

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS**

**Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

**O ANALISTA GESTOR:  
UM ESTUDO SOBRE A PRÁTICA DE UM ANALISTA DE ORIENTAÇÃO  
LACANIANA COMO COORDENADOR DE UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE  
MENTAL.**

Mônica Eulália da Silva

Belo Horizonte

2006

Mônica Eulália da Silva

O ANALISTA GESTOR:  
UM ESTUDO SOBRE A PRÁTICA DE UM ANALISTA DE ORIENTAÇÃO  
LACANIANA COMO COORDENADOR DE UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE  
MENTAL.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Professor Doutor Luis Flavio Silva Couto.

Belo Horizonte  
2006

FICHA CATALOGRAFICA

Silva, Mônica Eulália da.

S586a

O analista gestor: um estudo sobre a prática de um analista de orientação lacaniana como coordenador de um serviço público de saúde mental. / Mônica Eulália da Silva. Belo Horizonte, 2006.

138f.

Orientador: Luís Flávio Silva Couto

Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Bibliografia

1. Saúde mental - Administração. 2. Políticas de saúde mental. 3. Instituições de saúde - Administradores. 4. Psicanálise. 5. Lacan, Jacques, 1901-1981. I. Couto, Luís Flávio Silva. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.964.2:614

Mônica Eulália da Silva

O ANALISTA GESTOR: UM ESTUDO SOBRE A PRÁTICA DE UM ANALISTA DE ORIENTAÇÃO LACANIANA COMO COORDENADOR DE UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE MENTAL.

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação de Psicologia da

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Belo Horizonte, 2006.

---

Luis Flavio Couto (Orientador) – PUC Minas.

---

Ilka Franco Ferrari – PUC Minas.

---

Lúcia Grossi - FUMEC

*À Natália, companhia mais fiel e mais  
presente que tive neste percurso.*

## AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho contou direta e indiretamente com a contribuição de muita gente. Inicialmente, agradeço a minha família, minha mãe, meu pai e meus irmãos que souberam entender tantas vezes os motivos de minhas renúncias em estar junto e em estar perto. Ao Wagner, que escolheu dividir a vida comigo, agradeço pela compreensão, apoio e pelas vezes em que foi preciso ser pai e mãe. À Natália, pelas alegrias e emoções que tem me dado, apesar das vezes em que este trabalho dividiu meu olhar.

A meus amigos do CERSAMI com quem tenho podido construir e interrogar, cotidianamente, nossa prática neste campo da saúde mental. Com toda certeza, esta dissertação é resultado disso. Em especial, agradeço à Maria Antunes pela ajuda com o francês.

A Laise, que foi uma agradável descoberta que tive neste percurso, agradeço pela atenciosa ajuda com a escrita.

À CAPES, pelo valioso incentivo à pesquisa sem o qual as limitações deste estudo seriam ainda maiores. .

Aos professores e funcionários do Mestrado de Psicologia, da Puc Minas, pela atenção que sempre me dispensaram. Agradeço, especialmente ao professor Luís Flávio, meu orientador neste percurso. Meu obrigado por guiar-me neste caminho que produziu muito mais que as considerações formais do trabalho apresentado aqui. Agradeço, também, à professora Ilka pela importante interlocução que contribuiu para a formalização de minhas idéias. À Lúcia Grossi, por ter aceitado participar deste trabalho, desde a fase de seu projeto, de forma cuidadosa e atenciosa.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para esta construção.

*Á vida é assim, às vezes esquenta, às vezes esfria, às vezes aperta e outras afrouxa. O que ela quer da gente é coragem!*

Guimarães Rosa

## RESUMO

Este trabalho apresenta um recorte no campo das políticas públicas de saúde mental como um dos lugares de atuação do analista de orientação lacaniana na contemporaneidade. Interroga a prática desse analista, não a partir do lugar da clínica propriamente dita, mas de seu trabalho como coordenador de um serviço público de saúde mental. Ocupar esta posição desqualificaria o analista como tal, ou estaria aí o que poderíamos nomear de um analista gestor? Apesar da abordagem teórica utilizada ter sido a psicanálise de orientação lacaniana, o método utilizado não foi o da construção do caso clínico. Optamos pelo método da pesquisa teórica, pelo fato de que não se trata, aqui, de uma prática clínica propriamente dita, no sentido daquela que se estabelece na experiência analítica como tal. Após a introdução, o capítulo que se segue reconstrói os principais elementos políticos e sociais que, historicamente, vêm compondo o campo público da saúde mental tal como se configura, hoje, em um campo que reivindica a cidadania para o louco. A seguir, delimita-se a lógica discursiva do campo da política pública de saúde mental, assim como, também, da psicanálise situando uma lógica como sendo o avesso da outra. No capítulo final, a psicanálise e o analista são vistos a partir dos usos possíveis que deles se pode fazer na contemporaneidade. O analista gestor é colocado como um desses usos possíveis. Porém, o lugar discursivo, ocupado por ele, como coordenador de um serviço público, faz questionar sua nomeação de analista, já que, nesta circunstância, não se trata nem de um lugar e nem de uma função clínica propriamente dita.

**Palavras-chave:** analista, gestor, política, psicanálise, saúde mental, discurso, lugar e função.

## RESUME

Ce travail s'insère dans le champs des politiques publiques de santé mentale comme un des lieux d'actuation de l'analyste d'orientation lacanienne dans la contemporanéité. Il interroge la pratique de cet analyste non pas à partir du lieu de la clinique proprement dite, mais à partir de son travail comme coordinateur d'un service public de santé mentale. Est-ce qu'occuper cette position disqualifierait l'analyste en tant que tel, ou y aurait-il ici ce qu'on pourrait nommer un analyste gestionnaire? Bien que l'abordage utilisé ait été la psychanalyse d'orientation lacanienne, la méthode utilisée n'a pas été celle de la construction du cas clinique. Nous avons opté pour la méthode de recherche théorique en raison du fait qu'il ne s'agit pas ici d'une pratique clinique proprement dite, au sens de celle qui s'établit dans l'expérience analytique en tant que telle. Après l'introduction, le chapitre qui suit reconstruit les principaux éléments politiques et sociaux qui ont composé historiquement le champ public de la santé mentale tel qu'il se configure aujourd'hui comme un champ qui revendique la citoyenneté pour le fou. On délimite ensuite la logique discursive d'une part du champ de la politique publique de santé mental et d'autre part du celui de la psychanalyse, montrant comment il s'agit de deux logiques opposées. Dans le chapitre final, la psychanalyse et l'analyste sont envisagés à partir des usages possibles que l'on peut faire dans la contemporanéité. L'analyste gestionnaire est considéré comme un de ces usages possibles. Néanmoins, le lieu discursif qu'il occupe en tant que coordinateur d'un service public interroge son titre ou son nom d'analyste puisque dans ce cas il ne s'agit ni d'un lieu ni d'une fonction clinique à proprement parler.

**Mots-clé:**analyste, gérant, politique, psychanalyse, santé mental, discours, lieu et fonction.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 Representação gráfica da fórmula para a constituição libidinal dos grupos.....58

FIGURA 2 Nó borromeano usado no modelo lacaniano do Real, Símbólico e Imaginário

.....116

FIGURA 3 Nó borromeano com o quarto laço, ou sinthome.....

116

## **LISTA DE SIGLAS**

ABP- Associação Brasileira de Psiquiatria.

SUS – Sistema Único de Saúde.

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

DSM – IV- Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders.

CID-10- Código Internacional das Doenças.

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

REME - Movimento de Renovação Médica.

MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental.

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental.

SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz.

UERJ - Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

FEBEM - Fundação de Bem Estar dos Menor.

NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial.

CERSAM - Centros de Referência em Saúde Mental.

AMP – Associação Mundial de Psicanálise.

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social.

FBH – Federação Brasileira dos Hospitais.

RSI – Real, Simbólico e Imaginário.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. PROCESSOS DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO CAMPO PÚBLICO.....	17
2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS E FUNDAMENTOS CLÍNICOS.....	17
2.1.1. Principais marcos da história da loucura.....	18
2.1.2. Fundamentos da clínica psiquiátrica.....	25
2.2. TRÊS ASPECTOS RELEVANTES PARA A COMPOSIÇÃO DO CAMPO PÚBLICO DA SAÚDE MENTAL.....	29
2.2.1. Políticas públicas de saúde mental: princípios doutrinários e ideais políticos.....	29
2.2.1.1. Principais influências americanas e européias.....	29
2.2.1.2. Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica Brasileira: aproximações e divergências.....	32
2.2.2 A edificação da instituição psiquiátrica: da lógica manicomial aos serviços substitutivos. ....	43
2.2.3. A construção de um estatuto de cidadão para o louco: o marco socializante da reforma psiquiátrica brasileira. ....	47
2.3. O QUE SE ESPERA DO GESTOR PÚBLICO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL?.....	50
3. SAÚDE MENTAL E POLÍTICA PÚBLICA: UM AVESSE DA PSICANÁLISE.....	53
3.1. “A POLÍTICA É O AVESSE DA PSICANÁLISE”.....	53
3.1.1. A psicanálise frente às estratégias políticas do campo público da saúde mental.....	61
3.1.2. Intervenções psicanalíticas.....	65
3.2. PSICANÁLISE LACANIANA NA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE MENTAL.....	70
3.2.1. Psicanálise e instituição: de novo o avesso.....	73

3.2.2. Processos institucionais e intervenções analíticas.....	75
3.3. DE UMA POLÍTICA DA CIDADANIA A UMA CLÍNICA DO SUJEITO.....	80
3.4. ANALISAR E GOVERNAR: DUAS DAS TRÊS TAREFAS IMPOSSÍVEIS.....	83
3.4.1. A impossibilidade de analisar.....	85
3.4.2. A impossibilidade de governar.....	88
3.4.3. Analisar e governar: isso funciona?.....	90
3.5. A PSICANÁLISE LACANIANA E SUA ÉTICA.....	91
3.5.1. Ética moral e ética do desejo: qual a bússola para a psicanálise?.....	95
4. A CONTEMPORANEIDADE DA PSICANÁLISE, SEUS USOS E IMPLICAÇÕES NO CAMPO PÚBLICO DA SAÚDE MENTAL.....	101
4.1. A PSICANÁLISE E O MUNDO CONTEMPORÂNEO. ....	101
4.1.1. As aplicações da psicanálise na contemporaneidade.....	104
4.1.2. A invenção de uma prática analítica.....	106
4.2. O ANALISTA LACANIANO E O USO QUE SE PODE FAZER DELE.....	108
4.2.1. O analista cidadão.....	110
4.2.2. O analista e o bricoleur.....	114
4.2.3. O analista como quarto laço.....	115
4.2.4. O analista gestor.....	118
4.2.4.1. Sair da posição de analista sem deixar de sê-lo?.....	120
4.2.4.2. O analista gestor e usos possíveis do S1.....	123
4.2.4.3. O analista gestor e suas possíveis estratégias de intervenção.....	129
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	132
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	134

## 1. INTRODUÇÃO:

Nos dias de hoje, encontramos o analista de orientação lacaniana atuando em diversos campos do saber, que, às vezes, são até opostos ao da psicanálise. Além de estarem no consultório particular também estão no serviço público. Neste último, o encontramos na prática clínica, propriamente dita, que são as construções de cada caso clínico, nas supervisões institucionais e, também, na coordenação de instituições inseridas nesse campo. Essa coordenação ainda é uma prática pouco discutida do ponto de vista teórico. Isso, talvez, se deva ao fato de que a prática do analista é, a rigor, uma prática construída na e pela experiência clínica. No entanto, a contemporaneidade tem demandado novos usos da psicanálise e do analista. Este novo contexto tem levado o analista lacaniano a ocupar lugares e a exercer funções distintas daqueles que o caracterizam como tal.

Este trabalho abre uma discussão acerca da prática de um analista de orientação lacaniana como coordenador de um serviço público de saúde mental. A indagação que nos moveu partiu das inquietações advindas da experiência pessoal da autora e situa o analista lacaniano no campo das políticas públicas de saúde mental.

Tendo em vista que se trata do lugar e da função de um gestor de políticas públicas e não do lugar do analista propriamente dito, o marco discursivo que sustenta esta prática e aquele que sustenta a prática analítica logo surgiram numa radical relação de oposição. A universalidade das ações, inscritas no campo da política pública, se opunha à singularidade inscrita na experiência clínica psicanalítica.

A convocação para o lugar de coordenador significa, em muitos casos, personificar o lugar da lei, acreditar numa lógica que visa a eficácia, assim como, situar-

se no campo dos ideais humanitários e de cidadania.

Já a psicanalítica de orientação lacaniana opera o que se pode chamar de desidealização<sup>1</sup>. Nesta perspectiva, a segregação é vista como um movimento inerente à sociedade humana. Ao contrário da política, a psicanálise instaura a lógica da falha.

É a partir dessa relação de oposição entre psicanálise lacaniana e política pública que se constitui a indagação que nos conduz ao percurso deste trabalho. Pretende-se verificar se o fato de um analista ocupar o lugar de coordenador de um serviço público de saúde mental o desqualifica como tal, ou se estaria, aí, o que poderíamos chamar de um analista gestor.

A nomeação do analista como gestor indica que o lugar, em questão, diz respeito ao daquele que, no âmbito da instituição pública de saúde mental, é responsável pelo gerenciamento dessas políticas. Mas, apesar disso, nosso foco de investigação se refere à prática do analista lacaniano que se aventura a ocupar esse lugar.

Por isso, esta é uma investigação de base psicanalítica, apesar da metodologia utilizada não ter sido a da construção do caso clínico. Acreditamos que isso não seria possível visto que o analista em questão não ocupa o lugar da clínica na instituição e, sim, da política. Desta forma, a metodologia utilizada foi a da pesquisa teórica.

Mas é preciso dizer que, já no início de nossa investigação, fomos advertidos das questões que surgem em relação à pesquisa psicanalítica no contexto acadêmico. É como se, nessa perspectiva, caíssemos, também, no discurso universalizante da política ou do saber acadêmico. Ao comentar sobre uma autora que produz uma tese universitária, a partir de sua obra, LACAN (1992) afirma o seguinte:

Seguramente a dificuldade própria em me traduzir para a linguagem universitária é também a que atingirá todos aqueles que, pela razão que for, se

---

<sup>1</sup> Termo utilizado por Miller em seu texto *Lacan e a política*, 2004.

arriscarem a fazê-lo – e, na verdade a autora da tese que mencionei foi impelida pelas melhores qualificações, as de uma boa-vontade-imensa. Essa tese que vai então sair de Bruxelas, não deixa de conservar todo o seu valor, seu valor de exemplo em si mesma, seu valor de exemplo também pelo que promove de distorção, de alguma forma obrigatória, em uma tradução ao discurso universitário de algo que tem suas próprias leis. Essas leis, tenho que abrir-lhes a trilha. Elas são as que pretendem dar ao menos as condições de um discurso propriamente analítico. (LACAN, 1992, p. 39).

Mesmo advertidos de nossas limitações aceitamos continuar neste percurso a fim de colhermos os resultados possíveis de serem produzidos.

A teoria dos discursos, formalizada por Lacan (1992), no Seminário 17, serviu de sustentação para subsidiar nossos estudos. Trata-se da formalização de quatro discursos distintos, o do analista, o da histérica, o do mestre e o da universidade. Por se referir à relação e à posição dos sujeitos falantes, frente à linguagem, esses discursos podem se estabelecer tanto na experiência analítica propriamente dita, quanto em qualquer situação do cotidiano desse ser falante.

Tendo em vista aquele que nomeamos de analista gestor, destacamos dois destes discursos: o discurso do analista e o discurso do mestre, já que o termo em questão nos remete a esses dois lugares discursivos. O gestor foi identificado com o lugar dominante do discurso do mestre e o analista associado ao lugar dominante do discurso do próprio analista. Nosso estudo enfocou as questões produzidas a partir da função e do lugar que se pode ocupar num discurso.

Este estudo visa demonstrar a importância do analista lacaniano evidenciar os elementos que fundamentam e constituem o campo das políticas públicas de saúde mental no qual ele, também, se encontra inserido. Esses elementos são sociais, políticos e ideológicos. Essa posição favorece a construção de um novo lugar e de novas funções para a psicanálise na contemporaneidade.

Pretendemos, assim, contribuir com o eixo de investigação que, na orientação

lacaniana, tem apontado para a questão do praticante da psicanálise.

E por fim, pretendemos abordar a formalização de uma prática analítica que se dá no contexto da contemporaneidade e que nos faz indagar a própria prática do analista, no sentido de estabelecermos o que se pode inscrever nesse registro, mesmo que o lugar a ser ocupado e a função a ser desempenhada sejam o avesso da psicanálise.

## **2. PROCESSOS DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO CAMPO PÚBLICO.**

### **2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS E FUNDAMENTOS CLÍNICOS DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL.**

Delinear o campo das políticas públicas de saúde mental nos requer uma busca rigorosa de seus fundamentos não só clínicos, como também sociais. Se, hoje, a saúde mental constitui-se como política pública em constante processo de consolidação, isso se deve a uma longa história de fatos e elementos que se desdobraram nesse contexto.

Neste capítulo, nos interessa reconstituir os fundamentos sociais e políticos que constituem esse campo, tendo em vista que, nele, o analista de orientação laciana encontra-se inserido não só no lugar da clínica, mas também, como coordenador de serviços públicos de saúde mental.

Para isso, é preciso dar visibilidade ao percurso histórico que, hoje, conduz a loucura à reivindicação de uma cidadania possível. Sim, por que é neste ponto que o campo público da saúde mental se pauta atualmente, ou seja, no resgate da cidadania e na valorização dos ideais humanitários no que se refere à figura do louco.

Propomos agora, reconstruir esse percurso histórico e social que foi dando forma ao campo público que hoje conhecemos como saúde mental.

