apartamentos e, durante meses, viveremos cercados por bacias e outros recipientes cheios de cabelos molhados, assim como de curiosos e mendigos, aos quais pagaremos generosamente para que procurem, separem, classifiquem e nos tragam os cabelos possíveis, a fim de alcançarmos a certeza desejada. Se o cabelo não aparecer, entraremos numa etapa muito mais vaga e complicada, porque o trecho seguinte nos leva aos esgotos maiores da cidade. Depois de comprar uma roupa especial, aprenderemos a nos esgueirar pela rede a altas horas da noite, armados com uma poderosa lanterna e uma máscara de oxigênio, e exploraremos as galerias menores e maiores, se possível ajudados por marginais com quem teremos travado relação e a quem precisaremos dar grande parte do dinheiro que ganhamos durante o dia em um ministério ou numa casa comercial. (...)

6 - Sofrimento, ética e discursos: o impossível como tarefa do analista

O dicionário Houaiss da língua portuguesa propõe como definição para *sofrimento* “1 ação ou processo de sofrer 2 causado por ferimento ou doença; padecimento 3 dor moral; amargura, ansiedade, angústia 4 vida miserável; miséria, penúria, dificuldade” e para *sofrer* “1 sentir dores físicas ou morais, padecer 2 ser alvo de; receber, levar 3 padecer de 4 experimentar com resignação e paciência, suportar, tolerar, aguentar 5 não evitar ou criar impedimento para, admitir, permitir, aceitar 6 passar por, experimentar 7 ter danos ou prejuízos; decair, degradar, perder 8 não reagir violentamente; conter-se, sofredar-se, aguentar-se” (Houaiss e Villar, 2001, p.2608). Observam-se sentidos associados a efeitos de um adoecimento; relacionados com a dimensão da moral; vividos como afetação no corpo; aproximados à dimensão da miséria vivida ou ainda à ação de tolerar, às vezes com certa passividade, os acontecimentos. Os dicionários fornecem suas informações a partir de convenções culturais (aqueles mais bem feitos a partir de ampla pesquisa), sempre relativas ao tempo de sua feitura e aos grupos sociais que, neste momento, são considerados fontes de informação. As informações oferecidas sobre palavras como sofrimento ou sofrer, com suas várias definições associadas, reiteram o que vimos constatando: seu uso é diverso e condicionado às práticas discursivas de um momento histórico.

Freud (1919/2010a) usou do recurso ao dicionário em sua pesquisa em torno do inquietante. Pergunta-se se há um núcleo comum dessa experiência, que localiza no campo da estética enquanto teoria das qualidades do sentir, em especial naquilo que a distinguiria da angústia. Lança mão do dicionário de língua alemã para iniciar sua investigação, principalmente em torno do que, na palavra em alemão, “desenvolve seu significado na direção da ambiguidade, até afinal coincidir com seu oposto” (Freud, 1919/2010a, p. 340). Neste momento, mais do que as reflexões produzidas pelo autor neste escrito, inspira-nos sua postura frente a uma dimensão da experiência humana que parece, para o psicanalista em sua prática clínica, relevante — perguntar o que é isto, como isto se relaciona com o sujeito que experimenta tal afeto ou sentimento, a partir da palavra inserida em uma relação de fala. Freud (1919/2010a) parte de uma palavra para construir uma investigação em torno de uma experiência, lançando mão de sua prática clínica e de produções da cultura.

No nosso caso, não se trata de procurar na letra freudiana, no ensino de Lacan ou no texto de outros psicanalistas um conceito de sofrimento que respondesse às inquietações colocadas pelo problema de pesquisa. Tampouco procuramos propor uma conceitualização a partir daquilo que as práticas no contexto clínico-institucional de um CAPS nos ensina. Antes, nos remetemos aos autores procurar recursos teóricos e diretrizes clínicas que nos ajudem a discutir o que se passa nas situações vividas pela pesquisadora-psicanalista, tomando o sofrimento como centro. O sofrimento funciona, nas situações sobre as quais nos debruçamos, como ponto articulador dos discursos que intervêm de diferentes maneiras em processos clínico-institucionais complexos. Assim, após aproximarmo-nos das produções de psicanalistas que trabalham com o sofrimento como operador e do campo em que desenrolam-se tais situações, voltaremos a algumas elaborações que, ao nosso ver, contribuem para a construção desta discussão. A relação entre sofrimento e o laço dos humanos uns com os outros e com a cultura, abordada por Freud (1930/2010b), nos orienta em direção a uma posição ética propriamente psicanalítica, objeto da atenção de Lacan (1959-60/2008), e nos propulsiona na procura de recursos clínicos e teóricos que estejam à altura da sustentação desta ética. *O mal estar na civilização* (Freud, 1930/2010b), *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise* (Lacan, 1959-60/2008) e *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* (Lacan, 1969-70/1992) são textos que nos ajudam a trilhar um caminho que leve em consideração as injunções da cultura e das instituições que a compõem, o modo como afetam o sujeito e como isso relaciona-se com o sofrimento. São textos que favorecem não só uma contribuição específica da psicanálise, mas o fazem incluindo a multiplicidade discursiva componente no liame social em sua apreciação, tornando-a também objeto de sua atenção.

6.1 Felicidade e economia libidinal

É em *O mal estar na civilização* (1930/2010b) que encontramos a principal reflexão freudiana acerca do sofrimento. Freud pondera sobre a possibilidade de conhecer a finalidade da vida e, entendendo que uma resposta definitiva para esta questão é impossível fora de sistemas de valores como aqueles propostos pela religião, passa a perguntar-se sobre o que a conduta dos humanos informa sobre a finalidade e a intenção de suas vidas: "(...) o que pedem eles da vida e desejam alcançar? É difícil não acertar a resposta: eles buscam a felicidade,

querem se tornar e permanecer felizes” (Freud, 1930/2010b, p.29). Esta busca teria duas metas, uma positiva e outra negativa, relativas a vivência de fortes prazeres, por um lado, e a ausência de dor e desprazer, por outro.

A finalidade da vida seria, então, estabelecida pelo programa do princípio do prazer — o que de partida implica em empecilhos para sua execução. Freud (1930/2010b) afirma que tal programa “É absolutamente inexecutável (...) Aquilo a que chamamos 'felicidade', no sentido mais estrito, vem da satisfação repentina de necessidades altamente represadas, e por sua natureza é possível apenas como um fenômeno episódico” (Freud, 1930/2010b, p.30). Retomando uma das propostas econômicas cujo germe podemos encontrar desde seu *Projeto para uma psicologia científica* (1895[1950]/1996), Freud (1930/2010b) afirma que uma situação desejada pelo princípio do prazer que se desdobra no tempo perde muito da potência de seu efeito. Apenas o contraste pode ser fruído intensamente, enquanto as experiências que tem prosseguimento são vividas como morno bem estar, por um limite próprio da constituição do aparelho psíquico.

O mesmo não se daria, entretanto, com a experiência da infelicidade, que é associada com o *sofrer*. Na letra de Freud,

O sofrer nos ameaça a partir de três lados: do próprio corpo, que, fadado ao declínio e à dissolução, não pode sequer dispensar a dor e o medo, como sinais de advertência; do mundo externo, que pode se abater sobre nós com forças poderosíssimas, inexoráveis, destruidoras; e, por fim, das relações com outros seres humanos. O sofrimento que se origina desta fonte nós experimentamos talvez mais dolorosamente que qualquer outro; tendemos a considerá-lo um acréscimo um tanto supérfluo, ainda que possa ser tão fatidicamente inevitável quanto o sofrimento de outra origem (Freud, 1930/2010b, p.31).

A procura pela satisfação das necessidades, colocando o gozo em primeiro plano e a cautela em segundo, seria uma estratégia alinhada à meta positiva na busca pela felicidade. O ônus — a pressão das possibilidades de sofrimento advindas das três fontes — faz com que esta estratégia seja arriscada e o autor afirma que comumente os indivíduos contentam-se em evitar o sofrer, abrindo mão da conquista do prazer.

Algumas maneiras através das quais o sofrimento é evitado dizem respeito às fontes das quais este se origina. Assim, um deliberado isolamento e distanciamento do mundo externo poderia oferecer salvaguarda ao sofrimento que resulta das relações humanas; a técnica e a ciência poderiam contribuir para o controle e submissão da natureza, favorecendo a felicidade de todos; e, considerando que o sofrimento existe na medida em que o sentimos, a

influência sobre o próprio organismo através de métodos químicos, como a intoxicação, alteraria o modo como acolhemos o prazer e os impulsos desprazerosos no nosso corpo.

Estas estratégias voltam-se para aquilo que pode intervir, desde fora, sobre a experiência de cada um produzindo desprazer e sofrimento. Entretanto, Freud (1930/2010b) considera que a complexidade do aparelho psíquico humano faz com que outras tantas influências devam ser consideradas na abordagem desta questão. Assim como a satisfação instintual é vivida como felicidade, a insatisfação das carências e debilidade na relação com o mundo externo pode ser causa de muito sofrer. Isto posto, a consideração dos impulsos instintuais e das ações que podem aplicar-se sobre eles pode oferecer mais elementos sobre a relação entre as pessoas, a busca pela felicidade e o sofrimento. O autor sugere que as ações sobre os impulsos instintuais são um tipo de defesa que não lida com o aparelho sensorial, como as mencionadas anteriormente, mas que buscam afetar as fontes internas das necessidades.

Há diversas posições possíveis frente aos instintos na tentativa de lidar com o sofrimento. De modo extremo, o indivíduo poderia tentar liquidar os instintos, abandonando toda atividade e buscando contentamento através da quietitude. Uma tentativa mais moderada seria a de procurar o governo dos instintos, através da mediação de instâncias psíquicas que se submeteram ao princípio de realidade. Desta feita, o propósito da satisfação não é abandonado por completo, mas um grau de proteção é alcançado na medida em que a insatisfação de instintos subjugados é menos dolorosa que a dos instintos não inibidos. A contrapartida, porém, é a diminuição das possibilidades de fruição, pelo mesmo mecanismo de subjugação instintual. O deslocamento da libido, movendo as metas dos instintos de forma que não sejam atingidos pela frustração a partir do mundo externo, é outra operação que contribui para a defesa contra o sofrimento. É aqui que a sublimação mostra sua contribuição, especialmente quando é possível elevar o ganho de prazer a partir de fontes de trabalho psíquico e intelectual. Novamente, esta estratégia do aparelho psíquico tem seus limites — sua aplicação depende amplamente de disposições individuais, a satisfação adquirida tem sua intensidade amortecida e a tentativa tende a falhar quando a fonte do sofrer é o corpo.

A modulação do vínculo com a realidade também pode configurar uma maneira de evitar o sofrimento e buscar satisfação. Uma "vida de fantasia" permitiria satisfações obtidas de ilusões que, mesmo reconhecidas como tais e, portanto, com notável discrepância com a

realidade, não implicariam em perturbação da fruição. Um passo mais radical nesta direção seria a ruptura de todos os laços com a realidade, encarada como fonte de todo o sofrimento, aos modos de um eremita que dá as costas ao mundo e tenta reconstruir outro em seu lugar. A loucura, as religiões e os delírios de massa seriam, para Freud (1930/2010b), exemplos maiores deste procedimento que, no entanto, pode compor o conjunto de tentativas protetivas de qualquer um, já que “diz-se que cada um de nós, em algum ponto, age de modo semelhante ao paranóico, corrigindo algum traço inaceitável do mundo de acordo com seu desejo e inscrevendo esse delírio na realidade” (Freud, 1930/2010b, p.38).

Estas tentativas de ação sobre os instintos intervêm predominantemente através da proteção ou afastamento em relação ao mundo exterior. Isso não se daria com o amor, a estratégia que localiza a satisfação em processos psíquicos internos, valendo-se do caráter deslocável da libido, mas agarra-se aos objetos externos e obtém felicidade de uma relação afetiva para com eles. Não apenas procura evitar desprazer, mas realiza esforço ativo na realização positiva da felicidade. Esta estratégia, que pode parecer ideal, também tem seu lado frágil: “Nunca estamos mais desprotegidos ante o sofrimento do que quando amamos, nunca mais desamparadamente infelizes do que quando perdemos o objeto amado ou seu amor” (Freud, 1930/2010b, p.39). Por fim, Freud (1930/2010b) apresenta uma última tentativa — que chama, aliás, de técnica de vida — para evitar o sofrimento. Esta seria a fuga para a doença neurótica, que ao menos prometeria ao indivíduo adoecido algumas satisfações substitutivas.

Com a localização das maneiras através das quais os seres humanos defendem-se do sofrer, Freud (1930/2010) nos apresenta sua posição sobre o programa de ser feliz, imposto pelo princípio do prazer. Ao mesmo tempo em que é irrealizável, não somos capazes de abandonar os esforços para torná-lo menos distante, através dos mais diversos caminhos. Todavia, “em nenhum desses caminhos podemos alcançar tudo o que desejamos. No sentido moderado em que é admitida como possível, a felicidade constitui um problema da economia libidinal do indivíduo” (Freud, 1930/2010b, p.40).

6.2 Sofrimento e evolução cultural

Para nossa apreciação, interessa particularmente as especificidades do sofrimento que advém da terceira fonte delimitada por Freud (1930/2010b), que diz respeito aos impasses e insuficiências nas normas que medeiam os vínculos com os outros em diferentes âmbitos, como a família, o Estado e a sociedade de modo geral. O autor considera que a natureza nunca será dominada por completo e que o organismo (parte, ele mesmo, da natureza) estará sempre em construção, deficitário em seu desempenho e adequação. A fonte social de sofrimento é aquela que “não queremos admitir, não podendo compreender por que as instituições por nós mesmos criadas não trariam bem-estar e proteção para todos nós” (Freud, 1930/2010b, p.43). Os homens e mulheres, nas suas relações entre si e com a cultura, produzidas por eles mesmos, deparam-se constantemente com o sofrimento.

Freud (1930/2010b) definirá civilização, em *O mal estar na civilização*, como o conjunto de realizações e instituições que separam a vida atual dos humanos daquela de seus antepassados animais, com a dupla finalidade de protegê-los da natureza e regulamentar suas relações entre si. Os atos culturais são variados, desde atividades e valores úteis ao ser humano até construções sem utilidade imediata, como suas concepções e ideais ou a apreciação da ordem e da beleza. As atividades psíquicas — como as realizações intelectuais, científicas e artísticas — são traço fundamental da civilização, assim como a regulação das relações sociais “que dizem respeito ao indivíduo enquanto vizinho, enquanto colaborador, como objeto sexual de um outro, como membro de uma família e de um Estado” (Freud, 1930/2010b, p.56).

É o caráter cultural dessa tentativa de regulamentar as relações o que, para Freud (1930/2010b), marca a passagem da arbitrariedade do indivíduo mais forte para a possibilidade da vida humana em comum. A passagem do poder do indivíduo (que determinaria as relações a partir de seus interesses e instintos) para o poder da comunidade seria o passo cultural decisivo, implicando uma limitação quanto à possibilidade de gratificação individual no contexto comunitário. Há, então, perdas necessariamente imbricadas nas relações sociais entre humanos, o que afeta a tarefa econômica colocada em pauta pelo programa de busca pela felicidade, promovendo mudanças nas disposições instintuais humanas.

Os instintos passam por processos de absorção, deslocamento e sublimação em suas metas, de modo a procurar vias de satisfação apesar das limitações colocadas pela evolução cultural. Além destes mecanismos, outro procedimento retomado por Freud (1930/2010b) como central é o da renúncia instintual, que pressupõe a não satisfação de instintos poderosos. Esta “frustração cultural” marca amplamente os vínculos sociais humanos e coloca uma série de distúrbios em pauta, caso compensações econômicas não sejam promovidas. Há uma espécie de “custo” libidinal nas relações sociais, que passa por restrições civilizatórias àquilo que compareceria como satisfação e prazer.

É possível questionar, com todas essas restrições em relação à finalidade mesma da vida, em que se fundamentaria a evolução cultural. Freud (1930/2010b) propõe que “A vida humana em comum teve então um duplo fundamento: a compulsão ao trabalho, criada pela necessidade externa, e o poder do amor (...) Eros e Ananke tornaram-se também os pais da cultura humana” (Freud, 1930/2010b, p.62-63). A necessidade da colaboração para o trabalho e as relações amorosas — sejam as de amor sexual (genital) ou aquelas inibidas na meta — seriam elementos centrais da justificativa para tantos custos implícitos nas relações sociais.

Para que a civilização se mantenha e avance na direção de unir os humanos em números cada vez maiores, faz-se necessário ligar libidinalmente os membros da comunidade. A civilização promove de diversas maneiras processos identificatórios, mobiliza a libido inibida na meta nesta direção e impõe tarefas que não correspondem àquilo que, do ponto de vista individual, corresponderia às estratégias econômicas mais satisfatórias.

Freud (1930/2010b) toma uma das exigências ideais da civilização como uma espécie de paradigma exemplar do processo de evolução cultural. O mandato “ama a teu próximo como a ti mesmo” representaria esta suposta disposição de ligação ao outro a despeito daquilo que faria sentido para cada um em seu processo de satisfação e evitação do sofrimento. O autor problematiza em que medida este mandato seria exequível — afinal, para que seja amado, o outro precisaria merecê-lo de algum modo.

Ele o merece, se em importantes aspectos semelha tanto a mim que posso amar a mim mesmo nele; ele o merece, se é tão mais perfeito do que eu que posso amar nele meu ideal de mim; eu tenho que amá-lo se ele é filho de meu amigo, pois a dor do amigo, se algo lhe acontecesse ao filho, seria também minha dor, eu teria de compartilhá-la. (...) Se é um desconhecido, dificilmente o amarei e estria sendo injusto se o fizesse (Freud, 1930/2010b, p.74).

Do ponto de vista da busca da felicidade através das satisfações libidinais, um desconhecido não só não é digno de amor no geral como provavelmente teria mais direito a

hostilidade ou ódio (Freud, 1930/2010b, p.76). O pendor agressivo, do ponto de vista freudiano, perturba a relação entre os humanos e requisita da civilização esforços para que seja controlado. Esta agressividade, dita primária, ameaça a sociedade constantemente.

Daí, portanto, o uso de métodos que devem instigar as pessoas a estabelecer identificações e relações amorosas inibidas em sua meta, daí as restrições à vida sexual e também o mandamento ideal de amar o próximo como a si mesmo, que verdadeiramente se justifica pelo fato de nada ser mais contrário à natureza humana original (mec 78).

É neste ponto que Freud (1930/2010b) localiza a função de um preceito tão inexequível quanto “ama a teu próximo como a ti mesmo”, ao mesmo tempo em que constata que, de fato, a felicidade na cultura parece algo inviável, uma vez que esta impõe sacrifícios não só à sexualidade, mas também ao pendor agressivo. Em nome de um tanto de segurança, das possibilidades abertas pelo trabalho compartilhado e do amor inibido na meta, o ser humano civilizado abre mão definitivamente de um tanto de felicidade.

O instinto de agressão é proposto como uma disposição original e autônoma do ser humano, principal derivado e representante do instinto de morte que partilha com Eros o domínio da vida. É, também, o principal obstáculo da civilização que, a serviço de Eros, esforça-se na junção de indivíduos isolados em unidades cada vez maiores. As vantagens da evolução cultural não são suficientes para manter tal unidade, donde a centralidade das ligações libidinais entre humanos, sempre em tensão com este instinto agressivo que pauta a hostilidade de todos contra um e de um contra todos. Para Freud (1930/2010b), esta tensão esclarece o sentido da evolução cultural, que atesta “a luta entre Eros e morte, instinto de vida e instinto de destruição, tal como se desenrola na espécie humana, essa luta é o conteúdo essencial da vida, e por isso a evolução cultural pode ser designada, brevemente, como a luta vital da espécie humana.” (Freud, 1930/2010b, p.90-91).

Esta tensão entre Eros e instinto de morte caracteriza tanto o processo cultural quanto o desenvolvimento do indivíduo, ainda que cada um destes processos guarde finalidades e características distintas. Para o indivíduo, a meta principal do princípio do prazer (satisfação da felicidade) se mantém e a adaptação às restrições para tomar parte de uma comunidade é uma espécie de condição incontornável a que se submete para alcançar a meta da felicidade. No processo cultural a meta da felicidade também está presente, mas secundarizada em relação à meta de criar unidades cada vez maiores a partir dos indivíduos humanos. Essas duas “tendências” são vividas como uma disputa em cada indivíduo, mas Freud (1930/2010b) esclarece que

essa luta entre indivíduo e sociedade não deriva da oposição provavelmente inconciliável entre os dois instintos primevos, Eros e Morte; significa uma desavença na casa da libido, comparável à briga pela distribuição da libido entre o Eu e os objetos, e admite um equilíbrio final no indivíduo — oxalá também no futuro da civilização — apesar de atualmente dificultar-lhe tanto a vida (Freud, 1930/2010b, p.116).

Tanto no desenvolvimento individual quanto na evolução cultural uma série de exigências ideais são instituídas e o fracasso de seu cumprimento se relaciona com os sentimentos de culpa e angústia que marcam as relações na civilização¹⁰. Uma das exigências culturais pertinente às relações humanas é designada por “ética”. Freud (1930/2010b) afirma que “a ética se dedica ao ponto facilmente reconhecível como o mais frágil de toda cultura. Ela há de ser vista, então, como tentativa terapêutica, como esforço de atingir, por um mandamento do Super-eu, o que antes não se atingiu com outro labor cultural” (Freud, 1930/2010b, p.117-118). A ética representaria os preceitos que, pouco alinhados com aquilo a que os indivíduos se direcionam para evitar o sofrimento e obter felicidade, ainda assim devem ser cumpridos em nome da civilização.

A experiência psicanalítica de tratamento das neuroses, todavia, problematiza os efeitos desta orientação ética da cultura. Freud (1930/2010b) aponta como muitas vezes, durante o processo terapêutico, os mandatos do Super-eu precisam ser combatidos — o que vale tanto para o Super-eu de cada indivíduo quanto para o Super-eu cultural, que não considera suficientemente a constituição psíquica, proferindo ordens sem perguntar se seu cumprimento é humanamente possível. A posição freudiana no contexto terapêutico psicanalítico assinala uma relação com a ética não coincidente com aquela proposta pela civilização.

Exigindo mais, produzimos no indivíduo rebelião ou neurose, ou o tornamos infeliz. O mandamento ‘Ama a teu próximo como a ti mesmo’ é a mais forte defesa contra a agressividade humana e um belo exemplo do procedimento antipsicológico do Super-eu cultural. O mandamento é inexecutável; uma tão formidável inflação do amor só pode lhe diminuir o valor, não eliminar a necessidade (Freud, 1930/2010b, p.119).

A inevitabilidade da relação com o outro e com as produções culturais no programa de busca da felicidade convive com o esforços da civilização em controlar e inibir os impulsos

¹⁰ Não nos debruçaremos em detalhe sobre a articulação proposta por Freud (1930/2010b) entre a evolução cultural e o estabelecimento do Super-eu no indivíduo, mas deixamos como apontamento a importância deste aspecto abordado em seu texto. O autor apresentará o Super-eu como algo de que a cultura se vale para tentar inibir a agressividade que a ameaça. A agressividade que se dirigiria contra os outros é introjetada e dirigida contra o próprio Eu, passa a exercer contra o Eu a hostilidade de gostaria de ver satisfeita em outros indivíduos. Esta tensão entre Super-eu e Eu está na origem da consciência de culpa (que tem, para Freud, papel central nas relações sociais humanas) e participa do controle do prazer que o indivíduo tem na agressão. Também a comunidade forma uma espécie de Super-eu, que influencia a evolução cultural e que Freud chama de Super-eu de uma época.

que ameaçam os processos sobre os quais esta se apoia para seguir em sua evolução. A cultura enfrenta obstáculos, produzindo defesas que podem acarretar tanta infelicidade quanto a civilização mesma e, frente a isso, “A chamada ética natural nada tem a oferecer aqui, salvo a satisfação narcísica de o indivíduo poder se considerar melhor que os outros” (Freud, 1930/2010b, p.119). A ética civilizatória nada tem a ver com aquilo que orienta os homens e mulheres na busca pela felicidade ou na evitação do sofrimento e a psicanálise não se orienta por esta ética.

6.3 Ética da psicanálise

Um dos pontos de apoio para a discussão proposta por Lacan (1959-60/2008) sobre a ética dialoga diretamente com o problema abordado por Freud (1930/2010bb) em *O mal estar na civilização*. Lacan (1959-60/2008) debruça-se sobre o problema da moral e da felicidade em seu *Seminário 7: a ética da psicanálise*. Este seminário acompanha seu ensino entre os anos de 1959 e 1960 e problematiza a relação entre a demanda de felicidade, tal como é apresentada no campo da moral e enquanto construção cultural, e a posição da psicanálise. A partir da proposta freudiana, que coloca em questão as relações do homem com um bem genérico e condizente com a moral da civilização a partir dos determinantes inconscientes de sua economia pulsional, Lacan (1959-60/2008) discute uma posição ética própria à psicanálise. Isso nos interessa na construção de uma abordagem psicanalítica frente ao uso da palavra sofrimento no contexto clínico e institucional de uma CAPS, onde operam discursos que orientam-se a partir de outros referenciais.

Lacan (1959-60/2008) elege como uma de suas interlocuções o sistema aristotélico. O autor afirma que a ética, em Aristóteles, é uma ética do caráter, que passa pela formação deste caráter, pela dinâmica dos hábitos, pelo adestramento e pela educação (Lacan, 1959-60/2008, p.22). Esta ética orientaria os princípios através dos quais os homens e mulheres deveriam agir em direção à felicidade, finalidade das ações humanas que, no pensamento aristotélico, estaria associada ao Bem. O estabelecimento do *ethos* marcaria a diferença entre um ser inerte e um ser vivo. Para Aristóteles, conforme apresentado por Lacan (1959-60/2008) em seu seminário, enquanto o ser inanimado segue indiferente àquilo que lhe passa, sem habituar-se, o homem se habitua — este é o *ethos*.

E esse *ethos*, trata-se de obtê-lo conforme ao *ethos*, ou seja, a uma ordem que é preciso reunir (...) num Bem Supremo, ponto de inserção, de vínculo, de convergência, em que uma ordem particular se unifica num conhecimento mais universal, em que a ética desemboca numa política e, mais além, numa imitação da ordem cósmica. Macrocosmo e microcosmo estão supostos ao princípio de toda meditação aristotélica (Lacan, 1959-60/2008 p.33)

Para alcançar essa injunção que é o Bem, o sujeito, sob a égide da ética aristotélica, deve conformar-se ao ideal de um homem racional e moral — o que distingue-se de modo radical da proposta apresentada por Freud (1930/2010bb) em suas considerações sobre a relação entre os humanos e a cultura. Na leitura lacaniana, Freud afasta-se de qualquer proposta de identificação da adequação à realidade a um bem qualquer. A civilização pede muito ao sujeito, que não pode esperar nem do microcosmo (ou seja, ele mesmo), nem do macrocosmo (a relação com os outros, os objetos e os fatos da cultura) algo a que possa chamar de seu bem ou de sua felicidade (Lacan, 1959-60/2008 p.46).

Lacan (1959-60/2008) leva em conta a proposta freudiana de realidade como realidade psíquica, portanto profundamente subjetivada e marcada pela singularidade da relação do sujeito com o mundo exterior. O aparelho psíquico medeia a recriação da realidade e os processos de pensamento do sujeito, direcionando-se por uma procura do reencontro com o objeto de satisfação — isto é, não há para a psicanálise uma realidade objetiva de onde retirar os parâmetros da retidão e ordenação moral a despeito das injunções de cada sujeito na procura por satisfação libidinal.

A leitura que Ana Beatriz Coutinho Lerner (2013) faz do seminário sobre a ética da psicanálise em sua pesquisa, desenvolvida no contexto de instituições escolares, nos ajuda a pensar esta relação entre a procura pela felicidade e o Bem. A autora ressalta como o sujeito orientará suas ações na direção daquilo que servirá para aproximá-lo do objeto de satisfação perdido que, entretanto, pelo modo como se constitui a subjetividade nesta perspectiva teórica, nunca será reencontrado. Lacan (1959-60/2008) chama a este objeto de *Das Ding* e Lerner (2013) comenta como

em oposição ao Bem como finalidade última da ação do homem, o autor situa a busca da satisfação, entendida como a reprodução do estado inicial do encontro com *Das Ding*. A ação do sujeito humano, por mais que se pretenda norteá-la por ideias morais, orienta-se por uma lei fundamental que é desconhecida pelo sujeito, mas que direciona sua experiência, a lei do desejo (Lerner, 2013, p.56).

O ponto de desencontro entre o programa de busca pela felicidade empreendido pelo indivíduo e o processo de evolução cultural próprio à civilização (Freud, 1930/2010bb) pode ser relido, com o aporte dos desenvolvimentos de Lacan (1959-60/2008), como o desencontro

entre a procura pelo reencontro com *Das Ding* e o Bem, entre a dimensão moral e a ética da psicanálise. Concordamos com Freud (1930/2010bb) e Lacan (1959-60/2008) quando apontam a impossibilidade de conciliação entre a *práxis* psicanalítica, orientada pela lei do desejo e advertida da determinação inconsciente, e a adequação aos parâmetros morais da sociedade. Uma das consequências dessa perspectiva é que a relação do problema da felicidade e do sofrimento com a política ganha um espaço importante. Lacan (1959-60/2008) sugere que a análise aparece no contexto desta relação entre a felicidade e a política, o que é atualizado a cada vez que o analista recebe, ao escutar um sujeito, uma demanda de felicidade. Que isso aconteça não implica, porém, que a psicanálise vá formular — como o faz Aristóteles — uma disciplina da felicidade.

O processo analítico é afastado, nesta visada, da adequação a parâmetros morais de um determinado momento histórico e da ideia de uma circulação universal de bens que promoveria a satisfação de todos os homens e mulheres. Lacan (1959-60/2008) questiona se o sucesso de uma análise pode ser avaliado em função de “uma posição de conforto individual vinculada a essa função, certamente fundada e legítima, que podemos chamar de serviço dos bens” (Lacan, 1959-60/2008, p.355). O que se supõe como ideal a ser alcançado na sociedade, marcadamente associado atualmente às modalidades de circulação dos bens, não coincide com a direção de uma análise. Não cabe ao analista colocar-se na função daquele que garantirá acesso a uma disciplina da felicidade ou à normatização em uma determinada época. Apresentar-se como alguém que poderia garantir o bem, ainda que no contexto de uma análise, seria, para o autor, uma espécie de trapaça: de modo que “não há razão alguma para que nos constituamos como garante do devaneio burguês” (Lacan, 1959-60/2008, p.356).

Ao mesmo tempo em que localiza a felicidade no campo da política e relativa às ordenações morais de determinada época – como a normativa do usufruto universal dos bens entre os homens –, Lacan (1959-60/2008) retira o psicanalista da posição daquele que pode atender a esta demanda ou de algum modo garantir o encontro do sujeito com “seu bem”. Um desdobramento possível que podemos ler a partir deste apontamento é que a psicanálise, ao apontar para além das ordenações específicas de um modo de produzir e fazer circular os bens, pode cumprir uma função crítica no interior de uma determinada época.

A ética considerada a partir da proposta lacaniana não apenas questiona que o Bem, para o sujeito, seja identificado à adequação moral (que se presentifica nas leis, nas instituições e nas diversas modalidades de relação entre humanos), mas problematiza a própria possibilidade de que efetivamente haja um Bem a ser almejado. Na medida em que o sujeito se relaciona com as estruturas sociais carregando consigo as injunções da lei do desejo, o que faria função de Bem não pode advir dos objetos com os quais se relaciona ou com o seguimento das ordenações civilizatórias, conforme apontado por Freud desde *O mal estar na civilização* (1930/2010bb). O Bem Supremo seria o retorno ao estado inicial de satisfação através do reencontro com *Das Ding*, objeto ao qual não há acesso possível, ainda que esta busca relance o sujeito em cada uma de suas relações sociais. Nas palavras de Lerner (2013), Lacan nos ensina que "o Bem Supremo que é *Das Ding*, que é a mãe, o objeto do incesto, é um bem proibido e que não há outro bem" (Lerner, 2013, p.58).

Essa perspectiva ética nos coloca em posição de perguntar o que pode estar implicado em ações que visariam o bem de alguém. Freud (1930/2010bb) já havia apresentado o problema econômico do mandato de "amar ao próximo como a si mesmo" e Lacan (1959-60/2008) recupera esta discussão para apontar como o bem que desejamos ao outro é sempre à imagem e semelhança do que supomos ser o nosso. Ponderando alguns desdobramentos disso, Lerner (2013) traz a observação Kehl (Kehl, 2002, p.21, citada por Lerner, 2013, p.61-62) sobre como o amar ao estranho implica a anulação da alteridade — uma vez que, efetivamente, ama-se aquilo que pode ser reconhecido como identidade. A tentação neste processo de anulação da alteridade consiste em, ao fazer do outro algo idêntico a si, suprimir no próximo tudo o que é estranho ao eu, livrando-se assim do outro e do desconhecido que habita o próprio sujeito.

Ao considerar as incidências da palavra sofrimento a partir da visada psicanalítica, tal como é articulada nas práticas clínico-institucionais de um CAPS, assumimos uma posição ética que distingue-se de uma moral que preconiza o Bem. Não é possível saber *a priori* o que é o bem do outro a partir de parâmetros genéricos ou hegemonicamente reconhecidos como ideais, em conformidade com a organização social vigente. Pensar intervenções junto à população atendida a partir de uma lógica normatizante, orientada pela moral, implica em deixar de reconhecer que o sujeito orienta-se pela lei do desejo e em ignorar o papel da

determinação inconsciente nos modos como cada um trilha seus caminhos nas relações sociais.

6.4 Laço social e teoria dos discursos

Para abordar o uso da palavra sofrimento no contexto de trabalho sobre o qual debruçamos, a partir da posição de uma psicanalista em uma equipe de saúde mental, temos na teoria dos discursos elaborada por Lacan (1969-70/1992) um importante recurso. Lacan apresentará sua proposta em seu *Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*, dez anos depois de seu seminário sobre a ética. De partida afirmará o discurso como uma estrutura necessária, que ultrapassa as palavras, sem as quais ainda assim pode sustentar-se a partir de algumas relações fundamentais — "um discurso sem palavras" (Lacan, 1969-70/1992, p.11). Estas relações só podem ser mantidas em função da linguagem, pressuposto que acompanha as elaborações do autor, que delimita como relação fundamental aquela "de um significante com um outro significante. Donde resulta a emergência disso que chamamos sujeito — em virtude do significante que, no caso, funciona como representando esse sujeito junto a um outro significante" (Lacan, 1969-70/1992, p.11). Um aparelho que articule relações de linguagem e os efeitos que produzem, considerando de que modo o sujeito localiza-se nestas relações, parece adequar-se à proposta de investigação do uso do sofrimento na fala dos profissionais envolvidos em situações complexas da clínica na instituição. Não se trata de uma busca pelo sentido de um enunciado, mas do que está em jogo em uma enunciação.

FIGURA 1: OS QUATRO DISCURSOS.

Lacan (1969-70/1992) nos apresenta quatro esquemas (que podem ser observados acima, na Figura 1), referentes às quatro estruturas que trabalhará ao longo de seu seminário. Estas quatro estruturas, nos diz o autor, não são abstraídas a partir da realidade, mas estão desde a partida inscritas no modo como funciona a realidade para o sujeito, fundada na linguagem. O discurso, então, já está no mundo — não apenas inscrito, como sustentando-o, pelo menos na medida em que podemos conhecê-lo (Lacan, 1969-70/1992, p.13). Estes quatro discursos dizem respeito aos modos como o sujeito se enlaça no mundo, procurando o resgate do encontro com o objeto (desde a partida perdido) de satisfação primária nas diferentes relações nas quais está implicado, tal como Freud (1930/2010bb) já havia apontado em *O mal estar na civilização* e como Lacan (1959-60/2008) havia retomado em seu seminário sobre a ética. O discurso é uma maneira de escutar e formalizar o laço social enquanto modo de aparelhamento de gozo que posiciona o sujeito em relação ao outro social, considerando a mediação da linguagem e a hipótese da determinação inconsciente.

Lerner (2013) comentará, debruçada sobre como esta teoria pode ajudar na consideração de falas sobre a inclusão escolar, como esta noção de discurso contempla aquilo que articula o sujeito ao outro, definindo posições discursivas e modalidades de relação, constituindo formas particulares de laço social. Este laço social pode ser entendido, na leitura que a autora faz deste seminário, como "a tentativa de obtenção de satisfação compensatória à ausência de relação sexual, isto é, da complementaridade entre os sexos e da realização do desejo" (Lerner, 2013, p.71), decorrentes da perda da possibilidade de reencontro com a plena satisfação pulsional determinada pelo modo como o sujeito é constituído em sua relação com a linguagem.

Os discursos que Lacan (1969-70/1992) nos apresenta contam com quatro elementos, que ocupam quatro lugares e podem deslocar-se por estes lugares em quartos de giro. Os elementos que compõem a estrutura dos quatro discursos são o sujeito (representado no esquema por \$), o significante mestre (S1), o saber (S2) e o objeto *a* mais-de-gozar (*a*). Os lugares são estáveis, apresentados na forma de binômios e ligados por uma seta orientada (conforme Figura 2, abaixo), e é em função do elemento que ocupa cada posição que cada um dos quatro discursos irá caracterizar-se. Lerner (2013), em diálogo com a leitura de Marco Antônio Coutinho Jorge (1997), considera que a estes quatro lugares podem ser articuladas duas questões. Do lado do sujeito, em nome de quê está articulado este discurso? — o que

pode subdividir-se em o que o organiza (que desempenha o papel do agente, orienta sua ação) e o que o organiza ainda mais fundamentalmente (qual é sua verdade). Do lado do outro, em vista de quê esse discurso articula-se? — que, por sua vez, pode subdividir-se em qual é o outro a que se dirige e que produto comporta (Jorge, 1997, citado por Lerner, 2013, p.73).

FIGURA 2: LUGARES NOS DISCURSOS.

Jorge (2002) irá novamente ponderar, em outra publicação, sobre os lugares apresentados por Lacan (1969-70/1992), pontuando como estes quatro lugares são “o mínimo necessário e suficiente para estabelecer o liame social” , uma vez que “o lugar do agente determina, por seu dito, a ação; o lugar do outro, que, movido por esse dito, é necessário à execução; o lugar do produto, resultado simultaneamente do dito do primeiro e do trabalho do segundo” (Jorge, 2002, p.26). O quarto lugar, aquele da verdade, é fundamental para que o dito seja levado em conta por quem vai operá-lo, para que possa considerar este dito como não enganador. Desta feita, o lugar da verdade seria o lugar necessário para ordenar a função da fala. Para Jorge (2002), “os lugares dos discursos são fixos porque todo e qualquer discurso é sempre movido por uma verdade, sua mola propulsora, sobre a qual está assentado um agente, que se dirige a um outro a fim de obter deste uma produção” (Jorge, 2002, p.27). O lugar que designa-se como o da verdade só pode ser localizado na medida em que entra em jogo o que é articulado a partir daí, o que advém deste lugar (Lacan, 1969-70/1992, p.107). O lugar do agente é aquele que caracteriza cada discurso, donde deriva o nome dado a cada uma dessas estruturas. Porém, é um agente que se faz agir, está assujeitado à verdade que propulsiona seu dizer.

FIGURA 3: DISCURSO DO MESTRE.

O discurso do mestre é aquele que tem no lugar do agente o S1, do outro o S2, da produção o objeto a e da verdade o $\$$. É sobre a função do significante mestre que se apoia a essência deste discurso, que é apresentado por Lacan (1969-70/1992) como representativo da relação entre senhor e escravo. O senhor (S1) opera de tal modo que o campo do escravo (S2), que é quem tem o saber-fazer, trabalhe, transformando um saber de escravo em um saber de senhor, expropriando do campo do escravo isso que o senhor não tem (Lacan, 1969-70/1992, p.20-22). O objeto a no lugar da produção aponta, porém, para como essa operação não se completa, tendo como resto exatamente aquilo que falta à possibilidade de abarcamento pelo saber do campo dos significantes. O saber do senhor limita-se a um saber teórico que, mobilizado pelo sujeito marcado pela divisão (\$) no lugar da verdade, ainda assim mantém recalcada a singularidade, supondo ser possível que S1 intervenha em S2 de tal forma que o saber "possa constituir de algum modo, ou em algum momento, mesmo que ele seja de esperança no futuro, uma totalidade fechada" (Lacan, 1969-70/1992, p.31). A ordenação de uma cadeia (S2) a partir de um significante (S1) comparece como pretensão da constituição de um discurso universal, mantendo para isso o escamoteamento da posição do sujeito (\$) — é uma das formas de operar, por exemplo, da moral e da lei. Também a ciência frequentemente opera à maneira do discurso do mestre, apostando na capacidade da combinação de significantes na fixação de um significado, mantendo recalcadas tanto a verdade da divisão subjetiva que atesta a incompletude do mestre quanto a produção de um resto que escapa à captura pela linguagem. É aí, nos dirá Lacan (1969-70/1992), que de vez em quando o aparelho enguiça e podemos testemunhar a afinidade deste discurso com a lógica do inconsciente — a cada lapso e tropeço através dos quais este se revela (Lacan, 1969-70/1992, p.30). Disso o mestre não quer saber — apesar de ter como agente um significante que intervêm no campo do saber de modo a produzir uma cadeia, não está

interessado no que sua produção informa sobre a falha, a condição incompleta de sua verdade. Neste sentido, não é um discurso que conduz ao saber — o senhor "não deseja saber absolutamente nada — ele deseja que as coisas andem" (Lacan, 1969-70/1992, p.23). Nas instituições, como é o caso de um CAPS, esse modo de operar também pode ser observado — para que as coisas andem e as leis funcionem (S1-S2), há que esquecer-se da singularidade (\$), de modo que esta não se sobreponha à ordem, e esquecer-se de que as leis e combinados coletivos não são capazes de abarcar toda a experiência, havendo sempre algo (*a*) que aponta para a falha desta iniciativa.

FIGURA 4: DISCURSO DA HISTÉRICA.