### 2.1.1. Principais marcos da história da loucura.

Ao contrário do que se possa pensar, as práticas que deram origem ao campo próprio da loucura não nasceram a partir da ciência médica, visto que nem sempre a loucura ocupou o lugar da doença. Mas as práticas médicas e assistências, propriamente ditas, que se inscreveram neste campo, se deram na Europa e datam de, aproximadamente, dois séculos. Uma das referências mais importantes sobre esse assunto, do ponto de vista histórico, social e político é o filósofo francês Michel Foucault. De toda sua obra, é em *História da Loucura* que podemos encontrar uma reconstrução surpreendente e rica em elementos críticos que apontam o lugar dado à loucura nas sociedades ocidentais. Nesta obra, Foucault (1978) desloca a visão que se pode ter da medicina psiquiátrica como prática nobre e libertadora, colocando-a no centro de uma complexa relação de poder que engendra um discurso de dominação, a partir de um saber dito científico. Segundo ele, de um só golpe, a psiquiatria inscreve a loucura no campo das doenças e se constitui como ciência. Amarante (1995) comenta A história da Loucura da seguinte forma:

O objeto de estudo de Foucault, em *História da Loucura*, é precisamente a rede de relações entre práticas, saberes e discursos que vêm fundar a psiquiatria. Os dispositivos disciplinares da prática médica psiquiátrica permitem um mascaramento da experiência trágica e cósmica da loucura, através de uma consciência crítica. Esta obra aponta para uma desnaturalização e desconstrução do caminho aprisionador da modernidade sobre a loucura, qual seja, aquele que submeteu a experiência radicalmente singular do enlouquecer a classificações e terapêuticas ditas científicas: submissão da singularidade à norma da razão e da verdade do olhar psiquiátrico, rede de biopoderes e disciplinares que conformam o controle social do louco. (AMARANTE, 1995, p. 24).

O ponto de partida do estudo de Foucault (1978) foi o século o XII, sendo que ele descreveu essa época como um momento em que a sociedade já utilizava grandes instituições chamadas de Leprosários. A lepra era o mal que assolava a população e esses lugares serviam

para recolher e separar o enorme contingente de leprosos que proliferavam nas cidades. No entanto, no final da Idade Média, essas instituições foram gradativamente ficando cada vez mais vazias e inutilizadas. O fim das grandes cruzadas e, conseqüentemente, das longas viagens que favoreciam a disseminação dos focos de infecção foram extinguindo de modo espontâneo a lepra na Europa. Logo surgiu, nesse cenário a presença ameaçadora de um outro mal: as doenças venéreas. Entretanto, a lepra recebeu por parte da sociedade da época um caráter muito mais segregador do que o que foi dado às doenças venéreas. Mesmo impregnadas por um caráter místico e moral, a apropriação pela Medicina as colocou, gradativamente, numa espécie de patamar privilegiado em relação à lepra. Diz Foucault: “não são as doenças venéreas que assegurarão, no mundo clássico, o papel que cabia à lepra no interior da cultura medieval”. (FOUCAULT, 1978, p. 7). A grande herdeira desse lugar foi mesmo a loucura.

No entanto, isso se deu de forma sutil e gradativa. “Com um sentido inteiramente novo e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão - essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas, reintegração espiritual”. (FOUCAULT, 1978, p. 6- 7). A loucura tinha uma vivência errante. O louco gozava de uma “liberdade” que o condenava a vagar do lado de fora dos muros das cidades. Muitos viviam junto a peregrinos. Nesse contexto, surgiram, especialmente na literatura e na pintura, uma enigmática e misteriosa figura, a Nau dos Loucos. Na verdade, surgiram várias Naus como a das Damas, a da Saúde e a das Batalhas. Mas, de todas elas, a única que existiu concretamente foi a Nau dos Loucos.

Mas de todas essas naves romanescas ou satíricas, a *Narrenschiff* é a única que teve existência real, pois eles existiram, esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência errante. As cidades escoraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos.(...) eram freqüentemente confiados a barqueiros.(...) Freqüentemente as cidades da Europa viam essas naus de loucos atracar em seus portos. (FOUCAULT, 1978, p. 9).

Quando incomodavam, os loucos eram entregues a marinheiros que os embarcavam nessas Naus indo de uma cidade a outra sem destino certo.

Na sociedade medieval, constituída pela forte presença da Igreja, a imagem do louco refletia os vícios, as impurezas e os defeitos da espécie humana e, nesse sentido, representava uma ameaça. A loucura era uma experiência trágica do homem e o louco a figura mítica que a personificava.

Já com a Renascença, a loucura passa a ser entendida como uma experiência crítica. Com o advento do Humanismo, fica para trás todo o universo de superstições do homem medieval e a loucura passa a ser vista numa relação direta com a razão e com a verdade moral. Começa a ser situada numa dicotomia entre razão e desrazão, passando a ser entendida como o que há de mais claro e visível no homem. “Tudo nela é uma superfície brilhante: não há enigmas ocultos” (FOUCAULT, 1978, p. 23). A clareza e a verdade, expostas pela experiência da loucura, colocam-na no cerne da crítica ao saber.

Foucault (1978) assinalou que o pensamento racional não aboliu a loucura, totalmente, das primitivas experiências míticas e trágicas. Ao contrário, ele ocultou e legitimou uma nova forma de apropriação da loucura, expressa através do estatuto da doença mental.

A bela retidão que conduz o pensamento racional à análise da loucura como doença mental deve ser reinterpretada numa dimensão vertical; e neste caso, verifica-se que sob cada uma de suas formas ela oculta de uma maneira mais completa e também perigosa essa experiência trágica que tal retidão não conseguiu reduzir. (FOUCAULT, 1978, p. 29).

Nesse sentido, fica preparado o terreno que instituiu a experiência clássica da loucura. Sai a Nau dos Loucos e entra em cena o Hospital dos Loucos. A vivência errante e náufraga do louco medieval dá lugar à loucura encerrada no espaço do asilamento.

A relação que se estabeleceu entre a loucura e a razão passa pela dúvida cartesiana. O imperativo ‘penso, logo existo’ afastou a loucura da razão, reforçando a dicotomia que

anteriormente existia. A loucura passa a ser a impossibilidade de pensamento, e o louco não é nada mais do que um insano.

Foucault (1978) ressalta, já no século XVII, a presença do louco em todas as instituições de internação, existentes nessa época, conhecidas como Hospitais Gerais. Embora já houvesse, na Inglaterra, registros informais da existência dessas instituições, a data provável e mais oficial do surgimento do Hospital Geral pode ter sido 1656 quando, em Paris, o rei Luís XIII o cria através de um decreto. Mas, ao contrário do que o nome indicava, o Hospital Geral não possuía um caráter médico. Surgiu como uma demanda social e tinha uma função muito clara: dar uma resposta satisfatória à crise social que assolava as cidades da Europa com o enorme contingente de pobres e desempregados que aumentavam cada vez mais. Iniciava-se assim o chamado Grande Internamento. De todas as tentativas anteriores feitas para dar conta desse problema, o Hospital Geral foi “(...) uma solução nova: é a primeira vez que se substituem as medidas de exclusão puramente negativas por uma medida de detenção; (...) o desempregado (...) tem direito de ser alimentado, mas, deve aceitar a coação física e moral do internamento” (FOUCAULT, 1978, p. 65). Em tempos de crise, o internamento servia como garantia de segurança para a cidade, pois recolhia de suas ruas toda espécie de vadios e miseráveis. Em tempos de crescimento, servia como fonte de mão de obra barata. O imperativo social de limpar as cidades, sustentado pelo poder absolutista do Rei e pelos ideais religiosos da caridade, acabava por abarrotar os Hospitais Gerais com uma população diversamente heterogênea, mas marcada, cada um a seu modo, pelas diversas faces da marginalidade<sup>2</sup>. De um lado, a caridade cristã e a visão punitiva da Igreja e, de outro, o poder do Estado que via a pobreza como ameaça ao progresso. O internamento serviu como solução para ambos e logo ganhou um estatuto punitivo que atrelava o poder da polícia com o da justiça. “O internamento, esse fato maciço cujos indícios são encontrados em toda a

---

<sup>2</sup> Marginalidade no sentido de estar à margem, de estar fora.

Europa do século XVII, é assunto de polícia” (FOUCAULT, 1978, p. 63). A loucura encontrava-se no cerne dessa lógica.

De saída, um fato é evidente: o Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa. (FOUCAULT, 1978, p. 49-50).

No entanto, é justamente neste momento em que a loucura é inserida junto às demais formas de marginalidade que ela começa a ser distinguida. Em meio aos pobres, vadios, desempregados, filhos pródigos, devassos, libertinos e selvagens, o louco começa a ser percebido como um ser incapaz para o trabalho, para a integração social e para seguir certos ritos da vida coletiva e produtiva. Assim, de tempos em tempos, se os demais internos eram libertados e presos novamente, o louco permanecia cada vez mais encarcerado.

Já por volta da metade do século XVII, o tratamento destinado aos loucos foi aos poucos se diferenciando. A Medicina estabelecia uma forte cumplicidade com a moral vigente. As práticas de purificação, destinadas aos doentes venéreos, que consistiam em castigar a carne para livrar-se do pecado da devassidão, passaram, também, a serem aplicadas à loucura. O internamento tornava possível o que ficou conhecido como práticas terapêuticas. As correntes, as celas, os quartos insalubres, as sangrias e os banhos foram se configurando como técnicas terapêuticas. No hospital parisiense de Salpêtrière, hospital para mulheres, Foucault (1978) relata que durante as cheias do rio Sena, as partes inferiores do hospital eram invadidas por ratos que dilaceravam os corpos daquelas que ali estavam. Aqueles que eram considerados perigosos eram acorrentados e vigiados. Permaneciam em lugares fétidos junto a seus próprios excrementos. Em alguns hospitais, acreditava-se que a manutenção dos loucos juntos a porcos diminuiria a fase maníaca desses pacientes.

Por volta do século XVIII, a loucura já era vista como uma doença que degradava a

razão humana. É célebre a história do psiquiatra francês Phillip Pinel, contratado para trabalhar no hospital Bicêtre, para homens, em Paris e de seu famoso ato de libertar os internos das correntes em que estavam presos. Pinel é considerado o pai da psiquiatria e, historicamente, esse momento é reconhecido como um marco para o nascimento do asilo como lugar médico onde a loucura pudesse ser considerada e tratada como doença mental.

Para Foucault (1978), esse ato encobriu uma outra verdade. Segundo ele, já havia outros registros dessas tentativas de libertação, ocorridas no século XVIII. O ato de Pinel apenas consolidaria um sentido que vinha sendo construído no interior da sociedade, a partir de elementos sociais e, principalmente, morais e que tomou forma na figura do asilo. Este, por sua vez, era tido como a instituição ideal. Delgado (1992), em seu livro *As Razões da Tutela*, ressaltou que foram os ideais da Revolução Francesa que favoreceram o terreno para que Pinel pudesse dar um caráter humanizado e, ao mesmo tempo, científico aos asilos franceses. Segundo o autor, era preciso passar da ciência da alienação para a consolidação da ordem psiquiátrica. A mudança, que se pretendia, configurava-se pelo anseio da criação de estabelecimentos especializados e dirigidos sob a orientação médica. “A reforma era aí uma construção sistemática, cujo triunfo seria a consolidação da instituição psiquiátrica.” (DELGADO, 1992, p. 18-19).

Nesse momento, a intervenção religiosa passa a ser vista pela Medicina como prejudicial à evolução clínica dos pacientes. Entretanto, para Pinel, a religião tinha um lugar importante para a terapêutica do asilo, pois ela comportava um conteúdo moral importante que apaziguava as paixões, acalmava o homem e reproduzia os valores da sociedade. O encontro da religião com o tratamento, instituído por Pinel, estabeleceu uma grande parceria, pois o asilo se tornava o lugar onde o poder moral era abrigado e a religião constituía-se como fonte importante do mesmo. A lógica do tratamento moral, praticada por Pinel, é, assim, vista por Foucault:

A que é praticada por Pinel, é relativamente complexa: trata-se de operar sínteses morais, assegurar uma continuidade ética entre o mundo da loucura e o da razão, mas praticando uma segregação social que garanta à moral burguesa uma universalidade de fato e que lhe permita impor-se como um direito a todas as formas da alienação. (FOUCAULT, 1978, p. 489).

De acordo com o autor, o asilo tornava-se uma instituição total. Bastava a si mesmo e não aceitava outra forma de intervenção que não a dele próprio. Condenava e julgava utilizando seus próprios recursos e tinha por si só um caráter terapêutico. Foucault (1978) relata casos, citados por Pinel, cujo objetivo era o de dar mostras do êxito de seu tratamento moral. Os aspectos ressaltados eram resultados de docilidade, submissão, vergonha, culpa e humilhação produzidos no paciente.

O médico surgiu como personagem essencial do asilo comandando e decidindo tudo. A partir de então, o asilo tornou-se o lugar natural do ‘tratamento’ da loucura. Entretanto, ainda “não é como cientista que o *homo medicus* tem autoridade no asilo, mas como sábio. Se a profissão médica é requisitada, é como garantia jurídica e moral, e não sob o título da ciência..” (FOUCAULT, 1978, p. 497). Para o autor, ao se apropriar da loucura, o psiquiatra o faz não por que a conhecia, mas por que a dominava. Historicamente, o psiquiatra passou a representar a figura de um grande tutor, pai, juiz, ou mesmo da própria lei.

Por isso, Foucault (1978) foi rigoroso ao criticar o asilo e as práticas ditas terapêuticas que ali se davam. Para ele, apesar da importante contribuição de Pinel para a consolidação da clínica da psiquiatria clássica, através de suas descrições nosológicas, o asilo estava longe de ser um lugar de ciência. O que se dava ali eram práticas morais e de caráter jurídico. Mais tarde, este será o cenário que favorecerá uma aliança entre a psiquiatria e o Direito, em que o louco surgirá em seu estatuto de periculosidade.

O asilo da era positivista, por cuja fundação se glorifica a Pinel, não é um livre

domínio de observação, de diagnóstico e de terapêutica; é um espaço jurídico onde se é acusado, julgado e condenado e do qual só se consegue a libertação pela versão desse processo nas profundezas psicológicas, isto é, pelo arrependimento. A loucura será punida no asilo, mesmo que seja inocentada fora dele. Por muito tempo, e pelo menos até nossos dias, permanecerá aprisionada num mundo moral. (FOUCAULT, 1978, p. 496).

Para Foucault (1978), o ato de Pinel instituiu uma nova forma de aprisionamento, acobertada pela figura ‘libertadora’ do médico. Enquanto todas as figuras do Grande Internamento desligavam-se do asilo, a loucura era nele aprisionada como sendo seu lugar natural pelos mais de 200 anos que se sucederam.

É entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá – não nos esqueçamos – que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por os terem ‘libertado’. A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural. (FOUCAULT, 1978, p. 48).

### **2.1.2. Fundamentos da clínica psiquiátrica.**

Em seu texto ‘Sobre o nascimento e os fundamentos da clínica’, Barreto (1999) faz um percurso histórico interessante que traça as bases de sustentação e assinala as principais questões surgidas na construção da psiquiatria clássica.

Com o advento da sociedade burguesa, novos valores passaram a ser cultivados. As características estática e teocêntrica da sociedade medieval deixaram de existir, dando lugar à prática científica sistematizada. Na visão de Foucault (1978), a desobediência às práticas religiosas e o desrespeito à lei somavam-se à esta primeira configurando-se como as três grandes faltas condenadas pela sociedade burguesa da época. Eram considerados atentados graves e imperdoáveis aos valores morais vigentes. Nesse contexto, restava à loucura um

lugar externo. A impossibilidade de se inscrever no mundo do trabalho com toda a sua lógica produtiva identificava o louco ao ócio e à preguiça.

O racionalismo cartesiano, inaugurado com Descartes, derrubara o império da fé e erguera a possibilidade do estabelecimento da razão. O conhecimento devia ser apreendido através da experiência das coisas passíveis de comprovação empírica. Era consolidação da epistemologia positivista. O cogito cartesiano ‘penso, logo existo’, excluía a loucura do registro racional.

A medicina da época foi profundamente influenciada por esse contexto. Já na psiquiatria, Philippe Pinel foi o ponto de partida. Conhecido como o pai da psiquiatria, Pinel foi considerado por Foucault (1978) em *A história da Loucura* como sendo um grande moralista. Mas em *O Nascimento da Clínica* (1987), o mesmo faz surgir Pinel como um teórico importante da Medicina.

Nesse sentido, Barreto (1999) também ressaltou as contribuições clínicas de Pinel, considerado-o o principal criador dos fundamentos da clínica psiquiátrica por tê-la estruturado como experiência, método e linguagem. Segundo ele, Pinel foi profundamente influenciado pelo método de análise de Condillac. Etienne Bonnot Condillac (1800), filósofo francês do século XVIII, foi considerado por muitos o responsável pela formulação das bases da filosofia francesa iluminista. Influenciado pelos estudos de correntes, fundadas na experiência e na oposição à metafísica. Para ele, a linguagem deveria ser entendida como a mais avançada etapa no processo cognitivo. Para que a sensação constituísse uma idéia, um conteúdo de conhecimento, seria necessário que aquela se ligasse a esta através de signos ou símbolos. As idéias seriam derivadas das sensações que, por sua vez, teriam na palavra sua expressão material. A linguagem seria entendida como um conjunto sistematizado de signos e símbolos cujos termos não poderiam ser arbitrários, ou seja, deveria ser simples, possuir capacidade analítica e exatidão matemática. Assim, seria possível a construção de sistemas perfeitos de

linguagem que contribuiriam para a construção de uma ciência perfeita. Dessa forma, também seria necessário que, através da percepção e das sensações, houvesse uma correspondência entre os signos e os fenômenos empíricos. A apreensão total do objeto era considerada pelo empirismo uma tarefa impossível.