O discurso da histérica é aquele em que o \$ ocupa o lugar do agente, o S1 o do outro, o S2 o da produção e o objeto *a* o da verdade. Podemos pensar este discurso a partir da relação entre as históricas (\$) que, mobilizadas pela verdade de seus sintomas corporais (*a*) colocados como um enigma para o conhecimento científico da época, endereçam para Freud (S1) uma demanda para que produza um saber (S2) sobre seu sofrimento. Esta é a estrutura que melhor representa um sujeito que, em sua análise, questiona o analista para que algum significante responda por sua divisão. Entretanto, o saber produzido não consegue responder a esta demanda, já que o objeto *a*, no lugar da verdade, continua impossível de ser alcançado e desvendado. O mestre é colocado no lugar do outro para, constantemente, ser destituído pela falha no saber que pode ser produzido nesta operação — o que o impele a produzir novos saberes, fadados ao mesmo destino. À diferença do discurso do mestre, este discurso conduz ao saber (Lacan, 1969-70/1992, p.22) e poderia ser pensado como ideal de uma ciência que contasse com o sujeito — na medida em que questiona a ordenação da cadeia significativa (S1-S2) a partir do sujeito (\$) como agente, sem com isso alcançar a verdade do objeto (*a*), mantendo viva a dinâmica produtiva desta relação. A posição da agente histérica, neste discurso, aponta para como a "linguagem derrapa na amplidão daquilo que ela (...) pode abrir

para o gozo" (Lacan, 1969-70/1992, p.35), sustentando a pergunta sobre o que vem a ser uma relação sexual (pergunta que diz respeito a possibilidade de relançar-se em relações desejantes) ao manter recalcada a verdade do saber sexual (a) - "ela faz, à sua maneira, uma espécie de greve. Não entrega seu saber." (Lacan, 1969-70/1992, p.98), ao mesmo tempo desmascarando e mantendo-se solidária ao mestre a quem dirige esta pergunta.

FIGURA 5: DISCURSO DO UNIVERSITÁRIO.

$$\begin{array}{ccc} & & U \\ & & \rightarrow \\ \frac{S_2}{S_1} & & \frac{a}{\$} \end{array}$$

O discurso do universitário conta com S_2 no lugar de agente, objeto a no lugar do outro, $\$$ como produto e S_1 no lugar da verdade. Este saber (S_2) no lugar do agente apresenta-se como autônomo, como saber que age por si só, sem autoria, para tomar o outro (a) como objeto. A verdade de que há um significante (S_1) que intervém neste saber é mantida sob recálque, de modo que o agente fala como se seu saber fosse, com efeito, objetivo e não determinado por nada além de si mesmo. Há, nesta operação discursiva, a pretensão de saber sobre o que o outro é. A produção de um sujeito dividido a partir desta operação ($\$$) aponta para como o saber como agente não pode alcançar efetivamente o conhecimento sobre o objeto. O professor e o pesquisador universitário são figuras que comumente apresentam-se a partir deste agenciamento discursivo, falando de um saber como se fosse seu, ignorando tanto o que ordena a própria possibilidade do saber formal (S_1) quando a dimensão subjetiva ($\$$) que se apresenta como produto da operação. Também a moral e a ciência que, como comentado, frequentemente operam a partir do discurso do mestre, podem funcionar deste modo "pedagógico" ao autonomizar um saber e objetualizar o outro para o qual este saber se direciona. Estes dois discursos tem em comum a manutenção do sujeito sob a barra, seja como produto que não se relaciona com o significante que funciona como verdade e mobiliza o saber, no caso do discurso do universitário, seja como divisão que não pode ser reconhecida de modo manifesto, na posição de verdade, no discurso do mestre.

FIGURA 6: DISCURSO DO ANALISTA.

$$\frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{\$}{S_1}$$

A

Já o discurso do analista tem no lugar do agente o objeto a , o $\$$ no lugar do outro, S_1 como produção e S_2 ocupando o lugar da verdade. Lacan (1969-70/1992) dedica-se a ponderar os efeitos de ter o saber (S_2) no lugar da verdade, mobilizando o discurso do analista sem, no entanto, poder ser plenamente enunciado, já que permanece sob a barra, fora do alcance do que é produzido (S_1). O saber como verdade funciona como um enigma — ambos "têm a mesma característica — que é o próprio da verdade — a verdade, nunca se pode dizê-la a não ser pela metade" (Lacan, 1969-70/1992, p.36). Esta deve ser a estrutura do que se chama uma interpretação, intervenção do analista quando depara-se com a questão enigmática colocada pelo discurso da histérica, operação central da experiência analítica. É esta a operação que pode fazer face a questão colocada pelo sujeito ($\$$), pois é o único que o coloca na posição do outro. Ao apresentar-se como objeto (a), viabiliza a produção, por parte do sujeito, de um significante — "ele, o analista, se faz causa do desejo do analisante" (Lacan, 1969-70/1992, p.39).

Lacan (1969-70/1992) chama de dominante aquilo com o que designa cada uma das estruturas dos discursos. Assim, para o discurso do mestre, a dominante é a lei; para o da histérica é o sintoma; para o discurso do universitário a dominante é o saber; e, para o do analista, a dominante é o rechaço do discurso, objeto a mais-de-gozar representado através do próprio analista (Lacan, 1969-70/1992, p.44-45). Nos conta, ainda, que ao formalizar o discurso e estabelecer certas regras nesta formalização, depara-se com um elemento de impossibilidade "que está propriamente na base, na raiz do que é um fato de estrutura" (Lacan, 1969-70/1992, p.46) e que é precisamente isso o que interessa, no nível da experiência analítica. A cada um dos discursos, articula diferentes dimensões do impossível, a partir das ações correlatas a suas dominantes. Ao discurso do mestre, associa o impossível de governar; ao da universidade, o impossível de educar; ao do analista, o impossível de curar ou de analisar; e ao da histérica, o impossível de fazer desejar.

Michel Bousseyroux (2013), em conferência proferida em São Paulo cujo tema era precisamente as práticas do impossível e a teoria dos discursos, sugere uma leitura da definição de discurso a partir desta associação aos impossíveis de cada ação, de modo que este pode ser entendido como um laço social que restringe um impossível. Deste modo,

o que restringe o discurso do mestre é o impossível que tem Um que faz andar o mundo (...) a impossibilidade de governar o que não se domina, o saber inconsciente. (...) Enquanto que o que restringe o discurso da universidade é a possibilidade de um saber sobre o objeto. Quanto ao que restringe o discurso da histórica, é a impossibilidade de que o sujeito possa abordar o significante do gozo que é infalível, a causa do desejo ficando alojada no lugar da verdade que o saber, que a histórica faz produzir pelo outro, é incapaz de satisfazer. E à qual impossível restringe o discurso do analista? Aqui, a restrição do impossível é aquela do impensável de um discurso que não pode ser sustentado senão pelo que dele seja ejetado! (Bousseyroux, 2013, p.188)

Os três primeiros impossíveis fazem referência direta aos ofícios impossíveis mencionados por Freud em *Prólogo a Juventude Abandonada*, de August Aichhorn (1925/2011c). Ao comentar o escrito de August Aichhorn, Freud (1925/2011c) afirma ter, desde o princípio, adotado “o gracejo segundo o qual as três profissões impossíveis são educar, curar e governar, e já era suficientemente tomado pela segunda dessas tarefas” (Freud, 1925/2011c, p.347), para em seguida reconhecer o valor dos colegas pedagogos pelo trabalho que vinham desenvolvendo. Para o autor, referindo-se ao campo educacional, a contribuição da psicanálise tinha limites em termos práticos, já que a possibilidade de influência analítica é baseada em algumas premissas, que constituem a situação analítica. Neste campo, que é diferente daquele da situação analítica, mas que pode acolher contribuições ali desenvolvidas, “é preciso fazer outra coisa que não seja a análise, mas que venha a corresponder a ela na intenção” (Freud, 1925/2011c, p.348). Freud falará novamente sobre as três profissões impossíveis em *Análise Terminável e Interminável* (1937/2018). O autor, no contexto de uma discussão sobre a suposição de que alguém teria que alcançar certo ideal de homem para poder considerar-se um analista, oferece sua simpatia e solidariedade àqueles que são submetidos a tais exigências, para então afirmar que “é como se analisar fosse a terceira daquelas profissões 'impossíveis', em que de antemão se sabe que o resultado será insatisfatório. As duas outras, conhecidas há muito mais tempo, são educar e governar” (Freud, 1937/2018, p. 319). Ou seja — existe algo na direção de uma análise que, desde a partida, está fadado a certa dimensão de “insatisfação nos resultados” sem que, com isso, o que pode ser operado neste processo deixe de ter efeitos importantes. Existem dimensões termináveis e outras intermináveis em uma análise; certas dimensões são

impossíveis de resolução por sua relação com o inconsciente e com a determinação do sujeito. Sobre o quarto dos impossíveis, Bousseyroux (2013) comenta como o impossível de fazer desejar do discurso da histérica é uma elaboração de Lacan que diz respeito não a uma profissão, mas a uma vocação, própria a este laço social.

Cada modalidade discursiva — cada profissão — terá seu impossível correlato. A insatisfação com os resultados a que está fadada toda tentativa de governar, educar, analisar e fazer desejar, sustentada logicamente como os impossíveis correspondentes a cada discurso, é também aquilo que mobiliza e viabiliza a própria articulação dos discursos. Uma das leituras de sua localização nos esquemas de Lacan (1969-70/1992) está no fato do lugar da produção não tocar, nunca, o lugar da verdade. Este aspecto dos agenciamentos discursivos funciona como um limite que simultaneamente relança, propulsiona o discurso como estrutura que articula as diferentes modalidades de laço social, a partir deste elemento de impossibilidade de que fala Lacan (1969-70/1992). Bousseyroux (2013) nos adverte, porém, de que existem *impossíveis* e *impossíveis*, já que "o impossível lógico não é o impossível que justifica o fracasso e o insucesso, mesmo a renúncia, como sabia muito bem Napoleão, para quem o impossível não era senão uma 'declaração de impotência que serve de refúgio aos covardes'" (Bousseyroux, 2013, p.184).

Não se trata de colocar de saída uma espécie de "desculpa" para a impotência ou para o fracasso, mas de localizar que existe um princípio de limitação inscrito em cada um dos aparelhos construídos por Lacan (1969-70/1992), que diz respeito à limitação do simbólico e do campo da linguagem em abarcar totalmente o real e a verdade. Lacan (1969-70/1992) pontua como o discurso pode ser pensado como uma trama ou um tecido, que "pega" alguma coisa, mas não tudo "pois a linguagem mostra precisamente o limite dessa palavra que só tem existência de linguagem. Mostra que, mesmo no mundo do discurso, nada é tudo, como digo — ou melhor, o tudo como tal se refuta, e mesmo se baseia, em ter que ser reduzido em seu emprego." (Lacan, 1969-70/1992, p.56). Por emprego não quer dizer, entretanto, que homens e mulheres empregam a linguagem, como quem levanta um martelo ou uma caneta. Antes, nós somos empregados por ela, a linguagem é que nos emprega (Lacan, 1969-70/1992, p.69).

A ação que, nesta leitura, é aquilo que os discursos formalizam e tentam transmitir, coloca o homem em condições de tratar deste real a partir das relações simbólicas, de

linguagem, mas há nela mesma um núcleo de impossível (Bousseyroux, 2013, p.184). Considerando isso, um dos tratamentos possíveis para a experiência de trabalho de uma psicanalista em um CAPS, que favorece o deslocamento de uma posição de impotência e insucesso para uma que considere a potência contando com os limites de relações mediadas pela linguagem, diz respeito à sustentação do impossível em sua dimensão produtiva, na medida em que faz circular os discursos sobre o sofrimento, considerando a cada vez seus efeitos. Com isso nos distanciamos da pretensão de atribuir sentido à palavra sofrimento a partir do conteúdo manifesto nos enunciados escutados nas situações clínico-institucionais e caminhamos para a consideração das posições que subjazem a enunciação. Apostamos, com Lacan, que "nenhuma verdade pode ser localizada a não ser no campo onde ela se enuncia — onde se enuncia como pode" (Lacan, 1969-70/1992, p.64).

Não se trata de estabelecer ideais de modalidades discursivas ou denunciar, de modo desimplicado, os “problemas” do modo como o sofrimento é tratado pelos diferentes agenciamentos nas situações construídas nesta pesquisa. A proposta freudiana e a releitura de Lacan (1969-70/1992) apontam para uma possibilidade de contribuição da psicanálise sem que isso signifique uma tentativa de “harmonização” dos discursos e do trabalho de uma equipe, o tamponamento de conflitos ou a constituição parâmetros morais frente ao quais os esforços cotidianos não serão, nunca, suficientes. A passagem do sofrimento enquanto termo descritivo ou como noção cujo sentido é auto-evidente para algo que produz efeitos a partir de uma enunciação pode ser uma chave de leitura fundamental para a abordagem das experiências clínicas e institucionais que são objeto de nossa atenção nesta pesquisa.

Trabalhar a partir dessa perspectiva nos coloca a tarefa de levar em conta o que cada laço confessa querer dominar, que impossível se presta a tentar restringir, que elemento domina o discurso. Isto não para evitar o que faz função de limitação para cada discurso, mas para estar à altura de sustentá-lo. Para Bousseyroux (2013), é tarefa do analista eticamente ancorado estar à altura do impossível a partir do qual opera, dado que “o impossível, isso não se faz demonstrar. O impossível, isso se experimenta, isso se vive. E é à altura desse impossível que é preciso viver, que é preciso elevar-se, *aufheben*, o possível da vida. É por querer evitá-lo que se permanece na impotência" (Bousseyroux, 2013, p.185).

A inquietação vivida no trabalho ancorado na ética psicanalítica é o que levou à escolha e à construção de situações em que estão presentes discursos sobre o sofrimento em contextos de intervenção diversos. Esta ética aponta para preocupações e pressupostos distintos daquelas preconizadas nas políticas públicas e no que hegemonicamente é comunicado pelo campo da saúde. Ao nosso ver, isso não significa que não haverá possibilidade de trabalho a partir da psicanálise nestes campos — haja visto os psicanalistas que atuam em diversas instituições de saúde pública. Uma eventual articulação entre psicanálise e saúde deve levar em conta as particularidades dos respectivos agenciamentos discursivos, que resultam em diferentes relações de sujeito e de saber, produzindo diferentes efeitos. A presença de psicanalistas nestes contextos indica que algo resiste ou insiste em ser escutado a partir deste lugar singular que a psicanálise tem a oferecer, com seu discurso, e que existem condições de favorecer encontros que questionem relações que excluem o sujeito e não reconhecem aquilo que, deste, possibilita o próprio laço social. O que resultará destes encontros, todavia, não é previsível. Não se trata de avaliar o desenrolar de um ou outro caso ou dos efeitos singulares de intervenções junto a pacientes atendidos pela psicanalista. Antes, trata-se de tentar transmitir algo dos efeitos da presença da analista no processo de trabalho institucional, em diferentes *settings* e dispositivos, assim como ponderar de que modo esta se relaciona com os diferentes agenciamentos discursivos que pôde escutar, para tentar produzir um saber sobre o trabalho.

Freqüentemente teremos a sensação de haver chegado ao fim da tarefa, porque encontraremos (ou nos trarão) cabelos semelhantes ao que procuramos; mas como não se conhece nenhum caso em que um cabelo tenha um nó no meio sem a intervenção da mão humana, acabaremos quase sempre por comprovar que o nó em causa é um simples engrossamento do diâmetro do cabelo (embora tampouco conheçamos algum caso parecido) ou um depósito de algum silicato ou óxido qualquer, provocado por uma longa permanência numa superfície húmida. É provável que avancemos assim por diversos trechos de esgotos menores e maiores, até chegarmos a esse lugar onde ninguém se atreveria a penetrar: o esgoto principal que desemboca no rio, na junção torrencial dos detritos na qual nenhum dinheiro, nenhum barco, nenhum suborno nos permitirão continuar a busca. (...)

7 - Situações da clínica da e na instituição

No contexto de um CAPS, não poderíamos esperar que um termo tão comum, usado trivialmente na língua portuguesa, com múltiplos sentidos compartilhados na cultura e com diferentes acepções no campo da saúde e no da psicanálise, tivesse uma definição técnica ou homogênea em uma equipe de saúde mental. Mais além do sentido atribuído à palavra, questionamos os efeitos dos processos que se dão em torno dela — a maneira que seu uso em diferentes situações se relaciona com as práticas clínicas e institucionais.

A partir da experiência de trabalho acumulada pela psicanalista no campo desta pesquisa, seguem quatro situações da clínica experimentada na instituição ou promovida pela instituição através de seus dispositivos. Com base em registros do cotidiano clínico-institucional produziu-se um texto sobre o qual a pesquisadora se debruça para traçar algumas considerações. Esses registros funcionam como um diário de campo-clínico, cujas notas partem da posição da psicanalista-pesquisadora — primeiro como partícipe da cena vivida e, depois, como aquela que produz um registro visando a escrita de um texto. Opera-se um duplo retorno à experiência a partir daquilo que é vivido em ato pela psicanalista: um primeiro retorno possibilita o estabelecimento do texto e um segundo retorno efetua sobre este uma ponderação, a partir do lugar de pesquisadora, apoiada nos aportes da teoria dos discursos (Lacan, 1969-70/1992). A constituição de um campo de pesquisa se dá a partir de um corte operado sobre o trabalho cotidiano. Não se trata de um *recorte*, de uma seleção de partes ou de um resumo exemplar do trabalho cotidiano — antes, trata-se de uma operação lógica que possibilita o reconhecimento de articulações discursivas. Esse reconhecimento passa a ser possível em função do corte, que viabiliza a sistematização mesma de um texto.

A teoria dos discursos é o recurso escolhido para operar o retorno sobre as situações escritas, por viabilizar a consideração do que é dito pela via das posições e efeitos de uma enunciação. Através destas estruturas formalizadas por Lacan (1969-70/1992), tentaremos acompanhar de que maneira se dá o reconhecimento do impossível de cada discurso no transcorrer de uma ação, em que lugar o outro é colocado e o modo com os diferentes agentes estão implicados nas quatro situações – agentes entre os quais conta-se a pesquisadora-psicanalista.

Levar em consideração a implicação da psicanalista no trabalho e os efeitos de questão produzidos é parte da tentativa de deslocamento de uma posição que se detém na queixa ou na denúncia da impotência dos discursos no campo de pesquisa. Analisar os efeitos desses discursos contribui para o avanço de uma consideração do sofrimento a partir da prática clínica em um contexto no qual diferentes agentes se dirigem a fenômenos comuns, sem esquecer que esta análise é realizada a partir de uma ética e de um discurso — ele mesmo também constituído por posições ou lugares que devem ser considerados. A posição da psicanalista-pesquisadora nas relações abordadas não pode ser elemento ignorado nas discussões. Essa posição passa pela relação transferencial com os usuários atendidos, mas também com os demais profissionais da equipe, no contexto institucional. É a partir desta trama, cujos efeitos tentamos acompanhar, que foram construídas as situações a seguir. Nesse sentido, também quem escreve ocupa diferentes lugares discursivos nas tramas textuais — não só na posição de agente psicanalista, mas como sujeito que, por um lado, sofre a partir dos ordenamentos institucionais e, por outro, como sujeito que, enquanto agente, questiona os ordenamentos institucionais para produzir algum saber, através da escrita.

As situações foram construídas a partir de experiências vividas em dispositivos institucionais e *settings* variados e apontam para os questionamentos sobre os quais esta pesquisa versa. Os nomes utilizados servem à organização do texto, não sendo, portanto, nomes de usuários do CAPS em questão. Não apresentamos nenhuma informação que permita a identificação de usuários ou profissionais do serviço, respeitando o sigilo profissional e resguardando os cuidados pertinentes à ética em pesquisa. Se, por um lado, as situações não se referem necessariamente a casos individualmente considerados, por outro, tentam transmitir algo de singular do trabalho clínico neste contexto, trazendo notícias de suas possibilidades e de seus limites.

7.1 - Situação 1: Solange quer estar doente

Solange é usuária do CAPS há anos e já há algum tempo suas atividades na instituição consistem em passar por consultas individuais com sua psiquiatra de referência na equipe e

frequentar mensalmente o grupo de referência¹¹. A equipe de referência responsável pela gestão do Projeto Terapêutico Singular (PTS)¹² de Solange sugere que a usuária passe a ser atendida individualmente por mim.

Recém-chegada a esta equipe e tendo um único contato com Solange no grupo, pergunto sobre a indicação para o atendimento. Os profissionais contam que a usuária encontra-se afastada do trabalho pelo INSS já há vários meses, após conflitos no ambiente de trabalho e uma agudização de sintomas depressivos. Pouco sai de casa, depende bastante do marido para deslocar-se e sente medo quando está sozinha. A equipe constrói a hipótese de que Solange se mantém adoecida para seguir afastada do trabalho, mas mais do que para evitar o contexto que disparou o agravo sintomático, faz isso para seguir em casa, em relação próxima e dependente do marido e dos filhos. Essa aproximação forçada da família é descrita em termos como “ganho secundário ao sintoma” e um “não-querer se curar”. Outras tentativas de atendimentos individuais com psicólogos já haviam sido feitas, sem sucesso: Solange aceitava a sugestão da equipe durante o grupo, mas raramente comparecia aos horários agendados ou, se comparecia ao primeiro atendimento, logo faltava ao segundo.

¹¹ *Grupo de referência* é um dispositivo institucional que, no CAPS campo de pesquisa, constitui-se como um *dispositivo mínimo de cuidado* pactuado pela equipe, em que todos os usuários que fazem seu tratamento no serviço devem estar vinculados. Na prática, nem todos de fato frequentam os grupos — seja por especificidades de seu percurso de tratamento, seja por dificuldades da equipe de fazer o dispositivo operar a contento. Nestes grupos, que via de regra ocorrem com periodicidade mensal, estão presentes profissionais de diferentes categorias, como psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e terapeutas ocupacionais. A proposta é que através deste espaço o contato com os usuários se desloque do *setting* exclusivamente ambulatorial, representado pelas consultas individuais com médicos e técnicos de referência. Dessa forma, a *referencialidade* poderia ser ampliada, outros profissionais poderiam participar junto aos seus pares da construção do caso e constituir vínculos com os usuários, que por sua vez teriam maior possibilidade de circulação institucional a partir destes vínculos.