De acordo com Barreto (1999), teria sido a partir desses elementos que Pinel construiu seu método clínico. Agrupou os fenômenos percebidos e classificou-os em função de suas semelhanças e diferenças. Extraiu deles classe, gênero e espécie. Tais categorias ganharam nomes bem definidos no discurso da ciência, distinguindo-os e distanciando-os da linguagem do senso comum. Outro aspecto importante e bastante valorizado, nesse método, foi o viés no qual a subjetividade do pesquisador poderia contaminar o processo. Nesse ponto, o método clínico de Pinel aproximou-se do Positivismo Comtiano. Nele, o homem jamais poderia conhecer totalmente a realidade, mas, sim, apenas uma parte dela o que já lhe seria suficiente.

Outro importante nome que surge nesse período é o do jovem médico Xavier Bichat Segundo Barreto (1999), ele aprendeu e conheceu muito da obra de Pinel, mas distanciou-se dele ao formular o método anátomo patológico que logo se tornaria o modelo ideal de investigação da medicina científica. Para Foucault (1987), é a partir de Bichat que a doença passa a estabelecer estreita relação com a morte, por que, a partir daí, pode ser dissecada, estudada e lida.

No entanto, apesar da Medicina iniciar sua consolidação a partir do método anátomo patológico, de acordo com Barreto (1999), a posição pineliana foi a de permanecer fiel a seu método até o final de sua vida. Manteve-se ligado às concepções nominalistas de Condillac e afirmou que as febres e as neuroses (entre elas estava a loucura), nada tinham de bases orgânicas. Adotou uma posição funcionalista radical. Se na Medicina as concepções nominalistas eram discriminadas, na psiquiatria clássica eram necessárias e indispensáveis.

Constituiu-se assim, o método clássico da clínica psiquiátrica, ou seja, de postulação

funcionalista, privilegiando o olhar e a descrição fenomenológica. Dessa forma, entre o campo da Medicina e o da psiquiatria, houve importantes semelhanças, mas também, profundas diferenças. A psiquiatria clássica, como postulou Barreto (1999), pode ser compreendida da seguinte forma: 1) A hipótese funcionalista de Pinel, datada do início do século XIX que se baseava na idéia de que a loucura era curável, contrariava a crença de sua época. Para ele tratava-se apenas de uma disfunção no sistema nervoso central. A lesão cerebral poderia ou não estar presente, era contingencial. 2) A hipótese dualista de Georget e Baillarger, discípulos de Esquirol, outro importante psiquiatra funcionalista da época, desenvolvia a idéia de que a doença mental tanto poderia decorrer de distúrbios funcionais quanto de dano cerebral. 3) Influenciado pela descoberta anatomista de Bayle que constatava na paralisia geral uma causa orgânica, a hipótese generalista de Griesinger, de meados do século XIX afirmava que toda doença mental possuía causa orgânica. Em decorrência dessa hipótese, classificaram-se, então, as doenças entre aquelas de substrato anátomo patológico comprovado e aquelas de substrato anátomo patológico a comprovar. 4) A hipótese dualista do psiquiatra francês Charcot, no final do século XIX, apontava, a partir dos sintomas histéricos, que esses poderiam ser produzidos ou suprimidos pela influência sugestiva de um indivíduo sobre o outro, o que reforçava a hipótese de Pinel de que as doenças nervosas eram autônomas, funcionais e sem traços lesionais.

A psicanálise teve grande importância para a psicopatologia clássica. Importantes patologias como as psicoses e as neuroses foram ganhando um rigoroso corpo teórico e possibilidades clínicas de intervenção através da linguagem. A psicanálise passou a ser conhecida, nesse âmbito, por ter dado palavra àqueles que foram silenciados. Mas, a psiquiatria moderna, localizada a partir do início do século XX, foi marcada mesmo, como vemos em Bercherie (1980), pela via biologicista. No decorrer desse século, a psicofarmacologia se desenvolveu significativamente sustentada, sobretudo, pela antiga

esperança de que, ainda, seriam encontradas causas orgânicas para as doenças mentais. Em contrapartida, a clínica rigorosa e sistemática da psiquiatria clássica foi enfraquecida. A produção e a sistematização de novas categorias nosológicas encontraram um momento de estagnação. “O resultado conjunto dos impasses da clínica, da urgência doutrinária e das perspectivas do pragmatismo terapêutico foi fazer com que a clínica desaparecesse lentamente – primeiro seu espírito, depois, seu conteúdo” (BERCHERIE, 1980, p. 317).

Hoje em dia, atrela-se à prática psiquiátrica biologicista um modelo descritivo. Trata-se cada vez mais de uma prática classificatória e padronizada, orientada pelos manuais do DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística de Desordens Mentais<sup>3</sup>, ou mesmo do CID-10, Código Internacional de Doenças. A metodologia do código e do manual se dá pela associação dos elementos, descritos, previamente, e observados nos pacientes. Para alguns autores especialmente de orientação psicanalítica, ao buscar objetivar a dimensão da patologia mental, essa prática tende a desprivilegiar o aspecto subjetivo.

## **2.2. TRÊS ASPECTOS RELEVANTES PARA A COMPOSIÇÃO DO CAMPO PÚBLICO DA SAÚDE MENTAL.**

### **2.2.1. Políticas públicas de saúde mental no Brasil: princípios doutrinários e ideais políticos.**

#### ***2.2.1.1. Principais influências americanas e européias.***

---

<sup>3</sup> Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders.

O campo de atuação, conhecido por saúde mental, tem conhecido um processo de institucionalização<sup>4</sup> e, também, de transformação que envolve aspectos políticos, sociais e clínicos. Trata-se de um movimento, ocorrido em diversos países, cujo objetivo foi e ainda tem sido o de criar novos lugares para a loucura nos espaços das cidades e no imaginário social. A dimensão da tutela e do cuidado que sempre estiveram presentes na história e na origem da vocação psiquiátrica, como nos lembra Delgado (1992), vem passando, ao longo de alguns anos, pela implantação de políticas públicas atreladas a uma perspectiva de cidadania e de humanização.

Para autores como Amarante (1995) o início da reforma psiquiátrica teria se dado na Europa com o advento da segunda grande guerra. Desviat (1999) também compartilha esta posição e localiza a primeira experiência da reforma psiquiátrica em torno de 1940, na França. Neste período, que coincidiu com a ocupação alemã, Tosquelles, um então exilado espanhol, implementou uma ampla e significativa mudança na organização do manicômio de Sant-Alban. Os desdobramentos desse fato ecoaram de diferentes formas em diversos países, mas em todos eles, um mais outro menos, buscou-se criar, entre outros aspectos, melhores condições de assistência ao louco e sua inserção social. As denúncias de pacientes amontoados, sem condições de higiene, com graves comorbidades clínicas (doenças respiratórias, cardíacas, lepra, micoses, infecções de toda ordem.), as mortes sem causa aparente, o sumiço de cadáveres, entre outros aspectos, compunham o contexto que caracterizava a maneira pela qual o manicômio cumpria sua secular função social de cuidar, tratar e proteger.

O consenso na ineficácia do modelo asilar, tal como vinha existindo, e o

---

<sup>4</sup> Ver BAREMBLITT, Gregório, 1996.

questionamento dos métodos ali praticados levou diversos países a empreender a reforma psiquiátrica no âmbito de seus territórios. A experiência da Inglaterra, de acordo com Desviat (1999), se deu através de Bion e Maxwell Jones que criaram as primeiras comunidades terapêuticas. A nova prática consistia em transformar o hospital num espaço humanizado em que todos, funcionários e pacientes, pudessem participar, decidindo coletivamente sobre as questões. Tratava-se de uma reforma no interior do espaço hospitalar. E essa foi a maior crítica que esse modelo sofreu por ser entendido como uma forma de fortalecer as chamadas instituições totais. Ao investir no interior do hospital, cultivava-se a idéia de que ele pudesse bastar ao interno, ou seja, que tudo o que ele precisasse, pudesse ser encontrado dentro do hospital, agora, humanizado. Para Desviat (1999), no modelo da comunidade terapêutica não houve propostas de mudanças no entorno da instituição, mas, ao contrário, essa se fechou em si mesma. A questão também se configura, para o autor, através de sua afirmação de que a “psiquiatria institucional (...) é, sem dúvida, a tentativa mais rigorosa de salvar o manicômio” (DESVIAT, 1999, p. 25).

Nos Estados Unidos a psiquiatria comunitária norte-americana se desenvolveu com ênfase na idéia da prevenção da doença mental, tendo como um de seus expressivos desdobramentos a psiquiatrização da vida cotidiana o que provocou uma banalização diagnóstica. Qualquer sinal mais incomum podia ser considerado sintoma de um futuro adoecimento psíquico, portanto deveria sofrer algum tipo de intervenção técnica para se evitar seu desenvolvimento. A idéia de se prevenir a doença mental, logo tornou-se uma grande fonte de produção de mais adoecimento. Os ambulatórios dos serviços públicos ficaram abarrotados de donas de casa deprimidas, de crianças que não aprendiam, de casos de alcoolismo, de jovens que experimentaram algum tipo de droga. Mas os loucos, esses, ou não eram assistidos, ou, então, eram enviados aos manicômios como sendo considerados casos já cronificados e que, por isso, não justificavam mais nenhum outro

tipo de intervenção.

Na Itália, Franco Basaglia deu início ao modelo mais radical e paradigmático do movimento da reforma psiquiátrica no contexto internacional. Essa foi a experiência que mais influenciou os rumos da reforma psiquiátrica brasileira. Em 1961, no cargo de diretor do manicômio de Gorizia, Basaglia iniciou uma ampla mudança. Inicialmente, transformou o hospital em uma comunidade terapêutica. Certo de que esse modelo traria importantes limitações, empreendeu, obstinadamente, um segundo momento: devolver o doente mental à sociedade e desarticular o aparato custodial do manicômio. A chamada Psiquiatria Democrática italiana reconhecia o hospital psiquiátrico como uma ameaça real à dignidade e aos direitos humanos. Considerava a instituição totalmente ineficaz do ponto de vista clínico e um perigoso foco de produção da violência institucional cujo resultado era o aniquilamento da subjetividade humana. Segundo Desviat (1999), na experiência italiana, técnicas inovadoras do tipo institucional serviriam apenas de camuflagem para a exclusão e a violência institucional, cultivadas dentro do manicômio. A importância do modelo italiano está no fato de que, de forma incisiva, essa experiência marcava, pela primeira vez na história, uma prática psiquiátrica que “(...) converteu-se numa ação política” (DESVIAT, 1999, p. 44), efetivamente política.

O projeto da experiência brasileira seria profundamente marcado pelo exemplo italiano.

#### ***2.2.1.2. Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica Brasileira: aproximações e divergências.***

A reforma psiquiátrica brasileira é contemporânea à reforma sanitária brasileira, é o que nos diz Delgado (1992). Durante um importante período ambas caminharam lado a lado em seus objetivos e ações norteadoras.

A reforma sanitária brasileira imprimiu grandes e importantes mudanças na organização de toda a saúde pública no país que, já nos governos militares caracterizava-se por uma assistência seletiva e elitista. Seletiva porque apenas os trabalhadores que possuíam carteira profissional assinada e que, portanto, pagavam o Instituto de Previdência Social, tinham o direito de utilizar o sistema de saúde, oferecido pelo governo. E elitista porque os verdadeiros beneficiados nesse sistema foram os proprietários de instituições privadas e não a população. Já na década de 60, como afirmou Amarante (1995), o sistema público de saúde do país definia-se por um viés notadamente privatizante, curativo e assistencialista. Enfatizava-se a realização de convênios e contratos de serviços com o setor privado sob a justificativa de que a adoção dessa política traria mais qualidade de atendimento à população. No entanto, o que se via era sua total desassistência.

Os desdobramentos desse modelo de política pública, que desvalorizava a si própria e a seus trabalhadores, fortaleciam o setor privado em termos de recursos financeiros e consolidavam uma saúde pública cada vez mais precária, sucateada e pouco resolutive.

Nesse sentido, Amarante (1995) apontou o déficit que os cofres da União vinham sofrendo através da pressão que o setor privado exercia sobre o governo.

Ao pressionar o governo, o projeto de privatização postulado pela FBH (Federação Brasileira dos Hospitais), tem como intuito captar grande parte dos recursos do Fundo de Apoio Social, FAS, que seria o grande financiador da construção e ampliação dos hospitais da rede privada. Não bastasse a solicitação dos recursos estes teriam as seguintes condições: carência mínima de três anos, prazo de amortização de 120 prestações e juros de no máximo 8% ao ano, sem correção monetária, mas as reivindicações da FBH não ficam por aí: há ainda, por exemplo, a do credenciamento automático, pelo INPS aos hospitais contratados, dentre outras reivindicações, que revelam o caráter predominantemente lucrativo do setor privado na prestação de serviços assistenciais. (AMARANTE, 1995, p. 60).

O campo da saúde mental constituía-se como um dos mais lucrativos para o setor privado, devido ao constante aumento de internações e reinternações de longa duração.

Em 1967, houve uma mudança na administração pública. O Ministério da Saúde ganharia mais autonomia de gestão em detrimento da Previdência Social. No entanto, segundo o autor, neste mesmo ano o orçamento para a assistência à saúde pública foi apenas de 3,44% do orçamento da União e, em 1974, chegou à assustadora cifra de 0,90%, deixando claro o insignificante nível de investimento em saúde pública do, então, governo.

O fim da década de 70 ficou marcado como um dos períodos mais efervescentes da história política de nosso país; isso em função da grande mobilização popular que se organizava pelo fim do regime militar e de tudo o que ele significava. Novos ventos sopravam nos diversos setores da sociedade, levando ideais de liberdade, de igualdade e de justiça social. Um novo projeto político democrático se consolidava.

O atual modelo de saúde pública, existente no país, ou seja, o SUS - Sistema Único de Saúde, teve sua fase embrionária nesse contexto. Como não poderia ser diferente, essa incidência também soube se manifestar de forma decisiva no campo da saúde mental, o que foi fundamental para Amarante (1995) apontar este como sendo o primeiro momento do processo da reforma psiquiátrica brasileira.

O autor começa destacando certas mobilizações de trabalhadores que já vinham conquistando respeito e importância para a sociedade. Com o intuito de discutir a prática profissional dos trabalhadores e de fortalecer a promoção de uma nova lógica de assistência pública, criou-se, em 1976, o CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e o REME - Movimento de Renovação Médica. Em 1978, o CEBES e o REME se fortaleceram passando a ter mais visibilidade no contexto social e político. Ambos constituíram importantes espaços de discussão e de construção das bases políticas das reformas sanitária e psiquiátrica do Brasil.

O ano de 1978 foi marcado, ainda, pelo surgimento de um outro movimento importante organizado por trabalhadores, a saber, o MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Além dele, ocorreram também outros importantes movimentos sociais e políticos que detonaram o início de uma série de mudanças no contexto público da assistência psiquiátrica nacional, o que para Amarante (1995) fazia deste ano um dos marcos mais importantes dentro do processo que se desenvolvia.

O Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, o MTSM, conquistou, nesse período, muito prestígio junto à sociedade, atuando, principalmente, no sentido de levar ao conhecimento público as denúncias de torturas, mortes e corrupções presentes no sistema nacional de assistência psiquiátrica. Nesse cenário, Amarante (1995) também destaca a crise do DINSAM, Divisão Nacional de Saúde Mental, como outro marco importante. A crise consistiu em um movimento, iniciado por parte de alguns médicos bolsistas, através da realização de graves denúncias e importantes reivindicações. Esse movimento ganhou o apoio dos profissionais dos outros quatro hospitais pertencentes ao DINSAM, no Estado do Rio de Janeiro, além do apoio do REME e do CEBES. Nesse momento, escancarou-se, para a sociedade, a forma como o Estado administrava a assistência aos doentes mentais, assim como a violência praticada nas diversas instituições psiquiátricas, exercidas não só nos os pacientes, mas também em presos políticos.

No caso dos hospitais do DINSAM, por exemplo, que nos tempos do regime militar foram utilizados para a tortura e o 'desaparecimento' de presos políticos, e instrumentalizados para servir às empresas da loucura, existiram sérias intervenções, marcando decisivamente aqueles que delas foram objeto. (AMARANTE, 1995, p. 95).

Para o autor, pode-se afirmar que, durante o regime militar brasileiro, a psiquiatria foi utilizada como instrumento de controle social a serviço do governo, o que também contribuiu para o questionamento do uso e da função social das práticas médico

psiquiátricas e psicológico. Destaca-se, também, que foi justamente neste período que as obras como as do filósofo francês Michel Foucault, assim como a experiência de assistência psiquiátrica, liderada pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, ganharam ressonância no Brasil. Aliado ao momento histórico e político pelo qual o país vinha passando, de redemocratização, de resgate da cidadania e de valorização dos ideais de liberdade, a tradição italiana foi, aos poucos, enraizando o tema da cidadania do louco no cenário e na cultura brasileiras.

Se quisermos tomar um núcleo discursivo em que tal problemática é mais nitidamente evidenciada, podemos valer-nos das experiências brasileiras que afirmam sua filiação à recente tradição italiana. No Brasil, embora com diferenças notáveis, a introdução de práticas que afirmavam uma ‘interlocação’ com a experiência da Psiquiatria Democrática iniciou-se no final dos anos 70 e começo dos 80, para tornar-se mais enfática, posto localizadamente, nos últimos 5 anos. O ‘problema’ da cidadania do louco, embora central nessa tradição basagliana, não é exclusivo dela, e deve ser igualmente atribuído à conjuntura brasileira de redemocratização e redefinição constitucional. (DELGADO, 1992, p. 16-17).

O segundo momento da Reforma Psiquiátrica, proposto por Amarante (1995), foi aquele que se chamou de trajetória sanitarista e que se iniciou a partir dos primeiros anos da década de 80. Os ideais surgidos com o fim da ditadura e o início da Nova República fizeram com que o movimento sanitário se confundisse com o próprio Estado. A eleição de Tancredo Neves, primeiro governo civil desde a ditadura militar que vigorava no país desde 1964, foi um marco na alavancada da construção de um projeto político, popular e democrático.

No âmbito da gestão pública, Amarante (1995) lembra que em 1985 acontecia uma co-gestão entre o Ministério da Saúde e o da Assistência e Previdência Social. Um dos desdobramentos produzidos pela co-gestão foi a criação das chamadas Ações Integradas de Saúde, que consistiram nos chamados SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde que, de certa forma, refletiam as novas diretrizes propostas no cenário internacional

pela Organização Panamericana de Saúde. Essa ressaltava os princípios da universalização, da regionalização, da hierarquização, da participação comunitária, da integralidade e da equidade. O projeto da reforma sanitária brasileira assimilou todas essas diretrizes, adotando os moldes de uma medicina de base comunitária, preventiva e com o enfoque na atenção primária<sup>5</sup>.

Importantes lideranças do MTSM passam a ocupar cargos públicos estratégicos, no sentido de forçar o início das mudanças políticas almejadas. Em 1986, é realizado a 8ª Conferência Nacional de Saúde, evento marcado por importantes fatos e desdobramentos, que fizeram avançar a reforma sanitária brasileira. Antes reservado aos burocratas do setor, ou seja, ao governo e proprietários de instituições privadas, desta vez contou com a participação de representantes da sociedade civil. Outro importante desdobramento foi a decisão de se realizar a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Amarante (1995) lembra que, apesar disso, essa deliberação não encontrou ressonância junto aos dirigentes do DINSAM que contavam, também, com o apoio de lideranças da ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria.

No entanto, mesmo contra a vontade da DINSAM, os membros do MTSM mobilizaram a criação de conferências municipais que culminaram, em 1987, na I Conferência Nacional de Saúde Mental. A DINSAM, órgão gestor da saúde mental no âmbito público, insistiu em adotar, para a organização do evento, o modelo de um Congresso, ou seja, deveria contar apenas com a presença de técnicos, principalmente psiquiatras. Além disso, antes mesmo de sua realização instituiu uma comissão redatora, não previu a criação de grupos de discussão e nem a participação de usuários do sistema e seus familiares, como delegados. Essa atitude feria as decisões da VIII Conferência

---

<sup>5</sup> Atenção primária é o primeiro dos três níveis organizadores das ações sanitárias de saúde pública. Consiste no atendimento caracterizado pelas ações básicas de saúde e é considerada a porta de entrada no sistema. É na atenção básica que se acredita poder intervir para deslocar o enfoque da doença para o novo objetivo que passa a ser o da promoção da saúde. Ver ABC do SUS, publicação do Ministério da Saúde de 1990.

Nacional de Saúde e, justamente por isso, foram rejeitadas pela assembléia presente ao local, mobilizada pelos militantes do MTSM.

Durante a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, chegava, do cenário internacional, informações que davam notícias da morte do psiquiatra italiano Franco Basaglia, um dos principais expoentes de um modelo assistencial que se enraizava na construção do novo projeto de saúde mental brasileiro. Contudo, a morte de Basaglia, não enfraqueceu o movimento da reforma, mas, ao contrário, parece ter dado-lhe fôlego. Nesse mesmo ano de 1987, realizou-se, também, o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru. Foi desse encontro que, segundo Amarante (1995), nasceu o tão conhecido lema “por uma sociedade sem manicômios” que marcaria o viés adotado pela reforma psiquiátrica brasileira, ou seja, a substituição do modelo asilar por outro que o substituísse buscando prescindir do aparato manicomial.

Mas foi em 1988, com a promulgação da Nova Constituição Brasileira que as ações de saúde ganharam relevância na gestão pública. A partir de então, na Constituição da República, no art 196, a saúde passa a ser “(...) direito de todos e dever do Estado”. (BRASIL, 1988, p.136).

A realidade da assistência pública em saúde, no Brasil, foi descrita da seguinte forma:

- Um quadro de doenças de todos os tipos condicionados pelo tipo de desenvolvimento social e econômico do país e que o sistema de saúde não conseguia enfrentar com decisão;
- completa irracionalidade e desintegração das unidades de saúde, com sobre-oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros;
- excessiva centralização implicando, por vezes, impropriedade das decisões, pela distância dos locais onde ocorrem os problemas;
- recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades de atendimento e em comparação com outros países;
- desperdício dos recursos alocados para a saúde, estimado nacionalmente em pelo menos 30%;
- baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e nas regiões mais carentes;
- falta de definição clara das competências dos vários órgãos e instâncias político-administrativo do sistema, acarretando fragmentação do processo decisório e

descompromisso com as ações de sua responsabilidade;

- desempenho descoordenado dos órgãos públicos e privados conveniados e contratados, acarretando conflito entre os setores público e privado, superposição de ações, desperdícios de recursos e mau atendimento à população;
  - insatisfação dos profissionais da área da saúde que vêm sofrendo as conseqüências da ausência de uma política de recursos humanos justa e coerente;
  - baixa qualidade dos serviços oferecidos em termos de equipamentos e serviços profissionais;
  - ausência de critérios e de transparência dos gastos públicos bem como de participação da população na formulação e gestão das políticas de saúde;
  - falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços;
  - imensa preocupação e insatisfação da população com o atendimento à sua saúde.
- (ABC DO SUS, 1990, pág 7-8).

A nova lógica assistencial que nascia com o SUS propunha um conceito mais abrangente de saúde que englobasse fatores condicionantes do meio físico (geográfico, saneamento básico, alimentação e habitação), do meio sócio-econômico e cultural (renda, educação, profissão), assim como que oportunizasse o acesso aos serviços prestados visando à promoção, à proteção e à recuperação da saúde. Por isso, o SUS teria uma nova lógica de organização. Seria estruturado segundo uma rede de serviços regionalizados, hierarquizados e descentralizados, a partir de uma direção única em cada esfera de governo, municipal, estadual e federal, contando, ainda, com o controle e a participação paritária da população. Os serviços particulares passariam a fazer parte do sistema como complementares a este, ou seja, só se poderia recorrer a eles em caso de insuficiência do sistema público.

Dentre alguns de seus princípios está o da universalidade que preconiza o direito de todo e qualquer cidadão brasileiro, esteja ele em qualquer parte do território nacional, de os serviços e as ações públicas de saúde sempre que a ele se fizerem necessários. Também há o da equidade que implica o sistema organizar-se para atender a cada usuário em sua individualidade, ou seja, atender a diferença de forma diferente. A hierarquização consiste em oferecer níveis de complexidade assistencial crescente, de acordo com a demanda e as condições de cada região, garantindo sempre, em cada município, mesmo que minimamente, uma rede de atenção básica. Por integralidade, entende-se que “(...) toda pessoa é um todo

indivisível; (...) o homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido (...) por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde”. (ABC do SUS, 1990, p. 10). O acesso ao serviço pode ser entendido como a eliminação das barreiras burocráticas que por ventura impeçam o usuário de utilizar o mesmo. A resolutividade é a capacidade do serviço, quando solicitada pelo usuário, a ter sua demanda atendida ou encaminhada a quem de fato possa fazê-lo. A descentralização refere-se à redistribuição das responsabilidades entre os vários níveis de gestão do sistema público de saúde e da idéia de que quanto mais próximo do usuário estiver o serviço e suas ações, mais chances de acerto haverá e mais responsáveis os municípios serão para com seus munícipes. Em relação à participação dos usuários, os conselhos de saúde e as conferências de saúde são as instâncias garantidas em lei para a participação dos mesmos nos rumos da construção do SUS.

A reforma psiquiátrica brasileira e suas pretensões de reinscrever a história da assistência pública em saúde mental, no país, se alojaram dentro da lógica do SUS, adotando seus princípios doutrinários. Enquanto a reforma sanitária mantinha seu foco nos aspectos operacionais do setor saúde, a reforma psiquiátrica enfatizava a assistência e empregava os ideais de inclusão social que seriam o carro chefe de suas ações.

Isso também marcaria, para Amarante (1995), o fim deste período e o início de um novo momento que ele próprio chamou de trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção. Neste terceiro momento, de desconstruir e inventar, a tarefa se destinou a construir algo novo, ou seja, uma outra opção para a assistência em saúde mental que se baseasse numa lógica humanitária e voltada para a cidadania.

Paralelamente ao afastamento daquelas lideranças, existiu a produção de novas culturas, o estabelecimento de uma nova ética, de novas formas de pensar, trabalhar e lidar com os pacientes e com as instituições. (AMARANTE, 1995, p. 96).

Foi o momento em que, para o autor, o movimento da reforma psiquiátrica reencontrou suas origens e se distinguiu, definitivamente, da reforma sanitária. O movimento sanitário envolvia-se com a necessidade de se criar parâmetros epidemiológicos de demonstrar a necessidade de se investir em planejamento e gestão pública, no levantamento de dados numéricos, populacionais, da criação de mecanismos de medição e de padrões de atendimento. O autor parece que criticava a reforma sanitária ao dizer que, nesse processo, como ela se definia por sua função de planejamento, ignorava a Medicina como instituição social de controle e de normatização. Isso por que a reforma psiquiátrica, segundo ele, sempre foi entendida como um espaço aberto de constante discussão da institucionalização da doença e do sujeito<sup>6</sup> da doença.

Para Amarante (1995), este período da reforma psiquiátrica brasileira deve ser entendido como um momento de abertura do interior dos espaços institucionais, ou seja, é a influência italiana que se fazia presente. A reforma psiquiátrica brasileira foi considerada por Desviat como “a psiquiatria coletiva do Brasil” (DESVIAT, 1999, p. 135), o que dá a exata dimensão do traço que marca a experiência brasileira.

Em 1990, foi escrita a Declaração de Caracas. Sua relevância, segundo o Ministério da Saúde (2004), está no marco que representou para o projeto de assistência em saúde mental que se pretendeu para as Américas. Em seu texto, as organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas ali reunidos, concordaram que o modelo, centrado no hospital psiquiátrico, não era resolutivo e

---

<sup>6</sup> SUJEITO: termo corrente em filosofia, psicologia e lógica. É empregado para designar ora um indivíduo, como alguém que é simultaneamente observador dos outros e observado por eles, ora uma instância com a qual é relacionado um predicado ou um atributo. Em psicanálise, Sigmund Freud empregou o termo, mas somente Jacques Lacan entre 1950 e 1965, conceituou a noção lógica e filosófica do sujeito no âmbito de sua teoria do significante, transformando o sujeito da consciência num sujeito do inconsciente, da ciência e do desejo. (ROUDNESCO, 1998, p. 742).

Ver também LACAN, Jacques. Subversão do Sujeito e Dialética do Desejo no Inconsciente Freudiano, In Escritos, 1998, p.807 – 842.

apontaram, como alternativa, um modelo de atendimento comunitário, descentralizado, participativo, universal e preventivo. Consideraram, entre outros aspectos, que o atendimento primário da saúde seria a estratégia adotada pela OMS, Organização Mundial de Saúde, e pela OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde e referendada pelos países membros para que alcançassem como meta, uma saúde para todos. Declararam, por fim, entre outros aspectos, que era necessário rever, criticamente, o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico.

Instituições de formação tradicionalmente reconhecidas, como a FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz, a UERJ, Universidade Estadual do Rio de Janeiro e a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais se inseriram nesse processo como importantes parceiros na formação de profissionais e no estímulo a pesquisas.

O momento atual da reforma psiquiátrica brasileira se volta para sua efetiva implementação. Tem sido formalizada uma política assistencial em saúde mental para crianças e adolescentes, assim como para dependentes de álcool e de outras drogas. No âmbito da legislação, diversas edições de publicações em saúde mental do Ministério da Saúde (2004), dão notícias de um aumento significativo nas produções de leis para esse campo. Até o ano de 2004, foram 4 (quatro) Legislações Federais, 8 (oito) Legislações Estaduais, 39 (trinta e nove) Portarias Ministeriais, 3 (três) Resoluções e Recomendações do Conselho Nacional de Saúde e 2 (duas) Deliberações de Interiores Bipartite<sup>7</sup>.

Dentre elas, talvez a mais importante tenha sido a Lei Federal 10.216/2001 (BRASIL b, 2004) conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Sancionada após doze anos de tramitação, significou, entre outros aspectos, a entrada definitiva da saúde mental no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil. Ela:

---

<sup>7</sup> O termo corresponde à reunião de gestores do SUS em nível municipal e estadual.

(...) reflete o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil. (...). A lei redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta o cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária. (BRASIL, 2004d, pág 20).

Esses aspectos são reflexos da tentativa de traçar um novo desenho para o âmbito público da saúde mental, através dos recursos e instrumentos que o campo das políticas conhece: a normatização e a universalização das ações.

### **2.2.2 A edificação da instituição psiquiátrica: da lógica manicomial aos serviços substitutivos.**

A chamada lógica manicomial permeia toda a sociedade se instalando, sorrateiramente, em todas as suas instituições. No entanto, nas chamadas instituições totais, ela parece ganhar forma e visibilidade. As instituições totais são, geralmente, caracterizadas por suas grandiosidades, por seus modelos totalitários e centralizadores e pela capacidade que possuem de anular a subjetividade do sujeito, objeto de sua intervenção. Situam-se, portanto, numa posição contrária a qualquer descentralização de poder, seja ele de saber ou de força. São exemplos destas instituições os chamados manicômios e as antigas FEBEMs, Fundação do Bem Estar do Menor.

A historiadora Rizzini (2003) descreveu um quadro referente à assistência à infância e à adolescência, no Brasil, que muito se assemelha à situação encontrada na saúde mental, situação esta que justificou a Reforma Psiquiátrica. Ela relata que a presença por longos anos, de regimes políticos totalitários contribuiu para que o Brasil optasse, desde muito cedo, por políticas públicas centralizadoras e práticas de institucionalização.

Nesse âmbito, as práticas de internação eram reconhecidas como estratégias para a manutenção da chamada ordem pública. A marca dessa prática estava na presença de castigos e torturas, assim como na indefinição do tempo de duração das internações. Todo este conjunto de ações refletia o poder tutelar do Estado, sendo exercido, nitidamente, sobre os menos favorecidos economicamente, ou sobre aqueles que, por diversos motivos, não se enquadravam nos padrões sociais cultivados. Assim como na saúde mental, esse campo também conheceu projetos de reforma, se assim podemos dizer.

Como nos lembra Delgado (1992), o cuidado e a tutela estiveram presentes tanto na origem quanto na história da assistência psiquiátrica, o que traz certos riscos. A dimensão do cuidado é algo que parece ser inerente ao campo da saúde mental inclusive merecendo grande destaque da reforma psiquiátrica. “Como operar diante dos portadores de grave sofrimento mental em seus momentos de crise? Essa operação, sem dúvida alguma, requer cuidado – e, a partir daí, esta clínica que defendemos se constrói” (LOBOSQUE, 2003, p. 20). Mas o risco que corre a dimensão do cuidado é o de cair num puro assistencialismo que beire a caridade e ou dar à tutela a roupagem do domínio e do exercício de poder.

Com a edificação dos manicômios ou das chamadas instituições totais, considerados por muitos como sendo grandes elefantes brancos, operou-se, na história recente brasileira, a tendência pela desinstitucionalização e a conseqüente extinção gradativa do aparato hospitalocêntrico. A opção adotada pelo reforma psiquiátrica brasileira foi o modelo de serviços abertos, descentralizados e de base territorial para substituir os hospitais psiquiátricos. Estes serviços são os chamados CAPS, Centros de Atenção Psicossocial, NAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial ou CERSAMs, Centros de Referência em Saúde Mental.

As instituições são elementos fundamentais para a sociedade. Caminharam lado a lado com a origem da humanidade. Há milênios transmitem ao longo dos tempos um

conjunto de valores, idéias e crenças que refletem a forma e o rosto da cultura. Isso por que são nelas que nossas leis se alojam para serem executadas e se transformarem em ações. Elas se entrelaçam na sociedade e possuem uma função. As instituições, segundo Baremblytt (1996), são sistemas lógicos que regulam a atividade humana. Esses sistemas podem ser formalizados através de leis, normas transmitidas de forma discursiva, oral ou escrita, ou, ainda, através de costumes. Possuem, de acordo com o autor, um caráter universal e indispensável à sociedade. Nesse contexto teórico são exemplos de instituição a educação, a religião, a justiça, ou mesmo a família. As organizações, ou estabelecimentos são conceituados como formas concretas de materializar as instituições. Por isso, é comum referir-se à psiquiatria como uma instituição.

As instituições psiquiátricas surgem na medida em que a loucura ganha o estatuto de doença. A partir de então, sua existência passa a ser fundamental para a sociedade, bem como sua função de tratar, cuidar, proteger e curar. No entanto, observa-se em Foucault (1978), (2003) e (1996), que a produção de conhecimento acerca de alguém ou de alguma coisa qualifica-os na condição de objeto o que resulta num processo de dominação.

O projeto de desinstitucionalização da reforma psiquiátrica brasileira permanece no centro de um debate que nos convida a algumas reflexões. Neste âmbito, o termo desinstitucionalização refere-se não só a desconstrução do modelo asilar do manicômio, mas também ao questionamento da instituição psiquiátrica. De um lado encontra-se um viés que pretende a extinção definitiva dos hospitais psiquiátricos, por considerar não haver dúvidas com relação à sua ineficiência e aos danos que este tipo de instituição pode causar à subjetividade, “(...) por mais grave que se apresente um caso, ele não há de beneficiar-se de uma hospitalização; é em nosso serviço e não em outro, supostamente mais complexo ou com mais recursos, que há de encontrar lugar”. (LOBOSQUE, 2003, p. 22-23). Trata-se de um viés social. Do outro lado, encontram-se aqueles que concordam

com a necessidade de reformar a assistência psiquiátrica, mas que consideram a extinção do hospital psiquiátrico um radicalismo injustificável. Nessa perspectiva, o modelo médico é ressaltado, centralizando as ações e propondo que a reforma se dê no interior do hospital, através da modernização do mesmo e do acesso a novos medicamentos. Lobosque (2003) critica essa posição da seguinte forma: “(...) por perceber aí o mesmo tom arrogante e autoritário que, antigo ou moderno, científico ou rudimentar, sempre marcou o discurso sobre a loucura, desde que se criaram especialistas que se arvoram a falar em nome dela”. (LOBOSQUE, 2003, p. 19).