¹² A Cartilha da Política Nacional de Humanização do SUS define o PTS como as “condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. (...) No fundo é uma variação da discussão de ‘caso clínico’” (Ministério da Saúde, 2007, p.40). Desenvolvido principalmente a partir de espaços de atenção à saúde mental, procura valorizar outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico. Yasui (2006) comenta que “as instituições não são mais unidades de produção de procedimentos médicos ou psicológicos, mas locais de produção de cuidados, de produção de subjetividades mais autônomas e livres, de espaços sociais de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social.” (Yasui, 2006, p.139). O autor localiza o PTS como essa tentativa de articular “uma complexidade de estratégias que contemplem distintas dimensões do existir” (idem). Não podemos deixar de sublinhar a distância entre o que é proposto nas cartilhas ministeriais e o que é de fato produzido no dia a dia do serviço — o que informa tanto sobre o trabalho realizado quanto sobre a proposta do PTS como dispositivo organizador do trabalho junto aos usuários.

A equipe entendia, nesse momento, que seu sofrimento servia para manter-se na situação da qual se queixava, pelas consequências sociais e afetivas de seu adoecimento — afastamento do trabalho e relação com o núcleo familiar. Ao mesmo tempo em que supostamente oferecia uma explicação para o caso, esse entendimento parecia aumentar a frustração da equipe, já incomodada com a não-adesão de Solange ao tratamento e indisposta a tentar outras estratégias de cuidado.

Não sem desencontros e furos em relação a datas e horários, realizo algumas entrevistas iniciais com Solange. Ela repete algumas vezes suas queixas usuais, já apresentadas ao grupo: medo de sair de casa, medo de ficar sozinha, relato das situações conflituosas no trabalho. Após algumas voltas em torno dessas queixas, que parecem a apresentar como *incapaz* — inclusive de falar outra coisa — Solange traz em atendimento a lembrança de um abuso sexual, ocorrido no final da infância, perpetrado no contexto familiar. A partir deste primeiro deslocamento em relação à queixa inicial, que instaura nos atendimentos a possibilidade de trabalhar outra coisa, outras tantas lembranças são produzidas — diversas cenas de abuso, abandono e violência, quase todas vividas no contexto da família.

Mais adiante, chega visivelmente transtornada: no final de semana, uma mulher da família a chama de *mentirosa* e afirma que *sua doença se cura com porrada*. Essa intervenção é vivida por Solange de forma avassaladora e durante o atendimento parece pedir, nas inflexões de sua fala e nas perguntas que dirigia a mim, algo que afirmasse que *não é mentirosa* e que *é sim* doente, de uma doença verdadeira, diagnosticada, medicada, em nada associável às *porradas* com que foi tratada tantas vezes em sua vida.

Não se trata, é claro, de desmentir a acusação de mentirosa, afirmando a legitimidade da suposta doença — o que equivaleria no contexto do atendimento a responder a demanda de Solange a partir de uma relação dual, entre pares, como no eixo de um espelho — e tampouco de reiterar o tom acusatório que a mantém em lugar de dejetos. Ambas as intervenções caminhariam na direção da produção de novos significantes em substituição ao trabalho de Solange, oferecidos então como explicação para o que se passa e com os quais ela costuma identificar-se, de maneira colada, mudando para permanecer no mesmo lugar: mentirosa, doente, violentada, incapaz.

No contexto do atendimento, parece caber o silêncio. No decorrer das semanas subsequentes, os efeitos colhidos apontam para novas possibilidades de Solange se haver com

aquilo que fala de si e de sua história, sinalizando a operação de algo da ordem de uma retificação subjetiva.

7.1.1 - Retorno: Solange é escutada

Solange parece apresentar-se para a equipe desde a posição de sujeito (\$) que questiona o outro (S1), demanda que este produza um saber (S2) sobre a verdade de seu sofrimento (*a*), à maneira do agenciamento discursivo da histórica. Queixa-se, apresenta-se como dependente do marido e do tratamento, amedronta-se ao ter que sair e assumir uma posição diferente daquela de alguém que precisa de cuidados. Parece esperar que, eventualmente, o outro com quem se relaciona vá produzir uma explicação (S1-S2) que dê basta a seu sofrimento, sanando a sua divisão. Entretanto, a insuficiência da resposta proveniente do trabalho do outro aparece a cada vez que Solange não melhora, repete suas queixas e fura os combinados propostos pela equipe para seu tratamento.

A equipe, por sua vez, parece querer que as coisas andem, que a ordem siga estabelecida (S1-S2) a despeito do que insiste em não se resolver (*a*), como no agenciamento discursivo do mestre. Mais do que uma preocupação diretamente associada às queixas de Solange, comunicam uma insatisfação com o fracasso das próprias iniciativas e uma expectativa de que as normas sociais (como a retomada do trabalho e uma maior independência da família) sejam reparadas. Para tanto, mantém separados o sujeito que sofre (\$) e a verdade que seu sofrimento carrega (*a*), alçando a experiência falada por Solange a algo que aproxima-se mais da "manipulação" para ganhos próprios do que de um sintoma.

As tentativas de adequação, entretanto, não dão certo — o que é entendido como problema do outro. Não se diz de imediato que a equipe fracassa, que suas tentativas não estão a contento, mas que Solange não adere ao tratamento. Chama a atenção como a fala de uma mulher da família — *você mente e sua doença se cura com porrada* — parece ecoar algo da posição da própria equipe em relação à usuária, apontando sua “doença” como uma escolha quase consciente, sujeita a uma avaliação moral, a que uma “porrada” responderia melhor do que o tratamento, ao qual não adere da maneira desejada pelos profissionais. Isso nos conta como não é só na instituição de saúde que a tentativa de ordenamento opera, assim

como indica algo do modo como Solange se apresenta perante o outro em diferentes contextos relacionais.

A "doença" é falada como uma escolha e o tratamento toma ares de punição e adequação à ordem. A equipe sugere que Solange usa seu sofrimento para manter-se adoecida, tendo com isso "ganhos secundários" — noção oriunda da clínica que, nesta situação, não é discutida a partir do que se escuta na fala de quem está sendo atendido, mas a partir de uma suposição do que seria um ganho para alguém que não se adequa àquilo que a equipe considera ser correto. Não quer se curar, *por isso* não adere ao tratamento — o sofrimento, separado do sujeito, torna-se uma espécie de objeto manipulável por Solange de acordo com suas necessidades ou, ao menos, com aquilo que é mais vantajoso para ela. A ideia de “ganhos secundários” é trazida na equipe com uma importante carga moral, que funciona em pelo menos dois tempos: primeiro estabelecendo um parâmetro do que é saudável *a priori* — ter vida produtiva, fora de casa — e depois julgando o afastamento de Solange da atividade profissional como uma espécie de manipulação do próprio sofrimento para ganhos pessoais. A consideração do sofrimento pela perspectiva moral, que localiza certa inadequação de comportamento, medida a partir de parâmetros que não foram estabelecidos pelo sujeito, apresenta-se simultaneamente como efeito e como mantenedor do funcionamento discursivo no qual Solange está implicada. O sofrimento parece ser considerado como algo a ser tirado de cena para que a vida da usuária possa retornar ao que era antes — o que deixa em segundo plano a ponderação sobre como sua vida, tal como era antes, favoreceu seu adoecimento.

A suposta "manipulação" de Solange passa, nessa relação, não apenas a viabilizar ganhos para ela mesma, como a contribuir para que as coisas sigam não funcionando do lado da equipe — ao mesmo tempo em que demanda uma solução para sua divisão, em solidariedade com a tentativa de fazer o saber trabalhar, o sujeito no discurso da histórica constantemente reitera a insuficiência da articulação agenciada pelo mestre. A repetição destes efeitos não parece ajudar Solange a encontrar outros modos menos danosos de relacionar-se com sua divisão e frustra a equipe.

O sofrimento seria um impeditivo à adesão ao tratamento, mas seria a partir desta adesão ao que foi proposto pela equipe que o sofrimento poderia ser sanado. Esta espécie de impasse parece ser parte do que frustra a equipe e se relaciona com a demanda, inicialmente dos profissionais e não de Solange, de atendimentos individuais. Ao mesmo tempo em que

insiste na direção do reestabelecimento da ordem, a equipe parece perceber que algo diferente precisa intervir para que haja variação nessa repetição frustrante. A solicitação de que Solange fosse atendida pela "psicóloga nova" parece ter duas mensagens diferentes, que refletem a simultaneidade dessa insistência no poder da ordem e da expectativa por mudanças. Por um lado, a solicitação parece conter um pedido de ajuda para fazer as coisas caminharem (desta feita não reconhecendo a impossibilidade de sucesso dessa tentativa) e, por outro, conter a admissão de que as coisas realmente não caminham, não caminharão e outra modalidade de relação precisa ser estabelecida (o que indica algum reconhecimento do limite da operação discursiva do mestre frente ao discurso da histórica).

Ao aceitar a solicitação da equipe, a psicanalista responde às duas dimensões contidas pelo pedido. Aceita oferecer um espaço de escuta, o que de certa forma alivia a equipe (da qual é parte) de sua frustração quanto às coisas não mudarem, mas não responde a Solange do mesmo modo, mesmo quando ela repete à psicanalista suas queixas e questionamentos típicos, principalmente no início desta nova relação de tratamento. Essa mudança de posição frente à fala do sujeito é o que viabiliza outros efeitos no trabalho clínico e, possivelmente, contribui para a sustentação do impossível de ordenar inerente ao discurso institucional que funciona sob a dominante do mestre, já que não foi a despeito de, mas exatamente por seu limite que a reorientação do trabalho com Solange foi pensada.

Tomando o outro como um sujeito, o discurso do analista não se alia à estratégia da ordenação significativa (S1-S2) como resposta para a divisão e o sofrimento. Para que algo seja produzido (S1), quem é colocado para trabalhar a partir da ação do que causa seu desejo (*a*) é o próprio sujeito (\$). Essa produção não alcança o saber (S2), mas possibilita que o sujeito estabeleça outros manejos na relação com o que o determina e com os significantes através dos quais é falado, contando com sua condição dividida, sem suprimi-la. Na direção do tratamento psicanalítico, abdica-se de uma noção genérica de “bem estar” para trabalhar orientando-se por uma ética do bem dizer, a partir da posição singular do sujeito nos laços em que está implicado.

7.2 - Situação 2: Roberto está em risco

Roberto é um homem, talvez idoso, conhecido por um nome que não se sabe ao certo se é mesmo o seu, que mora na rua há mais de uma década. Frequenta sempre a mesma esquina, ao lado de uma padaria, e é conhecido pela equipe de Consultório na Rua (eCR) da região. Aceita pouco contato, não manifesta nenhuma vontade de sair da rua, dirige poucas palavras aos outros, repete rituais incompreensíveis para os profissionais, mas com ares de grande sentido para ele, carrega consigo pedaços de pau arranjos em forma de cruz cujo propósito apenas se supõe — proteção contra a violência da rua? Penitência? Um dia, o funcionário da padaria que tem mais contato com Roberto nota que um dos dedos de sua mão está inchado e comenta com a agente de saúde quando esta passa para a abordagem cotidiana deste senhor. Um anel de Roberto está preso, formando um “garrote”, e o sangue não circula bem — entretanto, ele não aceita ir ao posto de saúde ou ser examinado pela médica da equipe ali mesmo, na calçada.

É apenas após este novo fato que a eCR leva o caso para discussão em reunião periódica de apoio matricial com o CAPS, pedindo apoio para as intervenções. Roberto é conhecido há anos, mas é quando há uma intercorrência clínica cujos exame e tratamento são recusados que o CAPS é convocado. Apesar de não haver mudanças notáveis em seu comportamento, muda a fala sobre Roberto, sobre o sofrimento que se supõe estar associado ao problema de saúde que preocupa os profissionais de saúde. Até então, não havia discussão sobre o caso nas reuniões e seu sofrimento não era uma questão.

Segue-se a essa primeira comunicação da situação uma série de tentativas de abordagem, nas quais Roberto por vezes aceita conversar um tanto, às vezes não, mas em nenhum dos encontros em que profissionais do CAPS estiveram presentes aceitável que sua mão seja examinada. Ainda assim, o agravo é notável: as condições de higiene são precárias e aquilo que poderia ser de cuidado relativamente simples segue cada dia mais grave. A cada semana seu dedo parece maior, mais inchado, com aspecto cada vez mais inflamado, a pele impossivelmente esticada. A cada vez maior o agravo, maior a insistência da equipe em convencê-lo da necessidade do cuidado em saúde e maior a sua recusa, o que possivelmente participou da progressiva dificuldade de acesso a Roberto, cada vez mais esquivo e silencioso.

A preocupação dos profissionais das equipes do CAPS e da eCR que tiveram contato com esta situação ocupa reuniões, motiva trocas de mensagens ao longo da semana, deixa a todos muitos inquietos. As ponderações são várias, as suposições em relação ao prognóstico clínico terríveis: e se houver infecção? E se ela se espalhar? E se ele for diabético? E se ele morrer?

Alcança-se o ponto em que é insuportável para a equipe testemunhar a piora que se supõe no quadro clínico deste homem que recusa ser examinado e a equipe decide, junto com o funcionário da padaria que mantém contato com Roberto e que a esta altura estava já bastante mobilizado pela preocupação com sua saúde, acessar os serviços móveis de urgência e emergência. Além da preocupação com os riscos de saúde, aparecem aqui e ali falas sobre como essa relação dissociada com o próprio corpo indica obviamente um sofrimento psicótico — algo como “só pode ser louco, para ficar assim desse jeito”.

Há uma legítima apreensão com a integridade física de Roberto. Entretanto, a experiência dos profissionais com internações de pessoas em situação de rua (e especialmente aquelas que, loucas, não se enlaçam com as normas hegemônicas da maneira socialmente esperada) por demandas da clínica médica não é positiva. Internar Roberto para cuidar de seu dedo e para evitar consequências ainda mais graves para sua saúde significa colocá-lo em uma situação em que será contido física e quimicamente, em que passará a fazer uso de psicofármacos à revelia de sua participação nesta escolha, em que será mantido em um lugar fechado para seu próprio bem, ele que vive na rua há tantos anos. Roberto é “treze”, “PQ”, “doido de rua” — e o testemunho que se colhe no dia a dia sobre o acolhimento realizado em hospitais gerais a essa população é de um tratamento marcado por violência, falta de sensibilidade clínica e condutas que não levam em conta a história ou a posição daquele de quem se trata frente ao próprio tratamento.

Ainda assim, cientes dessa realidade, a equipe — após discussão com outros profissionais tanto do CAPS quanto da eCR — decide por acionar serviços de emergência. São necessárias várias tentativas: nas primeiras o SAMU não comparece; na seguinte chegam os bombeiros, mas sem um médico que se responsabilize pela conduta não aceitam levar Roberto; por duas outras vezes o SAMU vem, um médico está lá para acompanhar a ação, mas Roberto rapidamente foge.

Em algum momento deste processo que dura dias, consome tempo e desgasta a equipe, Roberto passa a cobrir o dedo com panos, impedindo que essa parte de seu corpo fosse visível aos profissionais. A equipe pondera o quanto de sofrimento ela mesma está causando a Roberto – que não se movimenta para tratar do dedo, mas sim para evitar o contato com a equipe.

Uma primeira vez conseguem fazer com que ele entre em um carro de bombeiros – e ele foge durante o percurso, retornando à mesma esquina de sempre. Eventualmente, dias depois, conseguem levá-lo até dentro de um hospital – de onde, novamente, foge para retornar ao seu local habitual. Uma terceira vez, envolvendo uma grande quantidade de profissionais em função desta intervenção, Roberto é levado, desta vez pelo SAMU, sendo acompanhado durante todo o trajeto por profissionais do CAPS. Não foi necessário lançar mão de contenções para isso, o que surpreende positivamente a equipe, disposta a lançar mão desta ação após semanas de tentativas frustradas e frente ao agravamento da situação clínica de Roberto. No Pronto Socorro de um grande hospital ele é recebido com bastante resistência por residentes, que o encaminham ao setor de ortopedia depois de comentar entre si em voz alta, na frente dele, que aquele dedo ali “já era”, que “não é possível que não desse para trazer antes”. A mediação feita pelos profissionais do CAPS ajuda Roberto a chegar até o setor adequado, onde um médico explica mais detidamente os procedimentos a seguir: um raio-X para saber a situação do dedo, para então pensar em condutas que de fato poderiam ser um tanto invasivas. Este médico leva Roberto para a área de exames e o deixa sozinho em uma sala de espera enquanto prepara o equipamento em um dos laboratórios. Roberto foge do hospital.

Desta vez, após sair de lá, não volta à esquina da padaria. Passa dias desaparecido, para desespero do funcionário da padaria que participou, junto com a equipe, das articulações dessas tentativas de levar Roberto ao PS. Além da própria preocupação, é pressionado por moradores e comerciantes da região, que o julgam culpado pelo sumiço de Roberto – pelo menos ali na esquina tinha comida e suas coisas, cobertores, ninguém mexia com ele. E agora, desaparecido, como estará?

Reaparece. O funcionário da padaria não quer mais apoiar intervenção nenhuma, desistiu da ideia de que a internação de Roberto é uma ação necessária. As equipes envolvidas tampouco apostam no sucesso desta modalidade de intervenção, apesar de seguir

considerando que existe risco bastante real para a saúde e eventualmente para a vida de Roberto.

7.2.1 - Retorno: Roberto recusa

Tudo parecia caminhar na (des)ordem habitual. Roberto é o "doido do bairro", um maluco beleza, e o trabalho da equipe de saúde caminha como deve. Sua loucura tem uma dimensão enigmática, mas não é algo que preocupa a equipe ou que questiona o modo como vêm pensando suas abordagens. O funcionário da padaria que convive cotidianamente com Roberto, com alguma familiaridade com suas excentricidades, nota que algo está diferente em seu dedo e comunica a um profissional da saúde. Descobre-se que há um garrote em seu dedo, mas Roberto recusa atendimento para avaliar e tratar este problema. Enquanto não havia uma situação clínica inabitual, Roberto não era pauta das discussões da equipe da atenção básica em suas reuniões com o CAPS. Quando há a recusa de cuidados de seu dedo machucado, as coisas mudam rapidamente.

A partir da recusa do tratamento clínico para os agravos decorrentes do garrote no dedo, a mesma pessoa que até então não causava incômodos ou mobilizava a equipe para além das intervenções que já eram realizadas cotidianamente passa a ser uma grande fonte de preocupações. O garrote e a recusa de tratamento marcam um antes e depois na relação da equipe com Roberto. A preocupação com essa nova configuração da situação de Roberto promove um acionamento de outros pontos da RAPS para pensar no que fazer, para fazer funcionar novamente na desordem habitual aquilo que foi alterado pelo acontecimento do garrote e da recusa.

Que procedimento discursivo operou aí para transformar agora — e não antes — seu comportamento (que já era bizarro do ponto de vista dos modos hegemônicos de ocupação do espaço público) em falta de crítica e, em sequência, sua falta de crítica em indicador clínico de psicopatologia? Apesar do contato da equipe de Consultório na Rua com Roberto ser de longa data, a preocupação com um suposto sofrimento e a necessidade de diagnosticá-lo só comparece quando um agravo clínico é associado a seus comportamentos incomuns. O diagnóstico psicopatológico passa, então, a ter outro papel a partir da intercorrência clínica.

De repente ele parece necessário, algo a ser considerado para a avaliação das condutas a serem definidas para a equipe. Isso indica como seus efeitos não se resumem a direcionar o tratamento em saúde mental, a partir da relação com os profissionais que pensam intervenções no campo das psicopatologias. O diagnóstico psicopatológico parece, nesse caso, fazer-se necessário para autorizar decisões e intervenções em outros âmbitos. Apesar de ser a mesma pessoa, conhecida a anos pelos profissionais dos serviços de saúde da região, o lugar e as consequências do diagnóstico mudam. O zelo pela integridade sanitária parece ocupar o primeiro plano quando uma situação da clínica médica se agrava e o diagnóstico psicopatológico comparece como uma ferramenta neste campo discursivo.

Passa a existir uma articulação que não era observada antes entre diagnóstico psicopatológico, agravos clínicos e capacidade de decidir por si. Observa-se a construção de um raciocínio em que, porque a pessoa “é louca”, uma emergência em saúde torna-se uma demanda de tratamento em CAPS. Diferentemente de outros contextos de saúde, a possibilidade de escolher submeter-se ou não a um procedimento de saúde parece sair de cena ao Roberto ser considerado a partir de seu transtorno mental — sem condições de cuidar de si, deixa de ser escutado em seu modo singular de relação com o próprio corpo.

É neste momento que falas sobre o sofrimento “obviamente” psicótico surgem. Sabe-se, “obviamente” (S2), sobre o sofrimento do outro (a). Esse saber (S2) é autônomo e evidente, considerado possível frente ao outro, conforme a modalidade de operação do discurso do universitário. Opera-se uma tentativa de tornar o outro um objeto subsumível a este saber, mas tanto a inquietação da equipe quanto a recusa de Roberto e seus movimentos frente às tentativas da equipe (\$) sinalizam a impossibilidade desta operação — o saber não consegue abarcar a experiência de maneira completa. A ideia de sofrimento “obviamente” psicótico funciona como explicação quase auto-evidente, que não reconhece partir de uma ordenação específica (S1), para um modo de se posicionar em relação ao próprio corpo contrário àquele considerado saudável e normal. Mais do que discutir o diagnóstico de Roberto, a associação do sofrimento a uma entidade nosológica psiquiátrica tem consequências na consideração que se faz de suas condições de dizer de si e decidir pela própria vida. Este sofrimento “obviamente” psicótico tira Roberto do lugar de responsável por escolhas e pelo cuidado de si mesmo, parecendo autorizar a equipe a intervir, para seu bem, com os recursos da saúde.