A arquitetura de um serviço substitutivo é descrita pela autora como um espaço que em nada lembra o modelo hospitalar. Nele, não necessariamente, deverá haver enfermarias, leitos ou equipamentos tecnológicos. Assemelha-se muito mais ao modelo de uma casa com salas, cozinhas, camas. Em consequência disso, a circulação das pessoas também deve se dar de maneira diferente. Os chamados usuários podem transitar livremente pela casa, tendo acesso a praticamente todos os seus espaços.

Nessa perspectiva, também o atendimento individual ganha novas características. Ele perde o caráter standard da clínica convencional realizada apenas dentro dos consultórios e ganha os espaços dos jardins, das salas de espera, das ruas ou mesmo da própria casa do usuário.

Outro aspecto característico é que, nestes serviços, o usuário deve permanecer o tempo mais breve possível. São lugares de passagem que se constituem assim como forma de se evitar o sempre eminente risco de repetição do modelo asilar.

Também o trabalho institucional visa descentralizar da figura do médico as decisões clínicas com relação aos usuários. O chamado técnico de referência, responsável por conduzir o caso clínico, geralmente pode ser qualquer profissional de nível superior. Não é a especialidade que conta, mas a sensibilidade de saber conduzir sem dominar. Se

por um lado questionar as especialidades pode retirar das mãos da psiquiatria a função centralizadora frente à loucura, por outro, traz outras importantes conseqüências. A diluição das especialidades impossibilita o reconhecimento de que em determinadas situações certas técnicas e certos saberes podem ser necessários. Como afirma a autora, “a equipe perturbou-se, por exemplo, na organização dos plantões de final de semana, diante da novidade apresentada pela permanência de um profissional não médico no plantão como responsável pelo serviço; o problema, entretanto, foi rapidamente superado, e os plantões sempre transcorreram tranqüilamente, com médicos ou sem eles”. (LOBOSQUE, 2003, p. 34).

Desenha-se, assim, a partir de sua política, diretrizes e ideais o campo público das instituições de saúde mental.

### **2.2.3. A construção de um estatuto de cidadão para o louco: o marco socializante da Reforma.**

O período de redemocratização do país também ressoou no novo estatuto que se destinou ao doente mental. O debate acerca da crise na assistência psiquiátrica e a alavancada realizada pela reforma psiquiátrica somaram-se às forças instituintes<sup>8</sup> que ajudaram na construção deste estatuto.

Se no modelo hospitalar, centralizado no saber da Medicina, o louco era tratado como um paciente, a partir da Reforma psiquiátrica ele passou a ser considerado sob o estatuto de cidadão. No âmbito da reforma, é como se tivesse feito operar uma mudança valiosa que se

---

<sup>8</sup> Ver BAREMBLIT, Gregório. 1996.

deslocasse de uma vertente passiva que é a do paciente para outra dinâmica, protagonizada pela figura do cidadão.

Nas palavras de Delgado, o traço fundamental que marcou, definitivamente, a experiência brasileira na transformação de seu modelo assistencial de saúde mental foi que “A Reforma Psiquiátrica Brasileira reivindica a cidadania do louco”. (DELGADO, 1992, p. 29). A consideração do doente mental como cidadão e a garantia de seus direitos enquanto tal, inscreveram-se como marco para o projeto da Reforma. Em suas palavras: “direitos civis (cidadania plena) aos loucos” (DELGADO, 1992, p. 44).

Mas se o enfoque coletivista da reforma psiquiátrica foi responsável por importantes avanços no almejado processo de inclusão social do louco, também favoreceu o fortalecimento de vertentes de pensamento nas quais a loucura passa a ser vista como produto da negligência institucional e social, operadas, principalmente, pela lógica hospitalocêntrica. É nesse cenário que o aspecto clínico perde espaço para o reabilitador. Lobosque afirma isso ao dizer que no âmbito da Reforma psiquiátrica “(...) a clínica não tem um lugar central, não é de forma alguma o eixo diretor de nossas ações ou estratégias, estas ações e estratégias são de ordem diversa, levando-nos a intervir no âmbito da política, do direito, das legislações, da cultura, do trabalho”. (LOBOSQUE, 2003, p. 17-18). As ações se voltam para a construção de instrumentos e dispositivos sociais que possam favorecer a conquista do exercício da cidadania. Esse enfoque é favorecido pelo resultado da anulação dos direitos civis e da subjetividade, produzido pela experiência do asilamento.

Mas, paralelamente aos ideais emancipatórios da reforma psiquiátrica, a experiência enigmática da loucura que sempre desafiou o enquadramento das convenções sociais, também requer do aparato jurídico um novo arranjo para a noção de cidadania. Por isso, a relação que se estabelece entre a experiência da loucura e o conceito de cidadania sempre foi uma discussão aberta ao debate, contradições e questionamentos. No discurso do Direito, loucura e

cidadania são conceitos que se opõem. E é o próprio Delgado que afirma essa oposição ao dizer que no âmbito jurídico brasileiro “o *cives* não pode ser alienado da razão”. (DELGADO, 1992, p. 35). Isso quer dizer que o conceito de cidadão está atrelado a uma perspectiva racional como sendo aquele que é responsável por seus atos e capaz de gerir sua vida. Desde a instituição da psiquiatria enquanto ciência médica o louco foi considerado um desrazoado. Esta perspectiva de déficit da razão tem servido para a consolidação da noção de periculosidade e da incapacidade do louco de exercer os direitos civis. A histórica relação da psiquiatria com o saber que se apodera da loucura é criticada pelos movimentos de luta antimanicomial justamente por essa dimensão que institui o louco fora da racionalidade.

É da aliança firmada entre o Direito e a psiquiatria, que a loucura recebe a insígnia da incapacidade, expressa no conceito de inimputabilidade. No discurso do Direito, esse conceito significa que o jurídico reconhece a necessidade de cuidar e tratar dos loucos. Em decorrência disso, oferece dispositivos reconhecidos como de proteção cujo objetivo é garantir o direito à tutela. “O instituto da inimputabilidade é das mais altas expressões da generosidade da lei penal”. (DELGADO, 1992, p. 44). Entretanto, considera-se que o que o Direito faz, esta instituição pública encarregada de zelar pela justiça e de garantir os direitos civis, é num só golpe, segregare e retirar do louco a possibilidade do exercício de sua cidadania.

Fazer o caminho contrário, ou seja, inscrever a loucura no âmbito da cidadania é uma questão espinhosa. Essa enigmática experiência humana que subverte as convenções sociais não se adequa a padrões e muito menos a conceitos pré-definidos. Se, por um lado, a reforma psiquiátrica insere o louco no âmbito das questões coletivas da cidadania, por outro, reconhece que a própria loucura aponta para a radicalidade de uma experiência humana expressamente singular. Se a reforma psiquiátrica brasileira reivindica a cidadania plena ao louco, ela busca também reinventar o conceito de cidadania.

Em torno desta questão nevrálgica formular-se-á a seguinte pergunta: que tipo de

cidadão é o louco? A reforma psiquiátrica não questiona se o louco é ou não um cidadão, mas qual estatuto de cidadão ele possui? Pergunta esta que permanece aberta, mas que, de qualquer forma, pode indicar que será como um sujeito paradoxal que o louco se apresentará, comportando suas insígnias e seus enigmas.

Dessa forma, não só pelo estranhamento que a loucura provoca, mas, também, pela lógica segregativa, tecida nas redes sociais, que a imagem do louco como perigoso e incapaz insiste em permanecer, sorrateiramente, nos espaços coletivos. É a força dos aspectos cristalizados do instituído, lutando com as forças transformadoras do instituinte<sup>9</sup>.

### **2.3. O LUGAR DE UM GESTOR PÚBLICO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL.**

Se as aspirações e as conquistas advinda,s com a reforma psiquiátrica brasileira são produtos da ação de movimentos sociais de emancipação política, a figura do gestor público é vista, por muitos, como a corporificação do próprio poder do Estado.

No âmbito da saúde pública, de acordo com publicação do Ministério da Saúde de 1990, gestores são todos aqueles encarregados de fazer com que o SUS seja implantado e funcione, em seu âmbito de atuação, a partir de suas diretrizes doutrinárias e de sua lógica organizacional. O SUS não é um sistema que, pelo menos em seus textos de lei, se pretende centralizador, ao contrário disso, nessa nova lógica há uma clara tendência na direção da descentralização das ações e da participação popular em sua construção. No entanto, as funções devem estar claramente bem definidas. Ao gestor cabe executar, administrar e planejar as ações de saúde pública, zelando por mantê-las a partir da nova

---

<sup>9</sup> Ver BAREMBLITT, Gregório, 1996.

lógica instituída neste processo de transformação político e social que tem resultado na reforma sanitária e psiquiátrica. À população civil, aos militantes e aos trabalhadores “(...) é preciso sempre e mais, procurar intervir nas políticas públicas, denunciar seus equívocos, apressar sua lentidão, perceber suas conivências” (LOBOSQUE, 2003, p. 38). Apesar de haver lugares e funções distintas trata-se de uma prática coletiva e participativa.

Além destes aspectos, o gestor do campo público da saúde herda, também, a função de zelar pelos ideais de liberdade, igualdade, direitos civis e justiça social que giram em torno do objetivo de fortalecer o exercício da cidadania.

Oficialmente, como podemos observar na publicação do Ministério da Saúde ABC do SUS (1990), os âmbitos de atuação do gestor público, em saúde, estão nas esferas municipais, estaduais e federais, representados, respectivamente, pela figura dos Secretários Municipais, Estaduais e Ministros da Saúde. Contudo, todos aqueles que exercem funções de liderança e de coordenações dentro do campo público, também são encarregados de gerir e de fazer funcionar o SUS num âmbito mais local de sua atuação. São os gerentes de Unidades de Saúde, coordenadores, diretores e demais funções afins. Lobosque descreve da seguinte maneira o que entende como ideal de uma gerência na saúde pública:

Zelar de forma mais constante para manter uma certa ordem, dentro dos limites indispensáveis, sem apego a rotinas nem burocracias, é uma atividade indispensável, a ser dirigida e coordenada pelo gerente. Entre outras coisas miúdas e graúdas, esta função se distribui: é preciso por um lado, verificar se a distribuição e a realização dos remédios se faz de forma correta; organizar e hierarquizar toda a papelada que prolifera; checar de perto o trabalho da limpeza; enfim, cuidar de todas estas pequenas coisas cuja disfunção inviabiliza seriamente o trabalho. Por outro lado há que organizar os recursos humanos com a flexibilidade necessária, mas com a firmeza precisa, sem favorecer privilégios ou cultivar preferências pessoais; é preciso, ainda, realizar toda uma série de atividades de relações com as diversas instituições que estão envolvidas em nosso trabalho; há que se manter uma clareza muito grande quanto aos princípios do projeto, mantendo sua independência diante das mudanças políticas; há que reivindicar constantemente, sem aceitar tergiversações ou recusas, os recursos necessários para que o serviço possa manter seu padrão de qualidade; finalmente, há que sustentar com clareza a distinção entre interesses públicos e particulares, mesmo, e sobretudo, em tempos nos quais, no nível central, esta distinção se perde

e se dilui. (LOBOSQUE, 2003, p. 36).

As ações relativas ao campo da gestão pública, de fato, são de ordens globais, generalizadas e, muito dificilmente, se orientam sob aspectos particulares. Por isso, é o campo do manuseio de dados, do controle de números e do uso de valores. É também o campo da negociação, do exercício de poder, da formulação e da execução de políticas. No entanto, há de se obter alguma transformação quando, neste lugar, está alguém de formação clínica, mais especificamente, psicanalítica lacaniana. É o que buscaremos investigar daqui por diante.

### **3. SAÚDE MENTAL E POLÍTICA PÚBLICA: O AVESSE DA PSICANÁLISE.**

#### **3.1. “A POLÍTICA É O AVESSE DA PSICANÁLISE”.**

O campo das políticas públicas de saúde mental se constitui a partir de leis, normas e ideais. Foi o que observamos no capítulo anterior. Vimos também que esses ideais sofrem transformações de valor cultural ao longo da história. Não é nossa intenção, aqui, realizar uma investigação de cunho social, apesar deste ponto merecer destaque em nossa pesquisa, já que nos dá elementos para considerar os fundamentos que compõem este campo.

Neste contexto, surge a figura do gestor público, ou seja, aquele que tem como função a gestão das políticas públicas. Nossa intenção é a de dar forma ao contexto no qual o analista de orientação lacaniana pode atuar como gestor de uma instituição no campo público da saúde mental.

Trata-se, então, de estabelecer qual é a relação possível entre psicanálise e política. Esta relação evidencia no ensino de Lacan, através de uma oposição cuja origem remonta a uma trama discursiva. “Deve estar começando a lhes parecer que o avesso da psicanálise é exatamente aquilo que lhes apresento este ano com o título de discurso do mestre” (LACAN, 1992, p. 81). Nesse sentido, encontramos em Miller (2004b) a seguinte afirmação: “Mas isso basta, espero eu, para que eu possa lhes afirmar que, para Lacan, a psicanálise é o avesso da política”. (MILLER, 2004b, p. 12). Dessa forma, concluímos que

para Lacan, a política se inscreve no discurso do mestre, o que a torna o avesso da psicanálise.

Desta forma, propomos situar aquele que opera a psicanálise, ou seja, o analista, no discurso do analista, assim como, situar aquele que opera a política pública, ou seja, o gestor, no discurso do mestre. É necessário, de antemão, esclarecer a distinção que Lacan (1992) faz entre o discurso do analista e o discurso da psicanálise, ou psicanalizante.

Escuto falarem muito de discurso da psicanálise, como se isso quisesse dizer alguma coisa. Se caracterizamos um discurso centrado-nos no que é predominante, existe o discurso do analista, e este não se confunde com o discurso psicanalizante, com o discurso proferido, efetivamente, na experiência analítica. (LACAN, 1992, p. 31).

Toda esta abordagem situa-se na chamada teoria dos discursos formalizada por Lacan (1992). Ele a apresentou entre os anos de 1969 e 1970 em seu Seminário XVII. Trata-se de quatro tramas discursivas, o discurso do mestre, do analista, da universidade e da histórica que engendram o laço social nos seres falantes. Em uma de suas formalizações, o conceito de discurso surge como sendo “(...) uma estrutura necessária, que ultrapassa em muito a palavra, sempre mais ou menos ocasional. (...)” (LACAN, 1992, p. 10 e 11). Já Rabinovich (2005) nos traz este conceito da seguinte forma:

O discurso é um modo de uso da linguagem como vínculo. Só há vínculo social naquilo que se estabelece como discurso, vínculo possível apenas entre os seres que falam, os ‘seres-falantes’ – parlêtres. O discurso não se funda então no sujeito, mas na estrutura da linguagem, e por fim, na [estrutura] do significante<sup>10</sup>. (RABINOVICH, 2005, p. 9).

Além da formalização trazida por Rabinovich, encontramos em Ubieto (2003) uma conceitualização que se aproxima bastante do enfoque desta dissertação que ressalta o

---

<sup>10</sup>SIGNIFICANTE: “(...) o significante, diversamente do signo, é aquilo que representa um sujeito para outro significante(...)”. (LACAN, 1992, p. 27).

Termo introduzido por Ferdinand de Saussure (1857-1913), no quadro de sua teoria estrutural da língua, para designar a parte do signo lingüístico que remete à representação psíquica do som (ou imagem acústica), em oposição à outra parte, ou significado, que remete ao conceito. Retornado por Jacques Lacan como um conceito central em seu sistema de pensamento, o significante transformou-se, em psicanálise, no elemento significativo do discurso (consciente ou inconsciente) que determina os atos, as palavras e o destino do sujeito, à sua revelia e à maneira de uma nomeação simbólica. (ROUDINESCO, 1998, p.708).

campo da política pública de saúde, mais especificamente da saúde mental, como sendo o campo de atuação do analista. Segundo ele:

Lacan aprofunda nesta idéia e define o conceito de discurso como vínculo social, isto é, como uma maneira particular de ordenar os elementos em jogo (sociais, políticos, culturais, individuais,...) que permite assim fundar a realidade (construção social da realidade) e outorgar um lugar ao sujeito / individuo nessa realidade criada. (...) O discurso é, pois, um marco regulador que permite a um sujeito inserir-se numa realidade, é seu vínculo<sup>11</sup>. (UBIETO, 2003, p. 85, tradução nossa).

Segundo Lacan (1992), em cada discurso há sempre quatro elementos e quatro lugares fixos. Os elementos são o S1, significante mestre, o S2, o saber, o *a*, objeto mais de gozar e o \$, o sujeito. O S1 é definido por ele como “o lugar do grande Outro<sup>12</sup>. Mas ,simplificando, consideramos S1 e , designada pelo signo S2, a bateria dos significantes. (...) O S1 é aquele que deve ser visto como interveniente” (LACAN, 1992, p.11). O S2 é o campo próprio do saber, o *a* é definido pelo autor como aquilo que surge como uma perda. “Não foi à toa que esse mesmo objeto – (...), eu o tenha chamado , no ano passado, de mais-de-gozar. Isto quer dizer que a perda do objeto é também a hiância, o buraco aberto em alguma coisa, que não se sabe se é a representação da falta em gozar (...)” (LACAN, 1992, p. 17). O \$ surge na fórmula lacaniana “(...) no instante mesmo em que o S1 intervém no campo já constituído dos outros significantes, na medida em que eles já articulam entre si como tais, que ao intervir junto a um outro, do sistema, surge isto, \$, que

<sup>11</sup> Lacan profundiza en esta idea y define el concepto de discurso con el vínculo social, esto es como ‘una manera particular de ordenar los elementos en juego (sociales, políticos, culturales, individuales,...) que permite así fundar a realidad (construcción social de la realidad) u otorgar un lugar al sujeto/ individuo en esa realidad creada. (...) lo discurso es pues un marco regulador que le permite a un sujeto insertarse en una realidad, es su vínculo. (UBIETO, 2003, p. 85).