A manutenção da recusa de Roberto gera aumento da inquietação da equipe, da preocupação com Roberto e do temor às consequências da situação acompanhada, centralmente em torno da integridade física de Roberto. A situação por ele protagonizada pauta como nem sempre a relação de cada um com o próprio corpo será compatível com o que se estabelece de modo normativo como bom e saudável, eventualmente tornando-se incompatível com a preservação da vida. Esta preocupação e este temor parecem transformar alguém que tinha uma série de idiossincrasias, mas vivia autonomamente seu cotidiano, em um corpo que precisa de manipulações especializadas para manter-se vivo, um objeto (*a*) sobre o qual um saber pretensamente autônomo e capaz de conhecer o outro (S2) precisa intervir.

A preservação da vida e a experiência de sofrimento não caminham lado a lado neste caso, o que levanta questões sobre as relações entre um e o outro. Ao que consta, nem sempre o sofrimento comparece para preservar a vida, já que neste caso os sinais esperados de autopreservação (dor, queixas, pedidos de ajuda) não se dão. Chama a atenção da equipe a ausência de sofrimento manifesto ou ao menos de uma queixa que se atualize na fala direcionada aos outros. Roberto não pede nada, não muda sua circulação no território a fim de cuidar de seu dedo, mesmo a dor física é apenas suposta, inferida a partir de gestos ou expressões faciais, possivelmente projetada pelos profissionais agoniados com tamanha desafetação. Se algo muda no contato com Roberto, parece vir de um possível sofrimento causado pela equipe com suas tentativas de promoção de cuidado.

Decide-se pela intervenção apoiada por serviços de urgência e emergência para viabilizar uma internação que garantisse a assistência considerada necessária, mesmo cientes dos riscos de abordagens violentas e de supressão da participação de Roberto nas decisões sobre seu tratamento, uma vez que ele fosse hospitalizado. Isso não se dá sem consequências. É uma decisão por uma direção de trabalho em detrimento de outras, mas que gera angústia e incerteza nos profissionais, advertidos dos prováveis problemas de submeter Roberto a essa modalidade de intervenção. É realizada uma escolha que prioriza o tratamento do corpo, a integridade física de Roberto — isso é considerado o correto, o mais coerente com o saber que se debruça sobre o corpo do outro e que conhece o que é o melhor a se fazer, ignorando, assim, que há uma posição que ordena esse saber (S1).

Entretanto, as tentativas de abordagem junto com os serviços de urgência e emergência não funcionam como o esperado, algo sempre falha (\$). O furo no plano está não só do lado de Roberto, mas também do lado da rede assistencial. O fracasso destas tentativas de exercer sobre o corpo de Roberto uma intervenção urgente, à revelia de sua decisão e dos riscos conhecidos para a equipe, aparece tanto nos problemas de funcionamento dos equipamentos acionados quanto nas fugas de Roberto — dos dois lados, o que se produz aponta para a impossibilidade dos efeitos destes agenciamentos em darem conta da situação vivida.

A cada insucesso, piora a relação entre a equipe de saúde e Roberto (\$), que cada vez mais aponta, com suas movimentações, a impossibilidade de ser mero objeto de intervenções de um saber (S2-a). Essas tentativas culminam no sumiço de Roberto de seu território habitual, tirando seu corpo da cena de intervenções da equipe de saúde. Neste ponto, as intervenções passam a ser alvo de denúncias (por sua insistente ineficácia) não só por parte das ações de recusa de Roberto, mas também através dos comentários da população que o conhecia e da desistência do funcionário da padaria de apoiar essas condutas.

Estes diversos momentos de fracasso e, em especial, o desaparecimento de Roberto, somado às críticas por parte da população, parecem ter tido efeito de reposicionamento para os profissionais de saúde, que abandonam este curso de ação.

7.3 - Situação 3: Pedro pode desencadear um surto

Um usuário do CAPS, Pedro, considerado estável há alguns anos, começa a apresentar alguns comportamentos que chamam a atenção da psiquiatra que o acompanha. Neste período do tratamento, seu PTS consiste basicamente em frequentar mensalmente o grupo de referência da equipe que o acompanha e ser atendido individualmente por sua psiquiatra, em geral também mensalmente. Começa a passar mal em ônibus, sente náuseas, queixa-se terrivelmente em seus atendimentos. A partir de investigações clínicas, corroboradas por suspeitas levantadas em atendimentos no CAPS, descobre-se que Pedro tem um problema na próstata.

Além de insistir junto a Pedro para que se cuide e o ajudar a acessar os pontos da rede mais adequados para tratar deste agravo, a equipe passa a se preocupar com a possibilidade de

que o problema de saúde possa agir como elemento desencadeador de um "surto". Sugere então ao usuário, durante um grupo de referência, que pense em conversar com algum profissional sobre o que vem sentindo, que conte, enfim, com a equipe como um apoio para esse processo que teria de atravessar.

Esqueço um guarda-chuva na sala. Pedro me procura para devolver e aproveita para comentar que meu nome tem sonoridade semelhante àquela do nome de uma mulher de quem foi muito próximo. Pergunta se eu sou psicóloga e se estaria disponível para as tais conversas sugeridas durante o grupo. O usuário me escolhe a partir deste sinal — o som do nome —, para ele um indicativo de possibilidades de afeto e cuidado, conforme me informa no primeiro atendimento, marcado para alguns dias depois.

Ainda que a sugestão do atendimento tenha sido feita a partir de uma leitura da equipe dos potenciais efeitos desestabilizadores que um problema de próstata poderia ter para Pedro, não é disso que fala. Apresenta-se retomando alguns momentos que considera significativos de sua história, com grande peso conferido a seu primeiro adoecimento, quando tinha cerca de vinte anos e passou por uma internação de meses; ao período que se seguiu a isso, quando continua em tratamento psiquiátrico, mas não fica bem; e ao conselho que recebe de um médico para que sua situação se resolva. Este médico lhe sugere que deveria constituir uma família e ter uma vida direita, pois isso o curaria de sua doença.

Segue este conselho ao pé da letra e considera que os efeitos foram extremamente positivos. Casa-se, constrói uma casa, trabalha como pedreiro, tem duas filhas dentro do casamento. Isso se transforma em um núcleo fundamental de sua vida, Pedro não passa por outras internações desde então. Ainda que comente, de passagem, sobre relações extra-conjugais e numerosos filhos resultantes de tais relações, assim como situações confusas envolvendo outros parentes, é a família nuclear que comparece como grande organizadora de seu lugar no mundo, por vários anos.

Alguns acontecimentos, entretanto, vão progressivamente promovendo alterações neste ponto de apoio. A mulher adoece, Pedro precisa dedicar-se a seu cuidado. Não consegue manter a casa, mudam-se todos para uma ocupação onde também vivem outras famílias; passa a ser — em suas palavras — pai e mãe das filhas. Sua esposa vem a falecer e as relações com as outras famílias da ocupação torna-se bastante complicada. Pedro relata ter uma posição de liderança na ocupação e atribui a isso, junto com sua ingenuidade e bondade, a razão de ser

vítima de uma série de perseguições e tentativas de assassinato por parte de homens, seduções e jogos de enganação interesseira por parte de mulheres.

Esses parecem ser alguns dos novos elementos centrais que o identificam em sua relação com os outros. Vê-se como alguém inteiramente bom e honesto, vítima da inveja dos homens, que se intensifica cada vez mais, reiterada pelo fato da justiça o reconhecer como líder da ocupação e merecedor do recebimento da casa após longo processo judicial. Apesar desse reconhecimento legal, Pedro sai da casa e passa a viver com as duas filhas em outro bairro, em função das perseguições que conta sofrer. Sobre as mulheres, passa a falar de repetidas situações em que é enredado em relações confusas, nas quais as coisas acontecem quase automaticamente. De repente vê-se mais uma vez emprestando dinheiro, fazendo viagens ou descobrindo maridos das mulheres que, a seu ver, queriam-no para si.

Essa postura, por parte das mulheres, de querer tê-lo para si, muito mais do que os embaraços financeiros ou o problema da próstata (que pouco aparece nos atendimentos), é o que aflige a Pedro. Este ponto retorna em sua fala durante os atendimentos, até que ele enuncia uma nova formulação: querem a mim, só a mim, querem que abandone minhas filhas. A relação amorosa e erótica com mulheres passa a chocar-se ou, às vezes, a confundir-se com a relação com as filhas. Pedro sente-se em risco de abandono constante e isso se agrava uma vez que as mulheres o seduzem para tentar tomar o lugar de suas filhas. Pedro está seguro de que a origem de seu sofrimento é essa. Mais especificamente, sofre recentemente uma série de alterações corporais e perceptivas (como emanar um cheiro forte de enxofre e um lodo escuro que sai de sua pele no banho) em decorrência de uma “macumba” feita por uma mulher com quem novamente teve de terminar a relação quando ela, a partir de certos sinais que ele percebe sem a menor dúvida, insiste no rompimento da proximidade com suas filhas. Para ele, o problema de próstata — que aliás nunca procurou entender muito bem qual era — surgia como mais um elemento que apontava para seu eventual abandono e dava testemunho dos efeitos do poder que a mulher lança sobre ele.

Conforme os atendimentos regulares se consolidavam, Pedro progressivamente deixou de frequentar os grupos de referência. Como não participava há bastante tempo de oficinas ou outros espaços grupais do CAPS, seu contato com a equipe ficou reduzido aos atendimentos individuais comigo e às consultas com a psiquiatra de referência, bastante espaçadas, já que

não mais se queixava a ela de seu mal estar físico e há muito não fazia uso de medicações anti-psicóticas que exigissem um acompanhamento médico assíduo.

O atendimento segue por meses, nos quais acompanho a elaboração de Pedro, principalmente a partir desta relação mais recente com uma mulher. Consegue se cuidar suficientemente bem do ponto de vista do tratamento da condição clínica que preocupou a equipe e, em geral, vai às consultas clínicas relativas ao problema de próstata sem maiores dificuldades. O atendimento caminha e o usuário produz uma síntese a partir de suas elaborações, que culmina em um ritual religioso que o cura de seus males recentes e de suas experiências corporais perturbadoras.

Este é, a princípio, um desfecho bastante satisfatório do ponto de vista do trabalho clínico. Chega o momento em que poderíamos pensar em encontros individuais menos assíduos, uma vez que a manutenção de atendimentos individuais frequentes por períodos muito longos em um CAPS por vezes entra em conflito com outros processos de trabalho da instituição. Porém, Pedro já não contava com os espaços de fala de antes, os mesmos que puderam reconhecer seu sofrimento e sugerir o espaço de atendimento individual. Não comparece mais ao grupo e resiste aos convites de retorno feitas por membros da equipe, pouco reconhece alguma importância no acompanhamento anterior (e aliás muito mais longo) realizado por outros membros da equipe que não eu e a psiquiatra. Apesar do efeito dos atendimentos, avaliado como positivo pela equipe e pelo usuário, parece ter ocorrido uma espécie de perda ou de estreitamento de possibilidade de trabalho para além do dispositivo clínico de atendimento individual.

7.3.1 - Retorno: Pedro fala

Depois de um longo período de estabilidade, novas queixas e mudanças de comportamento são notadas pela equipe que acompanha Pedro. As coisas vinham desenrolando-se em uma determinada ordem (S1-S2) até que algo (*a*) sinaliza que, possivelmente, as coisas não caminham tão bem. Esse sinal de algo fora da ordem é o que leva a uma investigação clínica que confirma um problema de saúde – o problema de próstata. A equipe parece sensível às modulações no modo de apresentação de Pedro, que é

acompanhado já há anos na instituição, a ponto de contribuir no processo diagnóstico de um agravo clínico que não está no escopo de competências específicas de um CAPS. Esta primeira série de acontecimentos aponta para uma função importante da operação do discurso do mestre no contexto de um serviço de saúde. Algo é observado, comparado com o padrão habitual e considerado sinalizador de que alguma coisa precisa ser avaliada, o que leva a uma descoberta clínica relevante.

Como desdobramentos dessa descoberta, duas direções de intervenção são estabelecidas. Por um lado, os esforços de ajudar Pedro a acessar os pontos de cuidado da rede de saúde para que cuide de seu problema na próstata. Por outro, a antecipação da possibilidade de um “surto” que desestabilize seu quadro psicopatológico preocupa a equipe que, frente a isso, sugere que procure falar com alguém que o apoie através deste processo de adoecimento.

A equipe faz uma passagem algo automática entre diagnóstico de um agravo clínico e desestabilização do funcionamento psíquico. Nota que há um sofrimento e que este precisa ser acolhido, então sugere que um espaço de escuta seja oferecido, supondo antecipadamente um motivo (reação ao adoecimento) e intuindo uma necessidade de intervir aí (não deixar que esta reação leve a uma desestabilização do quadro psicopatológico). Esta antecipação ao tempo do sujeito em sua relação com o próprio corpo e com as próprias experiências apontam para o modo de operar do discurso do mestre, em seu anseio de fazer com que as coisas andem. Há uma substituição da escuta do sujeito por uma espécie de lógica protocolar (S1-S2), que supõe uma noção de bem ou de reação adequada — algo como “o bem do outro é não ficar doente”, estar doente equivale a sofrimento e, para alguém diagnosticado com um transtorno mental, isso leva a desestabilização. A equipe assume, então, uma postura de “prevenção” à crise e o sofrimento deixa de ter o potencial de produzir diferentes enlaces entre Pedro e a equipe, devendo ser sanado. Há uma atribuição de sentido antecipada ao sofrimento de alguém que vem se comportando algo diferente de seu usual. Este sofrimento é associado pela equipe a uma resposta socialmente hegemônica (reação a uma má notícia de saúde) e deve cessar o quanto antes, de preferência antes mesmo de começar.

Os efeitos destas duas direções de trabalho, que partem de um agenciamento discursivo preocupado com a manutenção do que é avaliado como estabilidade e com a

integridade da saúde de Pedro, não são os mesmos. A lógica que considera certos indicadores da ordem como seus parâmetros de funcionamento tem, neste caso, uma dimensão protetiva — ajudou no rápido diagnóstico de um problema de saúde e viabilizou uma movimentação da equipe no sentido de ajudar no acesso aos serviços adequados. Todavia, faz suposições antecipadas e protocolares sobre como alguém reagiria a uma experiência de adoecimento. Não parecem escutar o que Pedro tem a dizer sobre isso — calculam um risco de "surto" associado ao sofrimento por adoecer e, baseados neste cálculo, fazem a sugestão de atendimentos. Há uma diferença entre olhar, que leva a observação de um sinal de que algo está fora da ordem, e escutar, que implica na consideração daquilo que quem sofre tem a dizer sobre a própria experiência. Escutar passa pela consideração do outro como um sujeito (\$), capaz de produzir algo que informe sobre a singularidade de sua posição no laço social (S1), que é a marca do discurso do analista.

O sofrimento parece operar na relação com a equipe em dois tempos: um primeiro, produtivo, em que sinaliza algo de diferente se passando na vida de Pedro e que mobiliza a equipe em uma aproximação e em uma investigação; e um segundo, improdutivo, em que precisa se extinguir, antes de causar danos. Neste processo, a aproximação de uma psicanalista do caso parece eximir o resto da equipe de se haver com a escuta deste sofrimento para além da detecção de que “algo vai mal”. Ao mesmo tempo em que essa conduta (sugestão de atendimento individual para atravessar o processo de adoecimento) responde a uma leitura sensível do caso, também parece desobrigar, em certa medida, os demais profissionais de sua aproximação de Pedro para além da ajuda no acesso aos serviços de cuidados clínicos para seu problema de próstata.

Pedro segue a sugestão feita pela equipe. Escolhe a psicanalista como esta que pode escutá-lo, justificando esta escolha pelo som de seu nome. A partir deste primeiro contato, vem aos atendimentos e fala sobre outras coisas, não relativas a seu adoecimento recém descoberto, marcando uma diferença em relação à expectativa inicial da equipe do CAPS. Uma particularidade do modo como a situação transcorreu é que a sugestão de atendimento é feita a Pedro, não diretamente a algum profissional — uma distinção quanto a Situação 1, de Solange. Na fala de Pedro durante os atendimentos outra sugestão por parte de um profissional de saúde aparece: a do médico que o atende quando era jovem. À época, esta

sugestão também foi seguida e produziu efeitos que ele considera bons e que, aparentemente, foram estabilizadores em suas experiências anteriores de adoecimento ou crise. Esta repetição pode ser escutada como dado clínico, por informar algo da maneira que Pedro acolhe a fala do outro que ocupa um lugar de ordenação e cuidado, sancionado socialmente, como é o caso do médico que o atendeu no passado e dos profissionais que o acompanham no CAPS.

Nesta abordagem das situações clínico-institucionais a partir dos discursos, é importante considerar que o sujeito (\$) de que se fala não é necessariamente um sujeito neurótico, já que não estamos lançando mão deste recurso teórico para a construção de casos clínicos, mas sim como recurso de análise do material produzido no contexto de uma pesquisa. Na nossa leitura, que diz respeito a pensar os discursos como ferramentas para abordar problemas complexos que tocam relações trabalho clínico em uma instituição, trata-se de um sujeito que aponta o limite lógico, o impossível da operação interventiva do significante mestre (S1) sobre o saber (S2). Não se trata de realizar com os discursos, nesta análise, um diagnóstico de estrutura subjetiva. Antes, pensamos nos efeitos dos lugares envolvidos em enlaces de fala, que podem ser ocupados por sujeitos que arranjam-se de diferentes maneiras frente a castração.

Nos atendimentos, Pedro passa a uma elaboração, sob transferência, de uma fala sobre si indicativa de psicose, apresentando suas interpretações delirantes de acontecimentos diversos. Testemunha-se sua fala sobre o efeito estabilizador da constituição de uma família após suas primeiras crises, a partir de um dito do médico. Isso dura algum tempo, mas conforme outros acontecimentos tocam a vida de Pedro ocorre um abalo nessa referência organizadora. Isso parece gerar uma série de efeitos, tanto no campo de suas relações com os outros, como em sua experiência de ser objeto de perseguição erótica e mortífera, quanto no campo de suas experiências corporais, vividas como cheiro ruim e sensação de apodrecimento do próprio corpo. Algumas de suas interpretações tentam solucionar os efeitos desse abalo, como a atribuição de propriedades singulares para si (sua completa bondade e integridade) e a centralidade de sua posição na relação com os que o rodeiam — com as mulheres via sedução e com os homens via perseguição e tentativas de assassinato. A intervenção desses outros naquilo que o localiza no mundo (a relação com as filhas) é vivido de maneira ameaçadora, uma intrusão que precisa ser resolvida. O problema de próstata comparece apenas

tangencialmente em sua fala, como um elemento dessa rede interpretativa que constrói, uma das experiências corporais que justificam sua certeza do poder da mulher com quem vinha se relacionando sobre ele. Os efeitos de devastação corporal e tentação moral amenizam-se quando Pedro produz uma síntese a partir de suas elaborações, presentificada através do ritual religioso, eficaz por desfazer o poder da “macumba” feita pela mulher que desejava destruí-lo. Esta produção, que tem efeitos estabilizadores para as experiências de que queixava-se, não deriva de uma sugestão por parte de algum profissional de saúde. É sustentada nas elaborações de Pedro, a partir de elementos de sua vida, escutadas pela psicanalista durante os atendimentos.

Pedro localiza seu sofrimento em outros pontos de sua vida, que não se relacionam diretamente com aquilo que a equipe supôs como fonte de sofrimento e provável desestabilização. Enquanto a equipe preocupava-se com o problema de saúde e suas eventuais consequências problemáticas, Pedro pedia que alguém o escutasse, dispusesse-se a testemunhar as terríveis provas a que foi submetido ao longo da vida e que o ajudasse a suportar o risco de abandono e mortificação, tematizado a partir da relação com mulheres — suas filhas e as outras. As ideias de estabilização e crise/desencadeamento a partir do problema de próstata, subjacentes à direção de trabalho pensada pela equipe, não parecem corresponder, no caso de Pedro, àquilo que foi escutado nos atendimentos individuais.

Neste ínterim, o contato com a equipe torna-se consideravelmente menor do que antes do início dos atendimentos. Pedro deixa de frequentar o grupo de referência e os encontros com a psiquiatra são menos assíduos — o tratamento passa a centralizar-se nos atendimentos com a psicanalista. Do ponto de vista da relação entre paciente e psicanalista, o tratamento parece ter percorrido um caminho interessante, com elaborações por parte de Pedro que favoreceram uma resposta possível, ainda que eventualmente temporária, para o que vinha lhe incomodando. A saída de Pedro dos espaços grupais que frequentava e o prejuízo na relação com a equipe, entretanto, apontam para como o sucesso terapêutico no contexto de um serviço como o CAPS talvez precise de parâmetros que não se restrinjam às produções do sujeito em sua relação com a psicanalista. Não levar isso em consideração pode ter como consequência que um atendimento “bem sucedido” venha a ter efeitos de perda de qualidade assistencial no âmbito das relações com a instituição de modo mais geral. A perda de contato com o resto da equipe e com outros dispositivos clínico-institucionais diz respeito a como Pedro se enlaça,

mas também pode relacionar-se com certa "desobrigação" da equipe uma vez que as coisas voltam a caminhar, uma vez que o atendimento individual está em andamento. Acompanhar os efeitos que advêm das intervenções em diferentes dispositivos precisa ser tarefa contínua em uma instituição como o CAPS.

7.4 - Situação 4: Agar grita

A equipe do CAPS é convocada a averiguar o que se passa com uma mulher em situação de rua. Múncipes moradores de prédios na vizinhança telefonam e queixam-se de seus gritos, especialmente à noite, em uma movimentada avenida em uma região bastante valorizada da cidade. Informam que já tentaram acionar outros serviços — polícia, Serviço Especializado de Abordagem Social (SEAS), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) — mas, como a mulher é *obviamente doente mental*, esses outros nada fazem, por isso ligam para o CAPS. Com particular insistência, uma síndica de condomínio nesta mesma avenida telefona e exige "medidas concretas".

Essa mulher já é conhecida pela Equipe de Consultório na Rua¹³ (eCR) da região, que tenta construir uma aproximação — sem sucesso. Também pressionados pelos coordenadores de saúde que transmitem as queixas de moradores de prédios, solicitam ao CAPS apoio para pensar uma condução para o caso.

Junto com agentes de saúde da eCR, membros da equipe do CAPS vão até o serviço da assistência social onde Agar costumava ir pelas manhãs, bem cedo, para lavar suas roupas

¹³ Conforme as portarias nº 122 de 2011 e nº 123 de 2012, o Consultório na Rua é um dos serviços que compõem a atenção básica e é uma das estratégias de atenção psicossocial no território. Existe uma especificidade da organização dos serviços de saúde em relação à RAS (Rede de Atenção à Saúde) que implica necessariamente ações de vigilância sanitária, atenção aos indicadores epidemiológicos específicos de cada território, a seus pontos de vulnerabilidade e de potência. Este debate é realizado com bastante competência pela saúde coletiva e pela saúde comunitária. Do ponto de vista da atenção psicossocial, é um dos pontos de atenção básica a populações específicas da RAPS, que visa a ampliação do acesso através da articulação e integração dos dispositivos de saúde. Como ponto de atenção em uma rede, trabalha em parceria com outros equipamentos, que se co-responsabilizam pelo trabalho no território, com um recorte específico em relação à população de rua. Os profissionais atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para esta população, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da RAPS, ofertar cuidados em saúde mental para pessoas em situação de rua em geral. É um dispositivo recente, parte do processo de reconhecimento da população de rua como população com direito ao acesso à saúde e da relevância de atender para suas necessidades específicas.

e realizar outras ações de auto cuidado. Quando nos aproximamos, ela logo reconhece o "coletinho azul" dos agentes de saúde e se adianta: com clareza e notável articulação na fala, avisa que *não é de rua*, que não deseja atendimento. Frente à insistência em ser apresentada ao "pessoal do CAPS", agradece e reitera, aparentemente um pouco irritada: não deseja atendimento, não é de rua, sua situação é transitória.

Sua recusa era clara, lançando luz no fosso que havia entre o que os munícipes com suas queixas pediam, o que a equipe de saúde oferecia e o que Agar estava disposta a aceitar. Ao articular sua recusa, conta que está apenas esperando algumas coisas se resolverem — um documento chegar, um dinheiro cair — e que não aceita essas “coisas de rua” que lhe oferecem, como vagas de pernoite em centros de acolhida. Parece conhecer algo dos recursos da assistência social e da saúde existentes no território, antecipando em sua fala aquilo que de fato é mais comumente oferecido, deixando poucas hiências onde alguma interpelação partindo de nós pudesse incidir. A persistente tentativa de fazer Agar falar conosco, o “pessoal do CAPS”, não foi bem sucedida e provocou em nós a impressão de mau começo na possibilidade de contato.

Por semanas repete-se esse mesmo cenário — queixas de moradores de prédios da região em relação aos gritos, tentativas de abordagem por parte das equipes de saúde, recusa cada vez mais impaciente de Agar. A insistência não respondia a algo da relação com esta mulher, mas à pressão sofrida pelos serviços para que “algo seja feito”, e cada abordagem parecia causar efeitos progressivamente desfavoráveis à possibilidade de Agar confiar na equipe de saúde para o que quer que fosse. A irritação respeitosa do início dá lugar a francos berros em que ela pede para a deixarem em paz, sai de onde está ao notar a aproximação de agentes de saúde e grita: não sou de rua. Mais gritos, mais exigências de resolução daquela situação por parte da população incomodada, maior pressão sobre os agentes de saúde, mais expressivo o desagrado de Agar ao ser abordada.

Agar não é usuária do CAPS, não tem prontuário na instituição, os contatos que já aconteceram dificilmente podem ser considerados atendimentos em sentido estrito. Ainda assim, passa a haver certa responsabilidade da instituição sobre os destinos desta situação a partir do momento em que, na qualidade de serviço articulador da saúde mental para aquela região, é destinatário das queixas e solicitações de terceiros que se sentem afetados por Agar e a consideram louca.

Essa tensa situação se mantém por semanas. Eventualmente, chega ao CAPS uma missiva do Ministério Público (MP). A partir de queixa encaminhada a este órgão pela síndica do condomínio — aliás advogada, como faz questão de comunicar, apesar de se manifestar na carta na qualidade de representante dos condôminos — o MP solicita ao CAPS que esclareça sua posição em relação ao acompanhamento desta situação, informando as condutas já tomadas e respondendo sobre a pertinência do pedido (da síndica) de internação involuntária ou talvez compulsória¹⁴ de Agar, considerados os riscos que ela representa aos outros e a si mesma, assim como o incômodo gerado para os moradores dos apartamentos da região que tem seu justo sono de trabalhadores atrapalhado.

Frente a esse pedido de posicionamento junto a um terceiro, interventor exterior ao campo da saúde, mas representante de outras instâncias do Estado que podem vir a afetar os processos institucionais, um membro da gestão do CAPS questiona os profissionais que no dia a dia foram manejando a situação sobre como essa resposta será articulada. Co-responsável, na qualidade de gestor do serviço, por aquilo que os profissionais que lá trabalham atestam frente ao Ministério Público, pergunta se podemos garantir com segurança que Agar não está em sofrimento grave, que não se coloca em risco e que de fato a internação involuntária é um procedimento impertinente.

CAPS e eCR se articulam para responder, cada um produzindo um documento em que relatam as várias abordagens, suas próprias observações da situação em pauta, sua avaliação em relação aos tais riscos e lembrando que a consideração da pertinência de uma internação é um procedimento de saúde (e, portanto, não deveria servir como uma medida para garantir silêncio à noite, amenizando o incômodo comunicado pela síndica). O MP considera que a

¹⁴ É relevante neste ponto lembrar das modalidades de internação previstas pela Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. O artigo 4º estabelece que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”, o artigo 6º que a internação “somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” e em seguida são delimitados os tipos de internação psiquiátrica possíveis, a saber: internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. De acordo com o artigo 8º, “a internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina — CRM do Estado onde se localize o estabelecimento”. Já a internação compulsória, da qual trata o artigo 9º da lei, “é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”.

resposta está a contento, não insiste no caminho da internação e encerram-se, ao menos temporariamente, as trocas com este órgão sobre a situação de Agar.

Não se encerra, porém, a pressão sobre os trabalhadores de saúde que realizam abordagens de rua na região, seja por parte de munícipes moradores de prédios, seja dos coordenadores de saúde da região. Em conversas durante o processo de trabalho e em reuniões periódicas para discussão de casos compartilhados e construção do fluxo da RAPS, o “caso Agar” é retomado como um exemplo vivo de um limite da equipe, um impasse constantemente sem solução.

Esse impasse se reapresenta, por exemplo, em conversa com um agente social¹⁵ que compõe a eCR da região. Após mais uma tentativa fracassada de abordar Agar para uma conversa — dessa vez, ela deixa suas coisas para trás e atravessa a rua, estabelecendo distância física de vários metros entre ela e os profissionais — este agente lembra-se de sua própria experiência com internação involuntária, de ter sido levado à força na época em que fazia uso de substâncias. Pergunta, mas como quem pondera consigo mesmo: *tanta gente que se coloca em tanto risco, sai por aí embriagado, bate na mulher, se machuca, e todo esse tempo a gente tentando falar com ela, que não quer falar com a gente. Isso é uma invasão de privacidade, isso é uma violência. Ela está gritando, só isso.*

7.4.1 - Retorno: Agar (ainda) grita

Agar, que está em situação de rua, grita no espaço público da cidade e isso incomoda a moradores de prédios da região. Estes passam a contatar diferentes serviços para que algo seja feito, mas como esta mulher é falada como “obviamente doente mental”, os serviços até então acionados não intervêm. A tentativa de abordá-la e solucionar a situação é deslocada para o campo da saúde — a equipe de Consultório na Rua, que por sua vez solicita apoio ao CAPS

¹⁵ Uma observação interessante diz respeito à composição das eCR (que podem contar com enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal) é a especificidade sugerida em relação aos agentes sociais. A Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, estabelece em seu art. 4º que “os agentes sociais terão, preferencialmente, experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua”. Essa experiência prévia por vezes coloca em pauta processos de identificação entre os pacientes atendidos e os profissionais da equipe. Esse processo de identificação não é uma qualidade em si, mas deve ser um elemento a ser considerado no manejo cotidiano do trabalho.

após tentativas mal sucedidas de contato, o que reitera a leitura de que Agar tem algum tipo de problema que deve ser remetido ao campo da saúde mental. Observa-se um deslocamento de acontecimentos que desenrolam-se no espaço público para o campo de competências da saúde e são separadas a origem da queixa (moradores de apartamentos da região) e a inferência de uma demanda de tratamento (do suposto transtorno de Agar). Agar foi falada como aquela que transtorna e que, certamente, tem algum transtorno. A equipe de saúde mental é solicitada a partir deste diagnóstico prévio que parece dissociar o incômodo que leva a procura de alguma intervenção e quem passa a ser objeto das intervenções sanitárias realizadas, aquele sobre o qual recaem as principais consequências deste procedimento diagnóstico. Nesse trânsito, o lugar do sofrimento parece perder sua relação com a experiência — seja a dos moradores, seja a de Agar — servindo como mais um dos elementos da situação a serem resolvidos de modo a cessar as queixas.

Os profissionais do CAPS respondem a esta solicitação juntando-se às tentativas de abordagem a Agar, primeiro em local que ela sabidamente frequenta para realizar ações pessoais de auto cuidado e, posteriormente, no local onde costuma dormir e deixar suas coisas — espaços que, ainda que públicos, são ambientes de práticas pessoais e trocas sociais de Agar. Ela reconhece as pessoas que tentam contatá-la como profissionais de saúde e desde o princípio recusa aquilo que é oferecido para ela, dizendo que não é de rua. No tempo que se segue a primeira tentativa, apesar da sensação de mal começo, membros da equipe do CAPS e da eCR insistem em apresentar-se e a tentar estabelecer algum contato que viabilizasse outras intervenções. Agar mantém com veemência sua recusa, afirmando que não é de rua, que sua situação é transitória e que está aguardando algumas coisas se resolverem.

Podemos localizar uma espécie de “circuito” discursivo que se estabelece entre os três principais pólos envolvidos na situação:

FIGURA 7: CIRCUITO DISCURSIVO I.

Em uma direção do circuito, temos os gritos de Agar que incomodam a vizinhança, que por sua vez queixa-se aos serviços de saúde e solicita que algo que seja feito. Os serviços de saúde tentam, com insistência, abordar Agar, que segue gritando.

FIGURA 8: CIRCUITO DISCURSIVO II.

Na outra direção do circuito, temos a recusa de Agar às ofertas dos serviços de saúde, que respondem às queixas da vizinhança com as abordagens a esta mulher. Com a persistência dos gritos incômodos de Agar, a vizinhança segue acionando os serviços públicos para queixar-se, relacionando-se com Agar a partir dessas denúncias de transtorno da ordem.

Este circuito repete-se por semanas, sem que algo novo se produza como efeito da insistência dos diferentes agentes, cada um em sua posição. Apesar de responder às queixas dos moradores da região, as abordagens dos profissionais das equipes do CAPS e da eCR não resolvem o problema localizado por eles (gritos e convocação para que algo seja feito) e tampouco servem para estabelecer algum laço de trabalho com Agar, que mantém sua recusa. A situação segue problemática e, se tomarmos a progressiva irritação e evitação nas reações de Agar e a intervenção do Ministério Público como sinalizadores, agrava-se.

Não há uma relação de tratamento entre os profissionais do CAPS e Agar, um processo no qual sua experiência e seu sofrimento seriam parâmetros da direção de trabalho, mas uma tentativa mal sucedida de estabelecimento de contato entre aqueles e a mulher, que grita. Ainda assim, o CAPS passa em certa medida a ser considerado responsável pelas ações junto a Agar frente a população que se queixa e a outros serviços da saúde (como a eCR) e de outros campos da esfera pública (como a Polícia Militar ou o SEAS, inicialmente). Este lugar de destinatário de cobranças para que algo seja feito e pela garantia de que as coisas voltarão

à ordem evidencia-se de modo contundente quando apresenta-se uma comunicação por parte do Ministério Público. A síndica — representante dos moradores de prédio da vizinhança e advogada, como faz questão de anunciar, como quem reitera sua relação de afinidade com a lei — aciona o MP, que responde solicitando um posicionamento do CAPS, pedindo garantias de que a situação de Agar não oferece riscos imediatos para ela ou para os demais, esclarecimentos sobre seu “sofrimento grave” e notícias sobre o que já vem sendo feito. Solicita, ainda, um posicionamento quanto a possibilidade da internação de Agar para tratamento psiquiátrico como medida pertinente para a situação relatada pela síndica.

O MP entra nesta situação como um terceiro, representante da lei e das normas organizadoras do Estado, responsável pela esfera pública — o que inclui tanto a ordem nas ruas quanto a saúde. Apesar deste órgão não ser especificamente da área da saúde, pode afetar os processos de trabalho assistenciais, por seu lugar enquanto interveniente do Estado. Nesta situação, o MP se direciona ao CAPS e não a polícia ou ao SEAS, pois apesar de não estar em tratamento e não ter sido em nenhum momento diagnosticada com um transtorno mental por um profissional de saúde, Agar é tomada como louca.

Um membro da gestão que não conhece Agar, mas é o responsável institucional pelas respostas dadas junto a instâncias superiores pergunta se é possível garantir com segurança que não há um sofrimento grave ou riscos significativos, assim como a necessidade de internação. Mesmo sem interferir nas condutas cotidianas decididas pelos profissionais que vinham lidando com esta situação, quando chega o momento de afirmar algo frente ao MP faz estas perguntas, que atestam a preocupação em manter um alinhamento entre o que a instituição de saúde mental faz e o que outras instâncias podem vir a cobrar.

Os profissionais das equipes do CAPS e da eCR respondem à comunicação do MP com documentos em que informam sobre as tentativas de contato realizadas até então e em que pontuam como a decisão por uma internação deve ser um procedimento da saúde e não uma ferramenta para a garantia da ordem pública. Esta posição ampara-se na Lei 10.216 de 2001, principal marco legal da Reforma Psiquiátrica, que contrapõe-se, entre outras coisas, à prática de asilamento daqueles que parecem não ajustar-se às normas sociais, prática comum de higiene mental no Brasil desde o século XIX. A internação psiquiátrica como punição, tratamento moral ou promoção da ordem pública é um procedimento contrário ao que constituiu-se como política pública de saúde mental a partir da década de 1970. Entretanto,

como podemos observar, isso em nada garante que não esteja operando a lógica que associa loucura e necessidade de garantia da ordem ou asilamento e proteção do corpo social. Esta lógica está presente na maneira como abordamos diferentes situações ou como falamos de experiências disruptivas e incômodas para aqueles que vêm-se e são vistos como alinhados com a ordem e com a normalidade — como os moradores dos prédios da região.

A resposta dada pelos profissionais ao MP atesta uma posição em que, por um lado, recusa-se a atender ao pedido de manter o silêncio para que a vizinhança durma através de ações sanitárias e, por outro, dá-se seguimento às tentativas de abordagem a Agar reproduz o modo de responder às queixas dos moradores. Nem bem se resolve, do ponto de vista dos moradores, o problema dos gritos, nem tampouco abre-se mão de tentar, com os instrumentos da saúde, acessar Agar. Parece haver certo reconhecimento da impossibilidade de sucesso da operação que está sendo agenciada sem, entretanto, poder deixar de responder de alguma maneira à solicitação de que o problema seja sanado. Assim, a equipe responde de maneira dividida, por um lado recusando as intervenções propostas pela síndica (no lugar de porta voz dos queixosos e apoiada na legitimidade do Ministério Público), mas insistindo em abordagens a Agar que parecem produzir principalmente maior indisposição desta a um contato com a equipe. Essa insistência parece responder ao pedido de que “algo seja feito”, sem fazer exatamente o que é pedido, tampouco construindo uma relação com Agar em que algo diferente possa incidir.

O MP acata a resposta e não há novas solicitações por parte deste órgão. Porém, a pressão para que algo seja feito se mantém, por parte de munícipes incomodados e por parte da coordenação de saúde da região, ela mesma pressionada por outras instâncias intersetoriais com as quais se relaciona. Nas reuniões entre profissionais da equipe do CAPS e da eCR o “caso Agar” é falado como um impasse — impasse este que não se dá apenas ou mesmo principalmente frente a Agar, mas sim na posição ocupada pelos profissionais entre o que é solicitado pela população e o que o contato com Agar sugere.

No circuito de relações estabelecido, podemos reconhecer três modalidades discursivas em operação, sustentando tais relações. A lógica do discurso do universitário subjaz falas ou entendimentos apriorísticos, que justificam as ações dos agentes, como aqueles que afirmam que Agar é louca e que Agar coloca-se em risco, à maneira de um saber (S2) que, ignorando o que o determina (S1), arroga-se a possibilidade de falar sobre o outro

(a), sem considerar que o que se produz com isso (\$) escapa a essas pretensões totalizantes. A equipe, neste nível de operação discursiva, é convocada a intervir junto a Agar no sentido de reduzi-la a este entendimento autônomo – abordá-la como a uma louca que coloca-se em risco, que precisa ajustar seu comportamento de modo alinhado à moral e à normalidade condizentes com o saber através do qual é considerada. A menção a internação involuntária ou compulsória teria, aí, a função de moralização ou pedagogização da loucura, disruptiva dos parâmetros de bom convívio em uma vizinhança valorizada da cidade. O sofrimento é atribuído a Agar como um dos elementos que podem ser afirmados sobre ela sem que seja considerada sua posição (\$); é colocado em uma série diagnóstica sem que, entretanto, este diagnóstico parta de uma relação clínica em que Agar é considerada como um sujeito. O sofrimento do sujeito e sua implicação na situação na qual se encontra, que seriam os objetos de atenção da psicanálise, encontram-se secundarizados. O sofrimento, aí, é algo cuja avaliação é possível a despeito de um endereçamento realizado pelo sujeito aos profissionais.

A lógica do discurso do mestre, que busca manter as coisas andando e em ordem, é a modalidade discursiva que orienta as falas sobre como “algo precisa ser feito” – afinal, não se pode gritar à noite. São parte dessa operação o remetimento à lei comunicado através da apresentação da síndica como advogada e do acionamento do MP. A equipe, então, é aquela que precisa restaurar a ordem (S1-S2) para que as coisas voltem a funcionar, sem que a origem da queixa (\$) seja implicada neste processo. Os profissionais são convocados a cumprir uma função de apaziguamento na relação entre Agar e seu entorno, mais do que de fato escutar algo de sua posição nas relações, seu sofrimento e, eventualmente, seu adoecimento. Os resultados (a) das tentativas de restauração da ordem não são os esperados, sempre há um resto que não responde ao que é pedido, e a solicitação para que algo seja feito repete-se diversas vezes. Há uma cobrança para que o sofrimento cesse ou pela garantia de que não há “sofrimento grave”.

Opera aí uma lógica em que se infere, a partir de um comportamento socialmente inadequado, disruptivo da ordem usual de um determinado território, um transtorno individualmente vivido: transtorno mental de Agar que *necessariamente* sofre por isso, associando aquilo que é dissonante à ordem social com psicopatologia. Dá-se, ainda, uma associação entre o suposto sofrimento e uma noção de risco e de periculosidade na presença de Agar na rua. Este risco comparece como uma ideia um tanto vaga, já que não se enuncia

claramente risco de que, mas ainda assim isso participa como um dos elementos a serem considerados para a determinação de uma conduta a ser efetivada pelos serviços de saúde. Há uma tendência a alinhar transtorno, sofrimento e risco na construção de uma direção de trabalho frente à situação. O sofrimento comparece, enfim, associado a uma tendência de patologização da vulnerabilidade social e de modos enlouquecidos de viver — patologização entendida aqui como uma maneira da sociedade de não ter de se haver com aquilo que ela mesma determinou como normativo ou não normativo. Loucura e pobreza, modos de ocupação do espaço que expõem as disparidades sociais, com suas marcas econômicas e raciais, facilmente são objetos deste tipo de procedimento discursivo. A ordem a ser mantida pelo discurso do mestre não é uma ordem qualquer, assim como não o é a normalidade e a moral apresentadas pelo discurso do universitário. São aquelas a que os moradores de prédios e os respeitadores de leis estão alinhados, mas Agar não. O bem estar social da cidade, que os serviços de saúde são convocados a garantir, não é o bem estar de todos.