<sup>12</sup> Outro: Termo utilizado por Jacques Lacan para designar um lugar simbólico – o do significante, a lei, a linguagem, o inconsciente, ou ainda, Deus – que determina o sujeito, ora de maneira externa a ele, ora de maneira intra-subjetiva em sua relação com o desejo. Pode ser simplesmente escrito com maiúscula, opondo-se então a um outro com letra minúscula, definido como outro imaginário ou lugar de alteridade especular. Mas pode também receber a grafia grande Outro ou grande A, opondo-se então quer ao pequeno outro, quer ao pequeno a, definido como objeto (pequeno) a. (ROUDINESCO, 1998, p. 558).

é o que chamamos de sujeito como dividido”. (LACAN, 1992, p. 13).

Em outras palavras, mas a partir de Lacan (1992), Ubierto (2003) nos diz que o S1 é o agente do discurso do mestre, tem como efeito o desencadeamento de um processo de identificação que submete o sujeito a um “domínio-senhor”. Mas de toda forma, proporciona ao sujeito uma identidade. No caso do S2, o autor vai dizer que o efeito trazido por ele é o da significação, ou seja, o conjunto de crenças e relatos que produzimos e que possuem um valor explicativo e ideológico. O objeto causa de desejo, o ‘a’, tem o gozo<sup>13</sup> como efeito, ou seja, a adição de uma satisfação contrária ao prazer e que não se detém por requerer um circuito de satisfação constante. Por fim, Ubierto (2003) nos fala que o \$ é o sujeito do inconsciente, ou seja, sujeito cindido.

Lacan (1992) aponta, também, que os lugares são o do agente do discurso, o do outro para o qual o discurso é dirigido, o da produção e o da verdade. A cada um quarto de volta, esses elementos dão forma a uma configuração discursiva diferente, ou seja, a um tipo de laço social diferente. Os lugares se dispõem da seguinte forma:

Agente      →      outro  
 Verdade    //    produção

Ao contrário do que se possa pensar, o fato de que o próprio Lacan (1992) tenha afirmado que o discurso do mestre é simétrico ao do analista, isso não os distancia por suas radicalidades. É ele mesmo que nos alerta para o fato que “(...) é sempre fácil voltar a

---

<sup>13</sup>GOZO: “Raramente utilizado na obra de Freud, o termo tornou-se um conceito na obra de Lacan. Inicialmente ligado ao prazer sexual, o conceito gozo implica a idéia de uma transgressão da lei: desafio, submissão ou escárnio. O gozo, portanto, participa da perversão, teorizada por Lacan como um dos componentes estruturais do funcionamento psíquico, distinto das perversões sexuais. Posteriormente, o gozo foi repensado por Lacan no âmbito de uma teoria da identidade sexual, expressa em fórmulas da sexuação que levaram a distinguir o gozo fálico do gozo feminino (ou gozo dito suplementar). (ROUDINESCO, 1998, p.299).

escorregar para o discurso da dominação, da maestria”. (LACAN, 1992, p. 66). Portanto, constatamos que entre ambos existe uma relação no sentido moebiano do termo. “A formulação do discurso da análise que tentei dar-lhes demarca este discurso a partir daquilo com que, por toda sorte de rastros, ele já, à primeira vista, se manifesta aparentado – a saber, o discurso do mestre”. (LACAN, 1992, p. 95).

Mas vejamos agora do que isso se trata.



A relação de simetria tem como referência a imagem invertida que se produz com o uso de um espelho. O discurso do mestre é o discurso da maestria, da dominação, do ato de governar. Implica na constituição de um sujeito que se supõe unívoco e não dividido. Nesse sentido, ignora a castração a que o próprio mestre está condenado.

Discurso da vontade e da legislação. A sua linha superior – S1 S2 – nos mostra, no nível manifesto, a tentativa de construir uma rede, desconhecendo o sujeito em sua divisão. É justamente essa escritura, nos diz Lacan em *Televisão*, é a escritura da sugestão, de uma palavra destinada a fascinar, a dominar. (RABINOVICH, 2005, p. 10).

O mestre está identificado a seu próprio significante de maestria. Ele se dirige ao outro impondo sua vontade, no entanto, segundo Lacan (1992), não há nada que indique como o mestre impõe sua vontade, o que o faz concluir que é preciso haver aí algum consentimento por parte do outro.

Em ‘*Psicologia de grupo e análise do ego*’, um texto no qual Freud (1996c) quer descobrir o motivo pelo qual um indivíduo, inserido em um grupo, comporta-se e pensa de

forma radicalmente distinta do que seria esperado se estivesse fora dessa situação, há considerações importantes acerca da figura do que ali ele nomeou de líder. É a partir de um processo de identificação libidinal, ou seja, de amor, que os comandados identificam-se uns aos outros, assim como, cada um identifica-se com a figura do líder. No entanto, Freud (1996c) nos comunica que o lugar de líder pode, também, ser ocupado por coisas ou idéias com as quais os membros de um grupo podem se identificar. O campo das políticas públicas oferece bons exemplos disso.

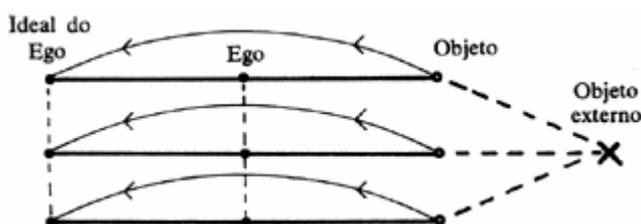


Figura 1: representação gráfica da fórmula para a constituição libidinal dos grupos.  
Fonte: FREUD, ([1921] 1996c).

Voltando a Lacan, o mestre dispõe do outro como escravo, mas apenas de seu corpo, de seu trabalho e não do gozo que este produz. O saber no lugar do outro é meio de gozo, pois é ele o escravo, aquele que o produz. Na linha inferior, à direita, está a produção do discurso, que é o gozo e à esquerda, sua verdade. A verdadeira estrutura do discurso do mestre aponta que o saber está do lado do escravo. É ele que tem o saber, visto que o mestre não quer saber de nada, aliás, é como se ele nem precisasse já que sua função é comandar, ou seja, impor o seu discurso. Mas a verdade desse discurso, aquilo que o mestre não quer saber é que ele é castrado. Por isso, Lacan (1992) o nomeou de mestre descabeçado.

O discurso do mestre esconde, assim, o seu segredo: o mestre está castrado. É esse segredo que o discurso histórico desmascara. Ao apresentar-se como idêntico ao seu próprio significante, o discurso do mestre instaura o campo de uma suposta palavra também idêntica a si mesma. Hasteia a verdade de sua metalinguagem, sabe o verdadeiro sobre o verdadeiro e tenta fazer desaparecer a barra que cruza o Outro. (RABINOVICH, 2005, p. 9).

Portanto, se a psicanálise é o avesso da política, a prática lacaniana que se estabelece no campo das políticas públicas só pode se dar numa relação de tensionamento.

Se a reforma psiquiátrica visa garantir, no campo da assistência clínica, ações que consolidem os direitos civis do louco, a via da política, necessária para a construção, execução e institucionalização destas ações, está fincada no alicerce da universalidade e da unicidade.

No entanto, em relação aos ideais de igualdade e de humanitarismo, Lacan (1972) se posiciona, dizendo que:

Só conheço uma única origem da fraternidade – falo da humana, sempre o húmus-, é a segregação. Estamos evidentemente numa época em que a segregação, ergh! Não há mais segregação em lugar nenhum, é inaudito quando se lê os jornais. Simplesmente, na sociedade – não quero chamá-la de humana porque reservo meus termos, presto atenção ao que digo, constato que não sou um homem de esquerda – na sociedade, tudo o que existe se baseia na segregação, e a fraternidade em primeiro lugar. (LACAN, 1992, p. 107).

Lacan (1992) reconhecia as ideologias sociais de sua época da mesma forma que questionava os efeitos de sua armadura humanitária.

Nenhuma outra fraternidade é concebível, não tem o menor fundamento científico, se não é por estarmos isolados juntos, isolados do resto. Trata-se de captar sua função, e de saber por que é assim. Mas, enfim, salta aos olhos que é assim, e fingir que isto não é verdade deve ocasionar forçosamente alguns inconvenientes. (LACAN, 1992, p. 107).

Dessa forma, se no campo da política pública assistencial as ações são para todos, esse elemento é suficiente para que ela esteja sujeita a críticas, já que:

A idéia imaginária do todo tal como é dada pelo corpo – como baseada na boa forma de satisfação, naquilo que, indo aos extremos, faz esfera -, foi sempre utilizada na política, pelo partido da pregação política. O que há de mais belo, mas também de menos aberto? E o que se parece mais com o fechamento da satisfação?. (LACAN, 1992, p. 29).

Talvez seja isso justamente aquilo que a torna necessária. “A política é dura, é para todos e não pode ceder disto, ela é universalista”, assim como, “A clínica é delicada, minimalista, é para um a cada vez, é singular e não pode, igualmente, ceder disto”.(VENTURA, 2003, p. 197). Há, portanto, uma função social na política que a torna indispensável. “Se a instância terceira, se a posição simbólica bastasse, não teríamos necessidade de fazer política”. (LAURENT, 1999a, p. 83).

A identificação com o ideal da unicidade na qual a política se alicerça massifica os indivíduos, colocando a dimensão da subjetividade em segundo plano. Um dos maiores e mais poderosos instrumentos utilizados pela política é o mecanismo da idealização. Ele é usado como mecanismo de controle e de massificação que segundo, Miller (2004b), divide e captura o sujeito. A psicanálise “(...) não lida com o homem em massa, se assim posso dizer, mas com um por um. Ela o retira da cena pública, o submete a uma experiência singular, que permanece na confidência dos dois parceiros”. (MILLER, 2004a, p. 8).

Para Lacan (1992), a segregação que se acredita combater com as políticas públicas, no caso da saúde mental, por exemplo, é, para ele, algo que tende ao fracasso. O autor é mais enfático, ainda, ao dizer que: “As energias que empregamos em sermos todos irmãos provam bem evidentemente que não o somos. (...) Essa obstinação com a fraternidade, sem contar com o resto, a liberdade e a igualdade, é coisa ridícula, que seria conveniente captar o que recobre”. (LACAN, 1992, p. 107). O que está recoberto é, justamente, a via da dominação que o discurso da política impõe.

No entanto, por mais paradoxal que possa parecer, a política e os ideais

humanitários são bem-vindos à psicanálise. Segundo Miller (2004b), é justamente um cenário conflituoso que possibilita a presença da psicanálise em um dado contexto, já que, segundo o autor, ela não sobrevive em sociedades totalitárias, igualitárias e rígidas, pois, “(...) enquanto a divisão do trabalho, a democracia e o individualismo não exercerem suas devastações, não há lugar para a psicanálise”.(MILLER, 2004b, p.15). O Estado democrático tolera a emergência das diferenças ao contrário dos regimes totalitários.

Nesse sentido, começamos a observar que não se trata de transformar a estrutura da política em outra estrutura, mas, sim, de servir-se dela.

### **3.1.1. A psicanálise frente às estratégias políticas do campo público da saúde mental.**

Como foi ressaltado no capítulo anterior, o eixo central da cidadania tem direcionado os rumos e alicerçado as bases da política pública nacional de saúde mental. Neste sentido, no campo da saúde pública criam-se serviços e grupos especializados para o atendimento a diversas doenças ou problemas sociais. Cada vez mais, a saúde pública tem organizado suas ações através de atendimentos especializados aos chamados usuários deste sistema. Trata-se de uma perspectiva na qual o sujeito é colocado numa posição que favorece sua identificação a nomeações pré-determinadas como, por exemplo, hipertenso, diabético, obeso, doente mental, drogadito, para citar alguns. Nomeações essas que inscrevem e identificam o sujeito à doença inscrevendo-as, também, o campo público da saúde mental no discurso da ciência. Para Laurent (2000a), essas questões apontam para uma nova concepção universal do sistema público de saúde, caracterizada por uma fragmentação desse universo. Isso, no entanto, não apaga os efeitos segregativos surgidos

neste campo.

Serve de exemplo o fato de que a definição de Serviço Público de Saúde agora se fragmenta em instâncias de assistências dirigidas a públicos especializados, como assistência para anorexia, assistência para adicção, etc. Isto desmonta o velho universo ou a concepção universal do sistema público, para fragmentar-se em comunidades de gozos distintos<sup>14</sup>. (LAURENT, 2000a, p. 54 – 55, tradução nossa).

Segundo Laurent (2000a), o século XXI insere a todos nós, contemporâneos deste tempo, em uma outra epistemologia, a da tecnociência. “O regime técnico da biologia nos introduz em um estatuto epistemológico do saber que caminha e que não pode pensar-se, precisamente, sem a efetividade técnica como tal<sup>15</sup>”.(LAURENT, 2000, p. 46, tradução nossa). Nesse sentido, Lacan (1992) abordou essa questão da seguinte forma: “Quem pode, em nossa época, sonhar sequer por um instante em deter o movimento de articulação do discurso da ciência em nome do que quer que possa acontecer?” (LACAN, 1992, p. 97).

O campo da saúde pública encontra-se, inegavelmente, mergulhado nesse contexto. “A saúde, a saúde pública, tem sido convertida na primeira indústria de serviços do mundo ocidental (...)”<sup>16</sup>.(LAURENT, 2000a, p. 46, tradução nossa). Laurent (1994) ressalta que assim como a felicidade no século XVIII, nos anos 90 o terreno da saúde pública tornou-se um problema moral e político agudo.

Na saúde mental, propriamente dita, além da utilização progressivamente maciça dos psicotrópicos, assistimos, também, à reorganização da assistência, tal como nos

---

<sup>14</sup> Sirve de ejemplo el hecho de que la definición de Servicio Público de Salud ahora se fragmenta en instancias de asistencias dirigidas a públicos especializados, como asistencia para anorexia, asistencia para adicción, etc. Esto desmonta el viejo universo o la concepción universal del sistema público, para fragmentarse en comunidades de goces distintos. (LAURENT, 2000a, p. 54 – 55).

<sup>15</sup> El régimen de la biología nos introduce en un estatuto epistemológico Del saber que cambia y que no puede pensarse, precisamente, sin la efectividad técnica como tal”. (LAURENT, 2000a, p. 46).

<sup>16</sup> La salud, la salud pública, se ha convertido ahora en la primera industria de servicios Del mundo occidental (...). (LAURENT, 2000a, p. 46).

referimos anteriormente, através da especialização das ações. No caso da loucura, especificamente, há ainda outras questões que devem ser ressaltadas. A constatação de que o louco porta em si um enigma que estampa sua condição peculiar, diante de padrões sociais pré-estabelecidos, convoca a sociedade a criar novas ficções sociais que possam favorecer essa nova organização social. É neste sentido que novos dispositivos de assistência são implementados: instituições de cuidado, de convivência, de geração de trabalho e renda e, por vezes, de tutela. A criação desses dispositivos aponta para o fato de que a política pública, através da reforma psiquiátrica reconhece a diferença radical que a psicose apresenta no que se refere ao vínculo social. No entanto, situa essa dificuldade no registro de um débito atribuído à sociedade por ter alijado a loucura do convívio coletivo.

Conforme consta na portaria ministerial 336/02 (BRASIL, 2004c), os CAPS, Centros de Atenção Psicossocial foram criados para atenderem a essa clientela. A nomeação dada pela portaria a esses usuários é a de pacientes portadores de transtornos mentais severos e ou persistentes.

Nesse contexto, Laurent (1994) destaca no campo da saúde pública dois pontos que julga essenciais. No primeiro deles, ressalta o aspecto contabilizável que surge de forma eminente neste campo. A palavra de ordem aqui é reduzir despesas e conter gastos. Trata-se, portanto, não de um problema novo, mas, de um problema agudo. Enfatiza-se a lógica da produção a partir de procedimentos ditos médicos por excelência. Os standards ou, os procedimentos padrões, surgem, entre outros como eficientes instrumentos de gestão da saúde pública. No entanto, no campo da saúde mental essas questões ganham um outro aspecto.

A aplicação das normas médicas à psiquiatria e à gestão da saúde mental que ela administra é evidente por si mesma na perspectiva de reabsorção da psiquiatria na medicina geral, entretanto a psiquiatria resiste, justamente pelas hospitalizações de longa duração e pelos custos de pessoal que aí estão implicados. Os critérios de melhoria da produtividade, tão eficientes no que diz respeito à cirurgia, apresentam dificuldades quanto à sua tradução em diretivas precisas nesse

campo. (LAURENT, 1994, p. 12).

O outro ponto, destacado por Laurent (1994), refere-se aos estudos empiristas realizados e seus efeitos no campo da saúde pública, mais especificamente, na saúde mental. A psicanálise norte-americana, por exemplo, tem se ocupado cada vez mais em demonstrar a eficácia da psicanálise nos dias atuais, a partir desse viés experimental que traz consigo uma concepção de sujeito não dividido. Utiliza, para isso, instrumentos de medição ou mesmo outros recursos tidos como necessários para que se alcance a meta de imediatividade, resolutividade e objetividade. Entre as pesquisas realizadas nos países anglo-saxões, segundo Câmara (2000), até 1997, os atendimentos analíticos eram limitados ao número de trinta com o intuito de medir o tempo médio de sessões necessárias para a cura e ou a estabilização dos pacientes, o que denota a importância que a noção de tempo ganha no mundo atual. Nesta perspectiva, o menor tempo necessário para a conclusão de um processo terapêutico é reconhecido como índice de eficácia. Também, os instrumentos de medição de gastos estruturam-se sob esse referencial empirista.