Podemos localizar, ainda, a operação do discurso da histórica a partir da posição de Agar (\$) frente à ordenação (S1-S2). Ela grita e desestabiliza a ordem, transtorna as noites dos moradores de prédios, é tomada como louca, mas também enuncia com bastante eloquência, frente às abordagens dos profissionais de saúde, uma escolha. Afirma não ser de rua e considera a própria situação como transitória, pede para que a deixem em paz. Tanto Agar quanto os moradores de prédios apresentam um incômodo — a primeira em relação às insistentes tentativas de contato, os outros em relação aos insistentes gritos que perturbam o sono. Os destinos dados a essas enunciações, todavia, são muito distintos. Enquanto os moradores acessam os discursos da moral e da lei para tentar promover efeitos de cessação do que os incomoda, Agar parece não dispôr das mesmas possibilidades, tornando-se objeto das intervenções. Parece trabalhar para manter sua posição de sujeito ao sustentar sua recusa — é irreduzível ao lugar de governada ou moralizada pelas ações dos profissionais de saúde. A fala do agente social que identifica-se com Agar também pode ser escutada a partir do lugar de sujeito (\$) que é atravessado por uma dimensão faltante (*a*) cujo saber (S2) que se produz pelo endereçamento à ordenação significativa (S1) não é capaz de responder. As intervenções junto a Agar, conforme as operações do discurso do universitário (S2-*a*) e do discurso do mestre (S1-S2), são nomeadas por este agente como invasão de privacidade e violência — ela *só está gritando*.

Uma via de intervenção que não foi tentada neste período, que pode ser levantada como uma possibilidade de operação, é aquela que incluiria a tomada de posição de Agar e simultaneamente consideraria a lei socialmente compartilhada. A resposta dela às ações das equipes foi aquela de uma posição própria, a que se poderia atribuir certo discernimento. Não se apostou neste discernimento de Agar para abordá-la a partir, por exemplo, da lei do silêncio – lei que atravessa a todos. Não se levantou a hipótese de que esta mulher é uma cidadã, como todos, e que, portanto, está submetida as mesmas leis de cidadania que todo mundo. Sua privacidade estava sendo invadida pelas abordagens dos profissionais de saúde em seus espaços de produção de vida, mas ela também estava invadindo a privacidade dos demais. Possivelmente, o remetimento à ordem a que todos estão submetidos produzisse efeitos menos objetificantes do que a transformação de um problema de convívio e de ordem pública em problema de saúde mental.

7.5 - Trabalho clínico-institucional no CAPS, psicanálise e a abordagem pelos discursos

As situações clínico-institucionais dão testemunho de alguns modos de usar a palavra sofrimento ou de endereçar-se ao sofrimento na prática cotidiana de um CAPS que, por vezes aparecem como problema para a pesquisadora psicanalista. A maneira como o sofrimento é endereçado tem efeitos sobre os trabalhadores da equipe, uma vez que afetam os processos de trabalho em que estão envolvidos, e sobre os usuários atendidos por estes trabalhadores, que são objeto das intervenções. Enquanto agentes ou outro da ação, os diferentes atores implicados nos enlances delimitados pelos discursos do mestre, do universitário, da histórica e do analista são afetados pela verdade que propulsiona cada relação e pelo que nela é produzido. Estas situações e problemas convidam, ainda, a ponderação de como a psicanalista escuta a diversidade discursiva que compõe o campo e de que modo endereçará o sofrimento para pensar suas próprias intervenções, de forma que sua presença constitua uma contribuição eticamente ancorada para as práticas clínicas desenvolvidas.

Podemos localizar nas situações o uso do sofrimento em um processo discursivo de incorporação de fenômenos que parecem “fora de ordem” ao discurso da saúde, de forma que possam ser submetidos a procedimentos de normatização e controle. Isso se dá com a valoração moral do comportamento e das queixas de Solange, que estava afastada do trabalho e tinha dificuldades para sair de casa, quando o sofrimento é transformado em algo que deve

ser extinguido. A experiência de sofrimento é dita como "manipulação", escolha quase consciente de alguém que tem ganhos em manter-se como está, em sofrimento. Não é alçado a dignidade de sintoma que carrega algo de verdade relativa ao sujeito — a nomeação operada pela equipe o inclui no campo da moral e não naquele de orientação clínica. A expectativa em relação aos efeitos do trabalho passam, então, pela adaptação a modos compatíveis com a norma social hegemônica, como habitar a sociedade via trabalho e vida "produtiva" fora de casa. Para Pedro, a percepção de que havia algo em desordem cumpriu função protetiva em um primeiro momento, com a detecção precoce de uma doença, mas a insistência em saber o que é melhor para o outro (não sofrer a ponto de abrir um surto psicótico) e a antecipação do tempo do sujeito (uma vez que não é seu dito sobre o sofrimento o que é levado em conta) decorrem em perda da função de sofrimento como mediador da relação do sujeito com os outros. O sofrimento é considerado a partir de como as coisas costumam e devem ser na perspectiva da equipe, não a partir do que o sujeito dirige como questão para quem o atende. Acompanhamos, ainda, a transformação de um conflito complexo no território da cidade em um transtorno mental atribuído à Agar, que passa a ser objeto de ações saneadoras. A saúde é o campo de onde viriam as intervenções de reestabelecimento da ordem social, como se houvesse de fato um parâmetro genérico de civilização ao qual Agar precisa passar a enquadrar-se. Em nome da restauração da ordem, justifica-se a insistência em uma série de ações e alinha-se a ideia de sofrimento com as de transtorno e de risco.

Nestes momentos, o sofrimento parece ser usado visando o controle ou o governo dos corpos e dos modos de circulação social destas pessoas. A lógica da saúde caminha em direção à normatização e à exclusão daquilo que é considerado anormal ou questionador dos parâmetros hegemônicos e existe uma tendência a identificar sofrimento e psicopatologia. Ao mesmo tempo em que é um procedimento discursivo de negação, vigilância e supressão do que foge à norma, esse endereçamento ao sofrimento ressalta a existência de parâmetros socialmente construídos de normalidade e de bem estar, assim como atesta que a saúde pode funcionar como ferramenta para a sustentação destes parâmetros. Esta ligação entre ordem social e lógica sanitária é uma das marcas constitutivas do campo da saúde pública brasileira, conforme pudemos acompanhar na retomada de alguns elementos normativos e históricos do campo pesquisado.

Os discursos operados nos equipamentos de saúde tem efeitos que ultrapassam o escopo da clínica, participando de processos de regulação do acesso à participação social, da circulação pela cidade e mesmo da possibilidade de decidir sobre si — o que podemos observar de diferentes maneiras em cada uma das situações analisadas, com a avaliação do que é participação social “produtiva” para Solange a partir de parâmetros que não partem de sua fala, com a retirada da possibilidade de Roberto decidir sobre o próprio corpo e recusar cuidados para seu dedo ferido, com a antecipação e tentativa de supressão preventiva de surtos de Pedro ou com a incorporação dos gritos de Agar e dos conflitos com a vizinhança ao campo da saúde.

Ainda que uma série de mudanças importantes tenham sido conquistadas ao longo do tempo e que os CAPS sejam fruto de um processo de Reforma que envolveu trabalhadores, usuários e familiares questionadores do modo que até então os tratamentos eram conduzidos, os equipamentos de saúde mental e de atenção psicossocial são parte da rede assistencial do Estado e estão marcados por esta ligação entre ação sanitária e ordem pública. A tensão entre o que orienta eticamente a clínica operada nestes contextos e o que a ordem civilizatória espera das práticas de saúde é parte do que inquietou a pesquisadora-psicanalista deste a construção da proposta deste estudo e pôde ser observada nas situações apresentadas como algo que atravessa o contato com a população atendida e as discussões dos profissionais entre si. Tanto em textos norteadores do trabalho no campo da saúde mental pública quanto na fala dos profissionais nas situações analisadas podemos escutar que há um entendimento tácito de que a saúde mental é o campo que, com centralidade, deve produzir respostas para o sofrimento — o que, haja visto os diferentes destinos dados ao que é chamado de sofrimento, merece problematização. Isso não quer dizer negar qualquer papel da saúde mental na escuta e eventual tratamento do sofrimento experienciado pela população atendida, mas sim questionar se o que é falado como sofrimento considera os modos como o sujeito que sofre pode dizer de sua própria experiência ou se essa fala cumpre prioritariamente a função de manutenção da ordenação social predominante em nosso tempo. Esta questão não é esgotada em nosso estudo e permanece como uma das inquietações da pesquisadora-psicanalista.

Além deste uso voltado para o ordenamento, podemos também notar o sofrimento sendo falado como esforço de nomeação ou ao menos de circunscrição em um regime de fala de algo escutado pelos profissionais na relação com os usuários do serviço, a partir das

modulações e mudanças notadas ao longo do tratamento. Nem sempre este esforço corresponde ao que é localizado pelo sujeito como sofrimento para si mesmo, mas aponta para uma tentativa da equipe de estabelecer condutas a partir da relação com os usuários. Isso pode ser notado no acompanhamento de Pedro, na variação observada em um quadro considerado estável há anos e no estabelecimento de condutas a partir da não adesão de Solange ao tratamento supostamente adequado, ainda que marcadamente a partir de uma frustração da equipe. Chama a atenção que as duas situações em que este esforço é notado com maior distinção são aquelas envolvendo usuários que já estavam em tratamento no serviço há algum tempo. São também as situações em que a psicanalista foi solicitada para iniciar atendimentos individuais, o que remete a questões sobre a disponibilidade dos profissionais para sustentar na relação os desdobramentos do que eles mesmos localizaram como sofrimento, de modo a acolher a fala do sujeito que sofre e acompanhar os destinos do sofrimento a partir desta fala.

Podemos também delimitar falas sobre o sofrimento em que observa-se um esforço de circunscrição do que para cada um é particularmente duro no trabalho neste contexto clínico-institucional. Aí estaria enquadrado o mal estar dos profissionais que cotidianamente deparam-se com a alteridade radical que a loucura por vezes representa, com a miséria e a vulnerabilidade sociais que frequentemente marcam as histórias de vida dos usuários atendidos no CAPS. Agar e Roberto, com suas diferentes maneiras de recusar o que lhes era oferecido, com sua circulação pela rua e com a dificuldade de estabelecimento de uma relação de tratamento que a equipe considerasse eficaz, apontam para esta dimensão de modo notável. Esse esforço parece incidir no ponto que toca o limite da própria prática clínica: frente ao que é radicalmente outro, uma tentativa de inclusão em alguma modalidade discursiva pode ser o esforço de tornar familiar e manejável o que parece impossível de tratar, governar ou educar. Este movimento parece comparecer nos impasses entre diferentes posições discursivas nas situações, na insistência em intervenções que não trazem os resultados esperados e na tendência a uniformização das condutas, recalcando a diversidade e causando uma impressão (bastante frágil, pois logo fracassa) de entendimento comum, como se através deste “bom” entendimento fosse possível estabelecer com maior segurança a direção de trabalho para situações complexas. Esta tentativa insistente em fazer funcionar algum agenciamento que incluía o mal estar em um circuito discursivo que promova novos efeitos quando algo da

ordem da impotência parece tocar o trabalho é notável para o discurso da saúde e da ordem, mas a questão também é válida para o discurso analítico, tanto frente às situações de entraves na assistência direta aos usuários (como nas abordagens a Agar e Roberto) quanto junto à equipe nas discussões sobre os casos atendidos pela psicanalista (como nas situações de Solange e de Pedro). O sofrimento comparece, então, como ponto onde concentra-se o fracasso dos discursos, do lado da equipe.

Desde a construção do problema de pesquisa levantou-se como questão a assunção, por parte da equipe de saúde, de saber e poder intervir no sentido de viabilizar o bem para ou do outro. Nas quatro situações, com diferentes apresentações, notamos certa tendência a um querer-fazer "o bem" que, de alguma forma, relaciona-se com deixar de reconhecer o impossível dos agenciamentos que sustentam as diferentes condutas. Na perspectiva psicanalítica, as ações humanas não podem ser globalmente orientadas ou avaliadas pela via das convenções morais e de ordenação social, uma vez que a dimensão do sujeito — atravessado pela lei do desejo — não pode ser ignorada. O compromisso da psicanálise não é com a adequação às injunções de determinado momento histórico e, tampouco, com fazer com que o sujeito tenha eventualmente um encontro harmonioso com "seu bem". Esta ancoragem ética psicanalítica não é a mesma da de outras perspectivas sobre a clínica ou da saúde e não se espera que os diferentes profissionais orientem-se pela ética da psicanálise. Os profissionais decidem-se pelas intervenções realizadas objetivando promover cuidado, cessação de queixas, evitação de surtos, cuidados de agravos clínicos — são várias as versões do que é considerado o bem que justificaria cada uma das condutas. Entretanto, essa delimitação do que é bom ou do que é nocivo para o outro, objeto das ações, muitas vezes deixa de lado sua participação ou o reconhecimento de sua posição enquanto sujeito, além de frequentemente fracassar também em relação às expectativas da equipe.

Além das diferentes tentativas de recuperação da ordem, notamos agenciamentos que caminham pela via da moral, aproximando-se de estratégias de "pedagogização" do sofrimento e dos modos enlouquecidos de habitar o laço social. A perspectiva que associa a falta moral à loucura não é nova e pode ser recuperada desde o tratamento moral proposto no século XIX por Pinel, um dos precursores da psiquiatria tal como a conhecemos hoje. Considerar aquele que sofre ou que parece enlouquecido como alguém que precisa ser atendido por uma psicanalista para que ela o "coloque nos eixos" e o ajude a reencontrar uma

orientação moral adequada pode assumir a estrutura de um discurso pedagógico. Acredita-se que é possível educar esta pessoa que sofre e que não adere ao tratamento, por exemplo, por não estar suficientemente em acordo com as diretrizes morais de um determinado campo da cultura. Quando Agar grita na rua, Roberto recusa tratamento e Solange não retorna ao trabalho, algo da moral e do que é considerado bom e adequado é colocado em cheque. A ideia mesma de ganho secundário à doença como manipulação, retirada do campo das injunções inconscientes do sujeito para ser avaliada a partir de supostos benefícios de uns sobre os outros, acaba sendo recuperada por um discurso pedagogizante, muito diferente do campo clínico e teórico psicanalítico onde foi originalmente desenvolvida.

Com a manutenção do sujeito sob a barra da enunciação, conforme operado pelos discursos do mestre e do universitário, perde-se a possibilidade de operar com a singularidade da relação entre sujeito e os significantes de que é feito, em nome da tentativa de ordenação e de educação do outro. Isso não é obrigatoriamente um problema, uma vez que estes discursos podem ter funções importantes em diversos momentos da prática desenvolvida em um serviço de saúde mental. Entretanto, ao não considerar a limitação própria a estes agenciamentos, seu impossível correlato, trabalha-se com a ideia de que *de fato* seria possível fazer com que as coisas caminhem de modo ordenado através a supressão do sofrimento ou de que o sofrimento do outro é *realmente* subsumível a um saber que está do lado dos agentes da equipe de saúde. Esta postura não oferece respostas capazes de suportar re-designações produzidas pelos sujeitos sobre a experiência do sofrimento e, ao menos nas situações analisadas, contribuíram para o acréscimo da angústia e da frustração da equipe frente à ineficácia das condutas em produzir o efeito esperado. Isso coloca para todos os agentes implicados no trabalho, incluída aí a pesquisadora-psicanalista, a questão sobre como, frente ao sofrimento, responder sem recorrer à estratégias de tamponamento da falta e evitação desta angústia, deixando de reconhecer o impossível dos agenciamentos discursivo em fazer com que sua produção dê conta da verdade que o move.

Temos, ainda, o reconhecimento do sofrimento tal como se apresenta na fala do sujeito a partir do laço transferencial com uma analista, quando este se estabelece. Essa relação de trabalho, como podemos acompanhar na escuta oferecida a Solange e nos atendimentos realizados com Pedro, nos mostra como o sofrimento de que fala aquele que é atendido via de regra diverge daquilo que é esperado ou nomeado pela equipe. A experiência do sujeito não

coincide com o procedimento discursivo dos agentes do campo da saúde. As situações colocam em evidência, em diferentes momentos, a relação de antinomia entre a lógica clínica da saúde e aquela da psicanálise, com suas diferentes concepções sobre o sofrimento e sobre a relação de cada um com seu corpo. Um dos procedimentos discursivos da saúde é aquele que tenta impôr o esquecimento da contingência e o apagamento daquilo que, no sujeito, o leva a interrogar o saber articulado numa cadeia de linguagem, conforme o discurso do mestre. A dimensão subjetiva que a saúde procura apagar é exatamente aquilo pelo que a psicanálise se interessa e investiga. Esta dimensão é mantida no discurso do mestre como o mais inassimilável e inalcançável, na posição de verdade deste discurso. É o que o move e, ao mesmo tempo, o que precisa ser mantido sob a barra da enunciação. Isso tem consequências na clínica e na instituição, onde a ação de tentativa de governo tem papel fundamental, mas está fadada a uma limitação exatamente porque o que se produz a partir da intervenção de um significante sobre o saber é um objeto que escapa às possibilidades de inclusão no ordenamento significativo e que segue faltando ao sujeito. As regras, combinados, leis e diretrizes são fundamentais para a sustentação do trabalho que se desenvolve em um CAPS, mas a expectativa de que isso responda às dificuldades e desafios desta clínica, ou ao sofrimento de modo mais geral, é frustrada.

A operação diagnóstica na clínica psicanalítica não parte da observação externa de comportamentos, por serem considerados inadequados ou arriscados em relação ao que é considerado normal, mas conta necessariamente com a articulação de uma fala, endereçada pelo sujeito ao analista. Não à toa, este é o discurso que coloca o sujeito na posição do outro da ação. Torna-se uma questão pensar que tipo de contribuição a psicanálise pode oferecer em situações em que esta escuta parece difícil ou em que espera-se das intervenções clínicas efeitos de ordenamento ou normatização. Para a psicanálise, o diagnóstico se dá a partir do laço transferencial entre sujeito e aquele que o escuta e sua função se relaciona com o estabelecimento de uma direção para o tratamento. Categorizações que levam a respostas protocolares e retiram o sujeito de cena caminham em outra direção. É possível que uma das contribuições da psicanálise a estes contextos de trabalho seja a distinção (que não é o mesmo que desarticulação) entre sofrimento e psicopatologia, apontando como tomar um pelo outro geralmente acarreta na ausência de tratamento de ambos, assim como destacar a localização do que é sofrimento para a equipe e o que é sofrimento para aquele que é

atendido, apontando para a frequente não coincidência entre esses ditos. Por vezes, a intervenção junto à equipe na discussão sobre o que deve servir como critério para a decisão de condutas em saúde tem efeitos sobre os procedimentos aos quais uma pessoa será ou não submetida em nome de seu próprio (suposto) bem estar.

Parece haver, nesta repetição ou insistência em operações discursivas que não levam em conta o impossível em jogo, algo de impossível de suportar da ou na própria equipe. A equipe opera como quem acredita que será possível eventualmente governar, tratar ou educar a população atendida. Uma leitura possível é a de que existe uma angústia associada ao que se apresenta como impossível no próprio trabalho da equipe e considerar como a presença de uma psicanalista, de alguém advertida por estes operadores clínicos e teóricos e que orienta suas ações por uma ética não alinhada ao tamponamento da falta e à busca pela harmonia entre o sujeito e o campo onde se constitui pela linguagem, pode ajudar a sustentar este limite. No dia a dia do trabalho na instituição, nos ocupamos com os desafios colocados pelo encontro com as diferentes demandas da população atendida e com as expectativas depositadas no trabalho desenvolvido nos serviços de saúde. Porém, a equipe também sofre os efeitos do seu trabalho, há um impossível de suportar da própria equipe. Situar este impossível na articulação com algum saber não é tarefa simples ou óbvia.

As situações indicam que algo do discurso analítico pode ajudar a tornar menos consistente esta posição de não reconhecimento frente ao impossível, se entendermos que falar em fracasso como incidência do impossível em sua dimensão produtiva não é o mesmo que manter-se em posição de impotência ou assumir de partida que não existirão mudanças possíveis a partir de novos agenciamentos e configurações dos regimes simbólicos. Considerar os diferentes desdobramentos das ações dos profissionais nas situações clínico-institucionais analisadas viabiliza a localização daquilo que fracassa e mantém, insistentemente, a dimensão de impotência que por vezes toca o trabalho, mas também contribui para a localização dos momentos em que operam-se deslocamentos, giros, incidências de novas modalidades discursivas e novos destinos para o que se produz. Isso nos faz apostar na possibilidade de uma abordagem da prática neste contexto clínico-institucional a partir dos discursos naquilo que eles são produtores — uma vez que este recurso formaliza o que se produz no laço social considerando diferentes posições de agenciamento, tanto do lado

dos trabalhadores que atuam em uma equipe de um CAPS, quanto do lado do sujeito que é atendido.

Mas antes disso, e talvez muito antes, a poucos centímetros do buraco da pia, por exemplo, na altura do apartamento do segundo andar, ou no primeiro encanamento subterrâneo, pode acontecer que encontremos o cabelo. Basta pensar na alegria que isso nos provocaria, no cálculo espantado de esforços economizados por pura sorte, para justificar, para exigir, praticamente, uma tarefa semelhante, que todo professor consciente deveria aconselhar a seus alunos desde a mais tenra infância, em vez de secar-lhes a alma com a regra de três composta ou com as tristezas de Cancha Rayada.

Perda e recuperação do cabelo, Julio Cortázar, 1964.

8 - Considerações finais: campos distintos, contribuições mútuas

Este estudo partiu do desejo da pesquisadora-psicanalista em debruçar-se sobre o trabalho no contexto de um CAPS, no qual desenvolve sua prática clínica lado a lado a outros profissionais de diversas áreas. Conforme apresentado, as práticas que se desenrolam neste contexto não resumem-se aos *settings* tipicamente associados à psicanálise e tampouco é este discurso aquele que orienta a direção de trabalho na instituição. Refletir sobre este trabalho não é tarefa simples, coloca em questão a implicação da pesquisadora-psicanalista e promove um frequente encontro com os limites de sua prática.