Nesse sentido, o referencial norte-americano aponta para a direção oposta ao referencial no qual a psicanálise lacaniana se pauta. É preciso reconhecer o que distingue esses dois referenciais.

Suspendamos aqui a lista saudando as empreitadas corajosas de nossos colegas norte-americanos. Nisso, confessam claramente sua perspectiva empirista e não podemos fazer nada além de desejar-lhes boa sorte na sua vontade demonstrativa dentro deste enquadre. Quanto a nós, vamos opor a este horizonte ponto por ponto, uma perspectiva realista e não empirista. (LAURENT, 1994, p. 14).

Como bem diz Laurent (1994) o referencial psicanalítico é realista e não empirista. É a própria experiência do real que orienta a prática da psicanálise lacaniana. Dessa forma,

“no real não há lei’. Abandonam-se os fundamentos, até os da racionalidade. (...) A lei pertence, efetivamente, à ordem da construção, da futilidade da construção. Nosso conceito metódico do real nos obriga a desprezar o estatuto<sup>17</sup>”. (MILLER, inédito, tradução nossa).

Mensurar a clínica é tarefa impossível, pelo menos por essa via.

Como certos processos matemáticos infinitos, a psicanálise desafia a medida e o registro, sejam quais forem as capacidades dos bancos de dados. Uma psicanálise levada a seu termo compreende bem mais que 453 sessões. Jamais teremos registro disso. Entretanto, esse infinito pode ser atual, pode se manusear. (Laurent, 1994, p. 14).

Desta forma, para o autor, se, de fato, não há como não sofrer as conseqüências desse discurso científico, então, “há que produzir justo o necessário para seduzir o mestre moderno (...)”<sup>18</sup>. (LAURENT, 2000a, p. 53, tradução nossa). Nenhum excesso deve ser cultivado a fim de se evitar os riscos segregativos tão facilmente produzidos nesse contexto.

### **3.1.2. Intervenções psicanalíticas.**

Como já antecipamos, a política da saúde mental, no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira tem suas ações focalizadas no termo atenção psicossocial, que segundo Tenório (2001a), configura-se, hoje, numa rede de serviços cujas ações incidem, sobretudo, no

---

<sup>17</sup> “En lo real no hay ley”. Se abandonan los fundamentos hasta de la racionalidad. Del fuera de sentido aún se capta algo si se confunde con el significante, pero sin ley! La ley pertenece efectivamente al orden de la construcción, de la futilidad de la construcción. Nuestro concepto metódico de lo real nos obliga a desplazar su estatuto. MILLER, Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia. (inédito).

<sup>18</sup> Hay que producir justo lo necesario para seducir al amo moderno (...). (LAURENT, 2000a, p. 53).

registro do cuidado e da proteção dos casos de doença mental grave. Para o autor, a proposta da atenção psicossocial aponta para a reforma psiquiátrica. O modelo ambulatorial não basta por si só para impedir o recurso da internação, que de uma forma geral, é combatido nesta perspectiva. Nesse sentido, aponta, também, que a atenção psicossocial consiste num reconhecimento social de que a doença mental grave implica dificuldades concretas na vida social de certos sujeitos e que esse fato requer serviços cuja organização não se dê de forma massificada, burocratizada e standartizada. Assim, a política pública de saúde mental, advinda com a reforma psiquiátrica, tem, como função para o autor, o agenciamento social da loucura na sociedade.

Ao contrário do que pensa a reforma psiquiátrica, para a psicanálise lacaniana, o tipo de relação que o psicótico estabelece com o laço social não se resolve apenas agenciando suas ações nesse nível. Para a psicanálise, a questão situa-se na “(...) dificuldade de constituir o próprio campo do Outro como isso que ele é para nós, neuróticos: o campo de nossa existência (social), o campo simbólico<sup>19</sup> onde um sujeito (simbólico/social) pode se realizar e se exercer como sujeito”. (TENÓRIO, 2001b, p. 98).

Ao comentar sobre a importância da instituição de saúde mental, em decorrência da errância e da alienação que por uma questão de estrutura assujeitam o psicótico indicando sua condição peculiar de estabelecimento de laço social, Zenoni (2003) aponta sua posição frente à organização das políticas públicas de saúde mental. Ele alerta quanto às consequências do radicalismo da extinção da instituição psiquiátrica, mesmo a hospitalar, tendo em vista “(...) a necessidade social de uma prática institucional em resposta a certas

---

<sup>19</sup> SIMBÓLICO: Termo extraído da antropologia e empregado como substantivo masculino por Jacques Lacan, a partir de 1936, para designar um sistema de representação baseado na linguagem, isto é, em signos e significações que determinam o sujeito à sua revelia, permitindo-lhe referir-se a ele, consciente e inconscientemente, ao exercer sua faculdade de simbolização. Utilizado em 1953 no quadro da tópica, o conceito é inseparável dos de imaginário e real, formando os três uma estrutura. Assim, designa tanto a ordem (ou função simbólica) a que o sujeito está ligado quanto a própria psicanálise, na medida em que ela se fundamenta na eficácia de um tratamento que se apóia na fala. (ROUDINESCO, 1998, p. 714).

conseqüências da ‘forclusão<sup>20</sup> da pulsão<sup>21</sup>’. (ZENONI, 2003, p. 70). O autor ressalta, ainda, que fazer valer a instituição como necessidade social “(...) tem a vantagem de desprezar o acento, na equipe de atenção, na hierarquia das competências supostas pelos diplomas ao real de uma questão clínica compartilhada<sup>22</sup>”. (ZENONI, 2003, p. 70, tradução nossa)

Nesse sentido, Zenoni (2003) nos lembra, também, que a clínica das psicoses nos faz reconhecer que, para muitos psicóticos, suas soluções, mesmo que precárias, de enlaçamento social podem ser construídas solitariamente pelo próprio sujeito.

Em outros casos, é perfeitamente possível que o atendimento de um sujeito psicótico se dê no consultório particular.

(...) nem sempre é necessário, muito menos desejável que o sujeito seja inserido numa instituição ou inserido em uma rede de assistência. O tratamento da psicose não exige automaticamente uma resposta coletiva (...). Por outro lado, a clínica exige também uma resposta que não pode ser nem a de um só praticante, nem a de um único momento do dia. A agitação, a injúria, a crise epiléptoforme, a interpretação persecutória de um gesto, não esperam a entrevista do dia seguinte para produzir-se<sup>23</sup>. (ZENONI, 2003, p. 70, tradução nossa).

Assim, Viganó (1999) vai dizer que os dispositivos reabilitadores, ou de inserção social, próprios da política pública de saúde mental, só poderão ter sucesso na condição de respeitar e de seguir o estilo sugerido pelas escolhas subjetivas de cada sujeito.

No entanto, o viés universalizante das políticas públicas muitas vezes impede essas

---

<sup>20</sup> Forclusão – termo jurídico que se refere a algo que foi prescrito, ou seja, que passou do tempo de acontecer. Em psicanálise Lacan o utilizou para se referir à operação simbólica que não ocorre na psicose.

<sup>21</sup> “(...) la necesidad social de una práctica institucional en respuesta a ciertas consecuencias de la forclusión de la pulsión”. (ZENONI, 2003, p. 70).

<sup>22</sup> “(...) tiene la ventaja de desplazar el acento, en el seno del equipo de atención, de la jerarquía de las competencias supuestas por los diplomas a lo real de una cuestión clínica compartida. (ZENONI, 2003, p. 70).

<sup>23</sup> “(...) no es necesario ni siquiera deseable que el sujeto sea instalado en un institución o insertado en una red de asistencia. El tratamiento de la psicosis no exige automáticamente una respuesta colectiva (...). Pero cuando no es practicable dicho embrague, la clínica exige tan bien una respuesta que no puede ser ni la de un solo practicante ni la de un único momento del día. La agitación, la injuria, la crisis, ‘epiléptoforme’, la camorra, la interpretación persecutoria de un gesto, no esperan a la entrevista de mañana para producirse. (ZENONI, 2003, p. 70)”.

soluções de serem consideradas. A busca de algo que deva se inscrever para todos, a partir de um conjunto pré-determinado, pode levar à segregação e à desconsideração da dimensão subjetiva de cada um. A mesma medida, para todos, é algo que perpassa as ações que se inscrevem no campo das políticas.

A instituição tem suas normas, mas devemos tentar construí-la visando a aceitar a fuga de sentido, a outorgar um lugar para a particularidade. Há indícios cotidianos de que, nos hospitais, via de regra se responde da mesma maneira a certas formas clínicas e, ou figurações da transferência, assim como, “satisfação da demanda econométrica” que dificulta o ato analítico. (BELAGA, 2003, p. 13).

Senão, vejamos: Tenório (2001a), ressalta essa questão delimitando dois pontos: o primeiro refere-se às conseqüências produzidas quando impomos ao psicótico nossos ideais humanitários. Nessa perspectiva, é comum, de acordo com o autor, que seja anulada a condição singular da loucura em função de uma busca de autonomia e estabelecimento de laço social tal como se espera encontrar na neurose. O outro ponto se dá em decorrência do primeiro. A conseqüência direta que se estabelece, a partir de então, é a idéia de que o sujeito deve ser desvinculado da instituição o mais breve possível, após o momento da crise. Para esse autor, essa questão, tomada em seu sentido mais amplo, também negligencia a condição peculiar da loucura. A esse respeito Zenoni (2003) diz o seguinte:

A instituição não deve ser mantida pelo fato de curar, nem deve suprimida porque não cura. Por que, no primeiro caso, o risco de considerar como natural o fato de permanecer no hospital ‘com duração indeterminada’, é grande; e no segundo, é grande o risco de ver os pacientes livres com dificuldade de retorno com a família ou no meio natural que o expõem a errância e a novas passagens ao ato<sup>24</sup>. (ZENONI, 2003, p. 69-70, tradução nossa).

---

<sup>24</sup> La institución no debe evitar ser mantenida por el hecho de que cure, ni debe ser suprimida porque no cure. Por que, en el primer caso, el riesgo de considerar como natural el hecho de permanecer no hospital ‘ con duración indeterminada’, es grande; y, en segundo, es grande el riesgo de ver a los pacientes librados a las dificultades de un retorno a la familia o en medio natural que les exponen a la errancia y a nuevos pasos al acto. (ZENONI, 2003, p. 69-70).

Apesar de há algum tempo o campo da política pública ter sido considerado como um campo de atuação marginal pelos analistas, alguns autores já apontavam que “a psicanálise deveria estar em condições de ter uma saída no mundo social, uma saída política bem mais vasta que aquela que conhecemos”. (CI CIACCIA, 1999, p. 65).

A questão que se coloca, portanto, é a de saber “ (...) em que medida, a psicanálise pode ser aplicada a uma prática institucional; questão que concerne menos à intervenção de uma pessoa sob o título de psicanalista que à política da psicanálise, ‘o dever que lhe cabe em nosso mundo<sup>25</sup>”. (ZENONI, 2003, p. 69, tradução nossa). Apesar de Miller (2004b) afirmar que a psicanálise não é uma política e sim uma ética, Freud (1996b) já antecipava em 1918 que a psicanálise possui uma função social. Recentemente foi a vez de Zenoni (2003) também afirmar esta posição.

De uma forma geral, o caminho da conversação, do debate aberto de idéias e da circulação da palavra tem sido uma saída possível nas práticas analíticas que se estabeleceram no campo das políticas públicas de saúde mental. O que não quer dizer que ela se inscreva na lógica “do isso funciona” à qual Miller (2004a) se refere. Por isso, na perspectiva lacaniana é necessário que a instância dos ideais sofra um certo esvaziamento, suficiente para inscrevê-lo na lógica “do isso falha” para a qual Miller (2004a) também aponta.

A desidealização da política não é um infortúnio da democracia, mas seu destino, sua lógica, e, se assim posso dizer, seu desejo. Deve-se constatar que a decadência do absoluto no campo político, que é uma coisa boa, visto que ela está no oposto do fanatismo, não apenas abre caminho para a discussão racional de seus interesses pelos cidadãos desapaixonados, mas também para o reino da opinião e para o reino sobre a opinião, embora o debate público se desenvolva, daqui para frente, no elemento da descrença e do embuste, da manipulação confessada e consentida. (MILLER, 2004b, p. 15).

<sup>25</sup> “(...) en que, el psicoanálisis puede ser aplicado a una práctica institucional; cuestión que concierne menos a la intervención de una persona a título de psicoanalista que a política del psicoanálisis, ‘el deber que le toca en nuestro mundo’”. (ZENONI, 2003, p. 69).

A psicanálise lacaniana não acredita na existência de uma sociedade ideal, “(...) no campo da política, Lacan é contra tudo o que é a favor”. (MILLER, 2004b, p. 11). No lugar disso, a orientação lacaniana propõe a falta, a descontinuidade, o descentramento e o inusitado. O caráter revolucionário que a militância possui, ao organizar-se em torno dos ideais, é algo que não pode ser atribuído à psicanálise já que “(...) não apenas os psicanalistas não são militantes (...), mas são, antes, propensos a desconcertar os militantes”. (MILLER, 2004b, p. 16). Nesse sentido, segundo o autor, a psicanálise pode ser subversiva, perturbadora, mas não revolucionária.

### **3.2. PSICANÁLISE LACANIANA NA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE MENTAL:**

Uma instituição, inscrita no campo das políticas públicas, sustenta-se a partir de um sistema de regras e de uma função social. No entanto, Laurent (2003) vai dizer que “Uma instituição a partir da *Massenpsychologie*, não é somente um conjunto de regras, mas também uma comunidade de vida, ‘uma soma de indivíduos que puseram um só e mesmo objeto no lugar do ideal do eu e, em consequência, se identificaram uns com os outros’”. (LAURENT, 2003, p. 88). No caso de uma instituição pública de saúde mental podemos dizer que a política do humanitarismo pode ser colocada no lugar desse objeto idealizado. A identificação com as diretrizes políticas e com os ideais humanitários favorece o surgimento do indivíduo como aquele que surge na massa, ou seja, no coletivo social.

A inserção da psicanálise no campo da saúde mental tem sido um processo rico em debates, questionamentos e invenções de novas práticas. Tal processo reedita a descoberta

freudiana, sem que, para isso seja necessário prescindir de seus princípios.

Historicamente, a psicanálise tem no setting analítico, ou no consultório, um lugar natural para o exercício da clínica. O fato de Freud ter dedicado praticamente toda sua vida profissional à prática clínica, no consultório, serviu, durante muito tempo para justificar o isolamento que marcou a prática da chamada psicanálise standard. Barros (2003) vai dizer que o standard pode ser considerado como sendo aquilo que eleva o modelo ao plano da regra universal. Além disso, essa idéia que associa Freud ao consultório particular também serviu para alimentar a falsa idéia de que este pudesse não ter se interessado em articular a atuação da psicanálise com questões de cunho social. Em 1918, no V Congresso Psicanalítico Internacional, em Budapeste, Freud fez um pronunciamento que deixava claro sua verdadeira posição. Anunciou, em seu discurso, aquilo que para ele deveriam ser os rumos que a psicanálise precisaria tomar, dali em diante, assinalando, com isso, uma preocupação com as questões de seu mundo e em encontrar uma forma através da qual a psicanálise pudesse intervir numa prática institucional. Segundo ele:

Vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável massa da população. Por outro lado, é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quanto o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade. Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados médicos analiticamente preparados, de modo que homens que de outra forma cederiam à bebida, mulheres que praticamente sucumbiriam ao seu fardo de privações, crianças para as quais não existe escolha a não ser o embrutecimento ou a neurose, possam tornar-se capazes, pela análise, de resistência e de trabalho eficiente.(FREUD, 1996b, p. 210).

A modalidade do standard surge nesse contexto, segundo Laia (2003b), como um instrumento capaz de não desvirtuar a psicanálise de seus fundamentos. “Nesse contexto, em que a psicanálise se difunde especialmente por ser aplicada a situações clínicas e

mesmo práticas, alheias à dimensão propriamente terapêuticas, muitos analistas se refugiam na rígida concepção de um standard psicanalítico (...)" (LAIA, 2003a, p. 76).

Já no campo da saúde mental, ainda segundo o autor, a partir da segunda metade do século XX, a experiência da psicanálise lacaniana, nas instituições de saúde mental, esteve associada a práticas que questionavam a burocracia e a ordem institucional. O aspecto mais forte que marca esta questão é a edificação e a tentativa de desconstrução do manicômio.

Este ponto foi fundamental para que a orientação psicanalítica lacaniana pudesse se instalar neste campo, já que um dos elementos que a distingue das outras orientações clínicas, inclusive analíticas, é que esta se configura como uma prática que renuncia ao standard, ou seja, aos padrões convencionalizados. Ressaltamos mais uma vez a fala de Miller (2004b) quando este afirma que a condição para a psicanálise existir é a presença de situações que favoreçam a emergência da diferença de idéias, de posicionamentos e de opiniões, somando a isso todos os desdobramentos que daí possam advir.

A psicanálise não existe se não for permitido ironizar, pôr em questão os ideais da cidade sem ter de beber cicuta. Ela é, portanto, incompatível com toda ordem do tipo totalitária, que reúne nas mesmas mãos o político, o social, o econômico e até mesmo o religioso. Ela tem parte interessada com a liberdade de expressão e com o pluralismo. (MILLER, 2004b, p. 15).

Como dizíamos, foi justamente por renunciar ao standard que a psicanálise lacaniana esteve presente na construção de importantes processos político-sociais como, por exemplo, o projeto da reforma psiquiátrica brasileira. No entanto, não podemos deixar de constatar que a imagem de uma psicanálise elitista nunca esteve totalmente ausente deste contexto. Apesar disso, o ideal sempre presente na reforma, que consiste na construção de um estatuto de cidadão para o louco acabou por definir, de uma forma geral, um lugar secundário para a psicanálise na prática institucional, estabelecida neste campo.