A inquietação experimentada no contexto da saúde mental pública pôde ser transformada em questão de pesquisa, que organizou-se a partir do sofrimento como elemento da fala dos profissionais que atuam junto a fenômenos comuns, mas a partir de ancoragens éticas e modalidades discursivas distintas. Os efeitos promovidos nesta atuação comparecem, por vezes, como um problema — seja pelo modo como afetam os usuários atendidos pela equipe de saúde mental, seja pelo que dizem das possibilidades de trabalho da própria equipe. O caminho de investigação percorrido atesta uma aposta na possibilidade de elaborar o próprio trabalho, assim como uma aposta nas contribuições que a psicanálise tem a oferecer ao campo pesquisado e à esfera das políticas públicas de saúde mental de modo mais geral.

Para discutir com a psicanálise as práticas na instituição de saúde mental a partir do modo como a palavra sofrimento é usada, passamos pela retomada de alguns aspectos da constituição do SUS e da saúde mental pública enquanto campo de prática e de pesquisa e pelo contato com a produção de psicanalistas sobre o tema do sofrimento em articulação a outros campos de saber. A fala sobre o sofrimento comparece como questão para a psicanalista-pesquisadora em seu fazer cotidiano e, conforme pudemos acompanhar nas publicações abordadas, também para outros que pensam maneiras de debater a posição da psicanálise em relação a questões da clínica e da sociedade. As diferentes articulações produzidas pelos autores a partir do problema do sofrimento reiteram a incompatibilidade da consideração do sofrimento como um conceito ou noção consensual no campo psicanalítico. Uma das lições que podemos extrair dessas leituras talvez seja a importância de questionar a cada vez, frente ao uso da palavra sofrimento, *como isso é dito*, tanto na literatura psicanalítica quanto na prática cotidiana. Nos remetemos, ainda, a recursos clínicos e teóricos

que encontramos nas obras de Freud (1930/2010bb) e de Lacan (1959-60/2008 e 1969-70/1992). Com isso, nos instrumentalizamos para a construção e análise de quatro situações clínico-institucionais que dizem respeito ao trabalho e às inquietações vividas no contexto de um CAPS. A partir da perspectiva psicanalítica apoiada com centralidade na teoria dos discursos (Lacan 1969-70/1992), nos debruçamos sobre o modo como o sofrimento comparece na fala de profissionais de uma equipe de CAPS, buscando acompanhar os efeitos dos agenciamentos discursivos localizados em cada uma destas situações.

Pudemos reconhecer neste caminho de pesquisa que a inquietação inicial da pesquisadora-psicanalista tem relação com estes efeitos dos discursos subjacentes às ações operadas no trabalho cotidiano de um CAPS. Nas situações clínico-institucionais abordadas, o sofrimento nem sempre é abordado a partir de uma lógica discursiva clínica. Por vezes as ações operadas a partir do sofrimento visam a normatização do que é considerado fora da ordem ou de parâmetros morais socialmente estabelecidos e localizados historicamente na cultura. Observamos em todas as situações certa repetição ou insistência em operações discursivas visando esta normatização. Os desdobramentos das ações com frequência não respondem às expectativas da equipe ou ao que é escutado pela psicanalista como demanda de quem é atendido. Isso frustra a equipe e, em nossa leitura, gera efeitos de trabalho que não respondem aos desafios da clínica operada no CAPS e não se alinham com a orientação ética da psicanálise. A insistência, a frustração e a ineficácia clínica parecem ter relação com o não reconhecimento da dimensão impossível implicada nas operações discursivas que subjazem as práticas desenvolvidas.

A dimensão do impossível e como isso afeta o trabalho tanto para a equipe quanto para a população atendida parece ser uma descoberta relevante da pesquisa neste sentido. Lacan (1969-70/1992) destaca o elemento de impossibilidade como a base do que é um fato de estrutura ao formalizar sua proposta, articulando-o às ações correlatas às dominantes de cada discurso — governar, educar, fazer desejar e tratar. É esse elemento, simultaneamente de base e de limitação, que Bousseyroux (2013) retomará para propor o discurso como um laço social que restringe um impossível. O impossível não é um “defeito” dos discursos e pode ser escutado como aquilo que os caracteriza, aquilo que os sustenta logicamente, na medida em que viabiliza a própria articulação dos discursos como estrutura. O discursos dão testemunho dos modos como homens e mulheres tentam tratar de sua relação com o outro e com o mundo

a partir de diferentes posições, lançando mão das ferramentas da linguagem que, entretanto, não abarca tudo. Esta ação é o que os discursos formalizam, mas há um princípio de limitação — um impossível — inerente à linguagem em relação a totalidade experiência do sujeito. No campo pesquisado, isso se traduz no fato de que o que se espera dos efeitos de uma ação sobre ou junto ao sofrimento não será complementar ao que a mobilizou, por efeitos de limitação da própria estrutura do laço social — é impossível. Ainda assim, as ações desenvolvidas pelos profissionais nas situações clínico-institucionais parecem supor que eventualmente será possível governar, tratar ou educar a população atendida.

A ética da psicanálise não opera orientada por esta suposição e a análise das situações contradiz esta expectativa. A ideia de que seria viável um equilíbrio sem resto entre indivíduo e sociedade, uma espécie de devaneio de harmonia social e de cessação de sofrimento, é um limite lógico, um impossível dado de partida desde a entrada do sujeito na partilha da linguagem através da nomeação de seu corpo. Isso não é o mesmo que afirmar a resignação aos fatos da vida social ou da cultura tal como se apresentam, mantendo-se em posição de impotência frente às coisas "tais como são". Não se trata de almejar a harmonia, nem adequar-se à maneira como as relações são mediadas em determinado momento da cultura.

A transformação possível inclui o reconhecimento do limite lógico e da impossibilidade inerente ao discurso como laço social. Neste ponto, podemos considerar que existem proximidades na orientação ética das propostas de Dunker (2015), de Silva Jr. (2017) e a de Bousseyroux (2015) quando este fala sobre estar à altura do impossível, sem querer evitá-lo, sob o risco de permanecer na impotência. Essa orientação nos interessa sobremaneira, já que parte do impossível para seguir operando giros, deslocamentos e transformações nas posições dos agentes implicados nos discursos, atestando uma aposta em novos efeitos possíveis a partir de reconfigurações de relações mediadas pela linguagem — sem esperar, ainda assim, que a linguagem vá abarcar plenamente o que diz respeito ao laço entre os humanos. Não existem modalidades discursivas certas ou erradas, melhores ou piores, mas efeitos que encaminham diferentes direções de trabalho, a partir de ancoragens éticas distintas. Com essa observação não esperamos permanecer em posição de denúncia do que não opera a contento no campo da saúde mental, mas ponderar o que a presença de psicanalistas neste campo de práticas pode oferecer. Escutar o que é produzido por cada

discurso estando advertidos da dimensão impossível inerente a cada ação talvez seja algo com o que a psicanálise pode contribuir nas práticas assistenciais desenvolvidas.

Neste estudo não nos debruçamos sobre como abordar o trabalho em equipe de tal maneira a conseguir transmitir algo da psicanálise — o que, como apontado, não é o mesmo que sugerir a todos que operem a partir deste discurso. A diversidade discursiva atinente a este campo de práticas não é um problema por si só, mas os efeitos dos diferentes discursos e como intervimos levando em conta o que se produz deve ser objeto de escuta atenta por parte daqueles que se propõem a trabalhar nas instituições de saúde mental pública. Supor que se fala da mesma coisa, assumindo a identidade como horizonte ideal, pode recalcar a diversidade sem ter, com isso, os efeitos esperados de harmonização e bom entendimento entre pares. Essa insistência em direção a harmonia e ao bem é muitas vezes uma forma de aniquilamento do outro ou de recalque da alteridade. Isso nos remete à pergunta sobre como fazer com que os pares com quem trabalhamos nas instituições de saúde mental escutem a psicanálise, a partir da presença de uma psicanalista na equipe, de tal maneira que a impossibilidade de sucesso de um discurso sobre o bem e sobre a possibilidade de harmonia não gere prioritariamente frustração, angústia e paralização nos próprios trabalhadores ou, ainda, orientações clínicas normalizadoras ou moralizantes. Como, enfim, a psicanalista em uma equipe de um CAPS pode contribuir para que a equipe e a instituição das quais faz parte suportem o impossível.

Essa questão, que entendemos merecer desenvolvimentos posteriores, diz respeito a como a posição política da psicanálise guarda relações com os impossíveis subjacentes às ações operadas no campo clínico-institucional pesquisado — uma vez que não propomos uma disciplina da felicidade e não nos propomos a garantir os devaneios ideais do tempo em que vivemos para aqueles que tratamos. Isso tem relação com a direção de trabalho assumida a cada caso e com como construimos dispositivos para que as pessoas com quem trabalhamos possam suportar melhor aquilo que apresenta-se como limite no trabalho com o sofrimento, com a loucura, com a pobreza, com a morte e com a vulnerabilidade social, no contexto político e social em que vivemos hoje. Ou seja, diz respeito a orientar-se pela ética psicanalítica e considerar sua não conformidade às injunções simbólicas que produzem as noções morais ou de ordem de cada momento da cultura, assim como a não conformidade aos modos de operar do campo da saúde, ainda que seja este o campo onde muitas vezes iremos

desenvolver nossas práticas. Uma possibilidade que podemos levantar neste momento é a de que a psicanálise pode contribuir para o trabalho desenvolvido em serviços de saúde mental pública na medida em que aponte para a sustentação do impossível inerente aos discursos, portanto inerente ao trabalho, como orientação ética. Assumir esta posição passa por trabalhar a partir de e graças aos impossíveis, em oposição a uma tentativa renitente de suprimi-los ou de trabalhar apesar deles.

Gostaríamos de pontuar, ainda, que a inserção nas equipes de saúde mental e a presença em equipamentos de saúde pública, como os CAPS e demais pontos da rede de atenção psicossocial, é importante para os psicanalistas. O trabalho na instituição contribui para a psicanálise na medida em que coloca para seus praticantes a tarefa de estar à altura de seu tempo e à altura do impossível que coloca-se como limitação de sua própria ação em um contexto de diversidade discursiva notável. A presença de psicanalistas nos dispositivos de saúde mental pública é, ao nosso ver, tanto uma necessidade para a clínica que ali se opera quanto uma posição política, que aposta nas possibilidades de construção de destinos para modos considerados enlouquecidos de viver diferentes daqueles da supressão, normatização, moralização e isolamento. Para estar à altura deste desafio ético e político, os psicanalistas precisam constantemente acolher os efeitos da limitação da própria ação nos diversos contextos onde esta se dá, permitindo que isso afete a maneira como conduzem seu trabalho. Cabe aos psicanalistas a tarefa de refletir sobre reformulações teóricas e mudanças de posição em relação a própria prática, assim como a construção de instrumentos clínico-institucionais que permitam a sustentação do impossível como orientação ética para o trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, S., FIGUEIREDO, A.C. (orgs.) (2006) *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro, RJ: Companhia de Freud.
- ALTOÉ, S. & LIMA, M.M. (orgs.) (2005) *Psicanálise, Clínica e Instituição*. Rio de Janeiro, RJ: Rios Ambiciosos.
- AMARANTE, P. (1995) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ.
- ARBEX, D. (2013) *Holocausto brasileiro. Vida, genocídio e 60.000 mortes no maior hospício do Brasil*. São Paulo, SP: Geração Editorial.
- BENAIM PINTO, H. (1983) *Significación de la queja*. (Ediciones del Rectorado) Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- BRASIL. (2004) *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. (2007) *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (2a ed.). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. (2013) *Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental (n.34)*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Brasília: Ministério da Saúde.
- BOUSSEYROUX, M. (jan./jun. e jul./dez. 2012) Práticas do impossível e teoria dos discursos. *A peste*, 4, n.1 e 2, 183-196.
- CAMPOS, G.W.S. (1999) Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403.
- CAMPOS, G.W.S. & DOMITTI, A.C. (2007) Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar em saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.

- CAON, J. L. (1996) Psicanálise $\diamond$ metapsicologia. In: *História, clínica e perspectiva nos cem anos da psicanálise*. A. Slavutzky, C. L. S. Brito & E. L. A. Souza (orgs.) Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- CECCARELLI, P. (set./dez. 2005) O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. *Psicologia em Estudo*, 10, n. 3, 471-477.
- CORTAZAR, J. (1982) Perda e recuperação do cabelo. In: J. Cortazar. *Histórias de Cronópios e de Famas*. Tradução de Glória Rodríguez. São Paulo, SP: Círculo do Livro (Trabalho original publicado em 1964).
- COSTA PEREIRA, M.E. (1998) Formulando uma Psicopatologia Fundamental. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 1, nº 1.
- COUTO, R. & ALBERTI, S. (jan/dez 2008) Breve história da reforma Psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual. *Saúde em Debate*, 32.
- DUARTE, M.J.O, (julho 2010) Movimentos e lutas sociais na saúde: o caso do movimento nacional da luta antimanicomial. *Revista em Pauta - Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ*, 7, n.25.
- DUNKER, C.I.L. (junho 2011a) Mal-estar, sofrimento e sintoma - Releitura da diagnóstica lacaniana a partir do perspectivismo animista. *Tempo Social - Revista de Sociologia da USP*, 23, n. 1, 115-136.
- DUNKER, C.I.L. (2011b) *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo, SP: Annablume.
- DUNKER, C.I.L. (2015) *Mal-estar, sofrimento e sintoma*. São Paulo, SP: Boitempo.
- DUNKER, C.I.L. & KYRILLOS NETO, F. (2015) *Psicanálise e saúde mental*. Porto Alegre, RS: Criação Humana.
- FIGUEIREDO, A.C. (1997) *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumará.

- FIGUEIREDO, A.C. (março 2014) A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7, n. 1.
- FONTE, E.M.M.F. (2012) Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. *Estudos de Sociologia - Revista do PPG em Sociologia da UFPE*. 1, n.18.
- FOUCAULT, M. (1975) *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro, RJ: Tempo Universitário (Trabalho original publicado em 1954).
- FOUCAULT, M. (2007) *Historia da loucura na idade clássica*. São Paulo, SP: Perspectiva (Trabalho original publicado em 1961).
- FOUCAULT, M. (2012) *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária (Trabalho original publicado em 1963).
- FOUCAULT, M. (2006) *O poder psiquiátrico* (Curso do Collège de France). São Paulo, SP: Marins Fontes (Trabalho original publicado em 1973-1974).
- FREUD, S. (1990) Fragmentos da análise de um caso de histeria. In: S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol.VII*. (pp. 11-115) Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1905[1901])
- FREUD, S. (1996) Projeto para uma psicologia científica. In: S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol.I*. (pp.335-454) Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1895[1950])
- FREUD, S. (2010a) O inquietante (*Das Unheimliche*). In: S. Freud. *Obras Completas: história de uma neurose infantil ("O homem dos lobos"), além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)* (P. C. de Souza, trad., Vol. 14, pp. 328-376). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1919)
- FREUD, S. (2010b) O mal estar na civilização. In: S. Freud. *Obras Completas: o mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)*. (P. C. de Souza, trad., Vol. 18, pp. 13-123). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1930)

- FREUD, S. (2010c) Conferência 34: Esclarecimentos, explicações, orientações. In: S. Freud. *Obras Completas: o mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)*. (P. C. de Souza, trad., Vol. 18, pp. 294-320). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1933)
- FREUD, S. (2011a) Psicologia das massas e análise do Eu. In: S. Freud. *Obras Completas: psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923)*. (P. C. de Souza, trad., Vol. 15, pp. 13-113). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1921)
- FREUD, S. (2011b) “Psicanálise” e “Teoria da libido”. In: S. Freud. *Obras Completas: psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923)*. (P. C. de Souza, trad., Vol. 15, pp. 273-308). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1923)
- FREUD, S. (2011c) Prólogo a Juventude Abandonada de August Aichhorn. In: S. Freud. *Obras Completas: o eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925)*. (P. C. de Souza, trad., Vol. 16, pp. 347-350) São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1925)
- FREUD, S. (2012) Totem e tabu. In: S. Freud. *Obras Completas: totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos (1912-1914)*. (P. C. de Souza, trad., Vol. 11, pp. 13-244). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1912-1913)
- FREUD, S. (2016) *Obras Completas: estudos sobre a histeria (1893-1895)*. (em coautoria com J. Breuer). (P. C. de Souza, trad., Vol. 2). São Paulo, SP: Companhia das Letras (Trabalho original publicado em 1893-1895)
- FREUD, S. (2018) Análise terminável e interminável. In: S. Freud. *Obras Completas: moisés e o monoteísmo, compêndio de psicanálise e outros textos (1937-1939)*. (P. C. de Souza, trad., Vol. 19, pp. 274-326). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1937)

- GOFFMAN, E. (1974) *Manicômios, prisões, conventos*. São Paulo, SP: Perspectiva (Trabalho original publicado em 1961).
- GOLDBERG, J. (1994) *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro, RJ: Te Corá.
- ARBEX, D. & MENDZ, A. (direção) (2016). *HOLOCAUSTO brasileiro*. [Documentário. 90min.] Produção/distribuição: HBO.
- HOUAISS, A. & VILLAR, M.S. (2001) *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro, RJ: Objetiva,.
- IRIBARRY, I. N. (jan./jun. 2003) O que é pesquisa psicanalítica? *Ágora*, 6, n.1.
- JANUÁRIO, L.M. & TAFURI, M.I. (junho 2009) O sofrimento psíquico grave e a clínica com crianças. *Revista Mal-estar e Subjetividade*. 9, n.2, 527-550.
- JORGE, M. A.C. (1997) *Sexo e discurso em Freud e Lacan*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor.
- JORGE, M.A.C. (2002) Discurso e liame social: apontamentos sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos. In: D. Rinaldi & M.A.C. Jorge. (orgs.) *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan*. (pp.17-32) Rio de Janeiro, RJ: Rios Ambiciosos.
- KEHL, M. R. (2002) *Sobre ética e psicanálise*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- COSTA, I. I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave: Ensaio a cerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia*. Brasília, DF: Positiva/Abra.
- KOBORI, E. T. (2013) Algumas considerações sobre o termo Psicanálise Aplicada e o Método Psicanalítico na análise da Cultura. *Revista de Psicologia da UNESP*, 12(2).
- LACAN, J. (1998) A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: J. Lacan. *Escritos*. (pp.496-533) Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1957).
- LACAN, J. (2008) *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 2008 (Trabalho original publicado em 1959-1960).

- LACAN, J. (2003) Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola, In: J. Lacan. *Outros Escritos*. (pp.248-264) Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1967).
- LACAN, J. (1992) *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar (Trabalho original publicado em 1969-1970).
- LANCETTI, A. (org.) (2001) *SaúdeLoucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo, SP: Hucitec.
- LANCETTI, A. (2006) *A clínica peripatética*. São Paulo, SP: Hucitec.
- LEITE, P.B.O. (2016) *Apoio matricial em saúde mental: construção de um dispositivo de cuidado no território e posicionamento ético no trabalho em saúde*. (Monografia de conclusão de Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental, Fundação do Desenvolvimento Administrativo). São Paulo, 2016.
- LERNER, A.B.C. (2013) *Consequências éticas da leitura psicanalítica dos quatro discursos para a Educação Inclusiva*. (Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, orientação Prof. Dr. Rinaldo Voltolini).
- MALPICA, C.R., DÍAZ, J.E. & ESSER, M.R. (setembro 2004) Complejidad del dolor y el sufrimiento humano. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 7, n. 3, 70-81.
- MINATTI, S. P. (dezembro 2012) O psicanalista no tratamento da dor. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 15, n. 4, 825-837.
- MORETTO, M.L.T. (2013) *O que pode um analista no hospital?* São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- PACHECO FILHO, R.A. (jul./dez. 2013) A psicanálise na saúde pública: há alianças possíveis? *A peste*, 5, n.2, 11-15.
- RABELLO, S. (jul./dez. 2013) O sofrimento psíquico e o Sistema Único de Saúde (SUS). *A peste*, 5, n.2, 113-125.

- RINALDI, D.L. & BURSZTYN, D.C. (2008) O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60, n.2, 32-39.
- SAURET, M.J. (2003) A pesquisa clínica em psicanálise. *Psicologia USP*, 14(3), 89-104.
- SAURET, M. J. (2008) *L'effet révolutionnaire du symptôme* (coll. Humus). Toulouse: ERES.
- SILVA Jr., N. (2017) O sofrimento como hífen na teoria social freudiana e sua atualidade. Os exemplos das modificações corporais. In: N. da Silva Junior & W. Zangari (orgs.). *A psicologia social e a questão do hífen* [livro eletrônico] (pp.135-149). São Paulo, SP: Blucher.
- TENÓRIO, F. (jan./abr. 2002) A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde*, 9(1):25-59.
- VIGANÒ, C. (1999) A construção do caso clínico em saúde mental. *Revista Curinga Psicanálise e Saúde Mental*, n.13.
- YASUI, S. (2006) *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. (Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, orientação Prof. Dr. Paulo Amarante).

LEGISLAÇÃO

BRASIL. *Lei n° 8.080*, de 19 de Setembro de 1990.

BRASIL. *Lei n° 10.216*, de 6 de Abril de 2001.

BRASIL. *Portaria GM 336*, de 19 de Fevereiro de 2002.

BRASIL. *Portaria GM 3.088*, de 23 de Janeiro de 2011.

BRASIL. *Portaria GM 122*, de 25 de Janeiro de 2011.

BRASIL. *Portaria GM 123*, de 25 de Janeiro de 2012.