Como bem lembra Figueiredo (2001b), isso ocorreu em função dos objetivos sociais e reabilitadores da reforma que se distanciavam dos princípios clínicos e éticos da psicanálise.

Observamos uma enorme resistência à figura do psicanalista como detentor d'O Saber, ao modo do Mestre e Senhor da psicanálise. O discurso da cidadania, da desmedicalização e da ação social prevalece sobre os excessos interpretativos e psicologizantes que circulam em nome da psicanálise. A politização do tratamento passa a ser o eixo central, e este parece prescindir da psicanálise, vista agora como parte de uma clínica obsoleta e resíduo da intervenção médica. A questão parece se deslocar de um modelo psicologizante para um sociologizante. (FIGUEIREDO, 2001, pág 94).

Mas, a questão não se definiu desta forma. Na medida em que o modelo consolidado pela busca dos cuidados, da socialização e da cidadania, revelaram-se insuficientes no cotidiano de cada caso, foi preciso estabelecer outros novos rearranjos que privilegiariam a dimensão da clínica, ou seja, da singularidade. Em relação ao manicômio, há um consenso no que se refere à crítica que se estabelece a ele, mas há, também, segundo Tenório (2001a), um questionamento em relação ao caráter clínico ou político-social destas novas práticas que vieram com a finalidade de substituir sua lógica.

Do lado dos objetivos sociais, a reabilitação psicossocial foi e ainda tem sido um forte referencial para a prática clínica da reforma<sup>26</sup>.

### **3.2.1. Psicanálise e instituição: de novo o avesso.**

Os princípios que regem as práticas analíticas lacanianas e as instituições de saúde

---

<sup>26</sup> Ver em SARACENO, 2001.

mental são tão inversos um ao outro que Zenoni (2003) os opõe um a um. Segundo o autor, a instituição busca promover o bem estar do sujeito, reduzindo ou mesmo eliminando seus sintomas. Não reconhece a divisão do sujeito buscando, assim, sua unicidade. Já a psicanálise não quer nenhum bem ao sujeito, ao contrário, sabe que aquilo que o habita é um mal estar estrutural. A psicanálise não quer eliminar o sintoma, pois reconhece nele uma solução substitutiva, encontrada pelo sujeito. Ao invés de responder a demanda, busca sua raiz e a implicação do sujeito na mesma. E, por fim, para a psicanálise o sujeito é inegavelmente dividido e está marcado por isso.

Nesse sentido, lembramos que, segundo Di Ciaccia (1999), toda instituição possui uma tendência natural para se constituir de acordo o discurso do mestre.

Se nossas instituições tentam se fundar sobre o Um do vazio, elas certamente também têm necessidade disso que sobressai do Um do mestre: de uma hierarquia, de diretores e de fórmulas institucionais, que podem ser múltiplas, diferentes e todas semelhantes.(CI CIACCIA, 1999, p. 64 – 65).

Brodsky (2003) também afirma isso ao dizer que “uma instituição, qualquer que seja, é um lugar regido pelo discurso do mestre” (BRODSKY, 2003, p. 27).

É assim que essa situação às avessas entre a psicanálise lacaniana e a instituição de saúde mental pode, por vezes, incorrer numa relação que rivaliza duas maneiras de aplicação da psicanálise. Zenoni (2003) alerta para isso quando ressalta que não se trata de comparar a instituição de cuidados, como a nomeia, ao atendimento psicanalítico. Se trata de reconhecer a diferença entre duas aplicações distintas da psicanálise. Ou seja, reconhecer a existência de uma psicanálise aplicada na instituição, é reconhecer que esta não pode ser a mesma prática que se aplica no consultório. Há diferenças fundamentais.

### 3.2.2. Processos institucionais e intervenções psicanalíticas:

Em sua experiência clínica e analítica, em instituições de abrigamento de crianças e adolescentes, Altoé (1999) resalta a presença de alguns elementos que engendram as relações de segregação, de exercício de poder e daquilo que podemos chamar de massificação subjetiva ali encontrados. A busca pelo bem-estar do sujeito institucionalizado tende a se constituir como poderosa maneira de imposição e de segregação, tendo em vista que este bem almejado está, muitas vezes, mergulhado em ideais institucionais, ou de terceiros e não do próprio sujeito. Esta operação revela o aspecto expropriador que uma instituição pode assumir para a subjetividade do sujeito.

Também coloca-se para a instituição a relação entre o individual e o coletivo. Na instituição aquilo que é para um, geralmente, é para todos. A instituição tende a ter o mesmo peso e a mesma medida para todos. Zenoni (2003) discute essa questão ao se referir às instituições de saúde mental da seguinte forma:

Seja qual for a diversidade das estruturas institucionais, estas defrontam sempre com uma mesma dificuldade, a de conciliar as exigências da solução particular, a que cada sujeito dispõe para tratar o retorno invasivo da pulsão no real<sup>27</sup>, com as exigências da solução de cada um dos demais. Como intervir, que posição, ou que decisão tomar? É toda a dimensão do poder que aqui está em jogo<sup>28</sup>. (ZENONI, 2003, p. 73, tradução nossa).

---

<sup>27</sup> REAL: Termo empregado como substantivo por Jacques Lacan, introduzido em 1953 e extraído simultaneamente, do vocabulário da filosofia e do conceito freudiano de realidade fenomênica que é imanente à representação e impossível de simbolizar. Utilizado no contexto de uma tópica, o conceito de real é inseparável dos outros dois componentes desta, o imaginário e o simbólico, e forma com eles uma estrutura. Designa a realidade própria da psicose (delírio, alucinação), na medida em que é composto dos significantes foracuídos (rejeitados) do simbólico. (ROUDINESCO, 1998, p. 644).

<sup>28</sup> “Sea cual sea la diversidad de las estructuras institucionales, afrontan siempre una misma dificultad, la de conciliar las exigencias de una solución particular, la que cada sujeto ubica para tratar el retorno invasivo de la pulsión en lo real, con las exigencias de la solución de cada uno de los demás. ¿Cómo intervenir, qué posición, o que decisión tomar? Es toda la dimensión del poder la que aquí está en juego”. (ZENONI, 2003, p. 73).

Segundo Bassols (2003), a condição fundamental para que a psicanálise possa existir na instituição é a de que nela também exista lugar para a circulação da palavra.

Situemos una forma possível desta resolução ante o paradoxo da lei institucional fundada no ideal. Se trata, em todo caso, de permitir que em cada instituição se aloje a particularidade do sujeito da palavra e de desconfiar dos efeitos de massa da identificação<sup>29</sup>. (BASSOLS, 2003, p. 52, tradução nossa).

Para autores como Bassols, as instituições podem ser compreendidas como uma operação psíquica própria do sujeito. Segundo ele, é preciso reconhecer que uma instituição“(…), seja ela qual for, é precisamente a forma social que toma este conflito intra-subjetivo que chamamos desejo em seus paradoxos com a lei social<sup>30</sup>”. (BASSOLS, 2003, p. 52, tradução nossa). O desejo faz laço, portanto, identificar-se, ou de alguma forma, vincular-se a uma instituição é uma forma do sujeito fazer laço social. Essa é uma questão que nem sempre a reforma reconhece e, se reconhece, tende a recusá-la.

Aqui recorreremos às considerações de Laia (2003 a) acerca do que chamou de as “novas instituições”. Estas se referem a todas aquelas instituições, criadas a partir do discurso da cidadania, no nível do imperativo, ou seja, de palavras de ordem tidas como referenciais fundamentais. Segundo ele, essas instituições surgidas tanto no campo da saúde mental, como, também, em outros, buscaram reinventar os laços sociais ali produzidos a partir de uma renúncia radical das regras e padrões pré-estabelecidos. “Num primeiro momento, as instituições criadas ou reconfiguradas se constituíram como lugares em que laços eminentemente utópicos puderam ser experimentados, mesmo que, para isso,

---

<sup>29</sup> Situemos una forma de esta resolución posible ante ala paradoja de la ley institucional fundada em el ideal, se trata en todo caso de permitir que en cada institución se aloje la particularidad del sujeto de la palabra y de desconfiar de los efectos de masa de la identificación”. (BASSOLS, 2003, p. 52).

<sup>30</sup> Demos un paso más y digamos que la institución, sea cual sea, es precisamente la forma social que toma este conflicto intrasubjetivo que llamamos deseo en sus paradojas con la ley social. (BASSOLS, 2003, p. 52).

tenha sido necessário dar vazão a todo um ímpeto de ruptura com as regras”. (LAIA, 2003a, p.116).

Nesse sentido, o autor faz referência a um termo de Lacan (2003 c) encontrado em Outros Escritos, no artigo Nota sobre a criança, a saber, “o fracasso das utopias comunitárias” para se referir aos rumos que tomaram os movimentos sociais que “(...) pretenderam transformar, em ‘lugares de vida’, enfermarias, pavilhões e hospícios marcados por uma rigidez mórbida, ou mesmo criar instituições mais abertas e com flexibilidade suficiente para abarcar o que chegou a ser designado como ‘viagem através da loucura’”.(LAIA, 2003a, p. 116).

De acordo com o autor, esse fracasso que Lacan (2003c) apontou, se deu por dois motivos: o primeiro teria sido que o próprio radicalismo de suas ações impediu que esses movimentos sociais se sustentassem por muito tempo. O segundo refere-se ao crescimento da indústria farmacêutica que estendeu seus usos para fora do hospital em escalas planetárias. No entanto, acrescenta um terceiro motivo formulado por ele próprio:

No entanto, indagaria se não podemos pensar também o fracasso das ‘utopias comunitárias’ como um efeito inverso: elas não foram bem sucedidas apenas porque acabaram quando mal começaram ou porque são desmentidas farmacêuticamente – elas fracassaram porque se disseminaram e, mesmo de um modo mais diluído com relação às suas propostas originais, se impõem como um verdadeiro enxame de significantes – mestres, de palavras de ordem, na própria desordem de nossos tempos.(LAIA, 2003a, p.116 – 117).

Estamos todos submersos numa sociedade em que tudo é relativizado a todo tempo. É nesse contexto que surgem os chamados CAPS, centros de atenção psicossocial que, no campo da saúde mental, são as nossas “novas instituições” a que o autor se refere. Estas teriam, atualmente, se tornado mais efetivas e mais estáveis. Isso por que nelas passou-se a operar um exercício de negociação entre as regras sócio-institucionais e as questões atuais.

“As iniciativas institucionais têm sido levadas a inventar estratégias políticas diferentes daquelas por demais pautadas por uma polaridade do tipo ‘contra *versus* a favor’”.(LAIA, 2000 a, p. 117).

Há, no entanto, como também já afirmamos anteriormente, uma relação de tensão que perpassa essas instituições no que concerne à direção da política pública e da clínica<sup>31</sup> lacaniana.

Assim, em um mesmo espaço, de um lado, temos um dispositivo institucional que não deixa de estar ‘regulado por uma lógica universal’ da participação social e, de outro, a prática com a psicose nos leva a enfrentar um alheio a procedimentos universalizantes e à legislação. (LAIA, 2003a , p. 118).

A direção da clínica, de orientação lacaniana, aponta muitas vezes para caminhos que se distinguem da política, já que, suas ações não são norteadas por um viés universalizante, mas sim, da singularidade. A prática com a psicose ressalta esta discussão de maneira especial. Segundo Zenoni (2003), se num primeiro momento do ensinamento de Lacan a psicose era vista como um déficit em relação à neurose, isso não se mantém em seu último ensino: “Aqui se trata, sobretudo, de aplicar a psicose à psicanálise e de impor a ela algumas inversões conceituais, modificações teóricas e conseqüências clínicas<sup>32</sup>”. (ZENONI, 2003, p. 71, tradução nossa). Nesta nova perspectiva, o inusitado de cada solução particular que a psicose produz nos coloca na posição de alunos da clínica, o que provoca o esvaziamento de um saber preestabelecido.

Para Tenório (2001b), as instituições de saúde mental podem funcionar para certos sujeitos como ancoragens fundamentais e necessárias para o estabelecimento de um laço

---

<sup>31</sup>Em relação à clínica lacaniana, Laurent (2003) citando Lacan na “Abertura da seção clínica, 1977, Ornicar, nº 9, pág 8, vai dizer que “a clínica é um discurso que se produz com um sujeito deitado. Ela se faz ao pé do leito do doente”. (LAURENT, 2003, p. 83).

<sup>32</sup> Aquí se trata sobre todo de aplicar la psicosis al psicoanálisis y de imponerle algunos vuelcos conceptuales, modificaciones teóricas y consecuencias clínicas. (ZENONI, 2003, p. 71).

social possível. No entanto, o mesmo autor vai dizer que o ideal de autonomia social e de cidadania plena presentes nas políticas públicas que regulam as “novas instituições” de saúde mental, advindas com a reforma, tendem a perder de vista esta dimensão subjetiva. Desta forma, de acordo com a diretriz política, a presença do sujeito psicótico nessas instituições tende a ser reduzida ao momento da crise, entendendo que, fora deste período o sujeito deve retomar sua vida social.

Apesar deste traço que marca a política pública de saúde mental, não podemos deixar de constatar que tais instituições estão sempre cheias e que nem todos os sujeitos que ali estão encontram-se num momento de crise. Isso nos dá mostras de que as questões estruturais trazidas, pela psicose, se impõem para além das diretrizes políticas. Essas questões furam seu discurso, forçando os novos dispositivos institucionais a reinventarem práticas que dêem conta das questões colocadas no dia a dia do agenciamento social da loucura.

Neste sentido, a psicanálise compartilha da idéia de que “o manicômio ao qual a reforma se opõe é um agenciamento social da loucura que convida o sujeito à demissão subjetiva” (TENÓRIO, 2001b, p. 123). Por outro lado, a psicanálise discorda dos princípios idealistas tão presentes na política e na clínica da reforma que também tendem tanto ou mais à demissão subjetiva do sujeito. Se a lei institucional é fundada nos ideais, a psicanálise se orienta no sentido de esvaziar esses ideais.

A psicanálise reconhece a função social da instituição de cuidados, pois, “(...) é necessário uma prática de asilo, de cuidados, de assistência – e ocasionalmente de enclausuramento – quando as modalidades danificantes do ‘retorno no real’ da pulsão ameaçam a sobrevivência ou simplesmente a vida social da pessoa que as sofre<sup>33</sup>” (ZENONI,

---

<sup>33</sup> Es necesaria una práctica de asilo, de cuidados, de asistencia – y ocasionalmente de encierro – cuando las modalidades estragantes del ‘retorno en lo real’ de la pulsión amenazan la supervivencia o simplemente la vida social de persona que las sufre”. (ZENONI, 2003, p. 69).

2003, p. 69, tradução nossa). A dimensão do cuidado e da proteção são inerentes ao trabalho realizado na saúde mental, não é à toa que o autor se refere a esses serviços através do termo “instituição de cuidados<sup>34</sup>” (ZENONI, 2003, p. 58, tradução nossa.). Isso por que, se por um lado a clínica pode motivar a cura analítica, por outro ela também exige, como resposta, uma prática social e institucional, ou seja, às vezes a demanda do sujeito é puramente social e isso não é motivo para cair no desmerecimento. É, nesse sentido, que nas “novas instituições” de saúde mental “(...) os dispositivos da reforma são todos eles lugares de cuidados. Mas não são necessariamente (nem se reivindicam) lugares ‘clínicos’- no que esta característica tem de positivo e de restritivo”. (TENÓRIO, 2001a, p. 95).

Zenoni (2003) ressalta, também, que na base da existência da instituição deve também estar colocada sua motivação clínica. A vantagem de considerar a motivação clínica da instituição é a de que, desta forma, se evita o desconhecimento de sua função social. Isso impede a repetição do que aconteceu na Itália, ou seja, a supressão das instituições de internação.

A instituição não deve ser mantida pelo fato de que cura, nem deve ser suprimida porque não cura. Por que, no primeiro caso, o risco de considerar como natural o fato de permanecer no hospital com duração indeterminada, é grande; e em segundo, é grande o risco de ver os pacientes soltos às dificuldades no retorno à família ou no meio natural que os expõem a errância e a novas passagens ao ato<sup>35</sup>. (ZENONI, 2003, p. 69- 70, tradução nossa).

### **3.3. DE UMA POLÍTICA DA CIDADANIA A UMA CLÍNICA DO SUJEITO.**

É no campo da cidadania que a reforma psiquiátrica inscreve o louco. Mas será que o fato de reconhecer o sujeito em sua dimensão civil basta para que se possa orientar o

---

<sup>34</sup> “Institución de cuidados”. (ZENONI, 2003, p. 58).

<sup>35</sup> La institución no debe ser mantenida por el riesgo de considerar como natural el hecho de permanecer el hospital ‘con duración indeterminada’, es grande; y, en segundo, es grande el riesgo de ver a los pacientes librados a las dificultades de un retorno a la familia o en medio natural que les exponen a la errancia y a nuevos pasos al acto”. (ZENONI, 2003, p. 69 -70).

atendimento que lhe é oferecido? É o que pergunta Altoé (1999). Podemos estender esta questão para nosso campo público da saúde mental, já que, como aponta Bassols (2003), a condição em que se encontra o sujeito do sofrimento psíquico, na rede assistencial, deste começo de século, é um assunto tanto político quanto clínico.

Para alguns autores como Ubieto (2003), o estatuto de cidadania que a reforma psiquiátrica reivindica para o louco, assim como o discurso científico que o inscreve no registro da doença dificultam o estabelecimento de uma certa dialetização entre a instância individual e coletiva.

Nossa hipótese é que o binômio individual – coletivo tem recebido um tratamento pouco dialético gerando assim respostas oscilantes entre um predomínio do individualismo, com seu correlato metodológico, ou um dogmatismo coletivista em nome do qual se tem estabelecido, de maneira diretiva e, portanto paradoxical, as (mal) chamadas intervenções<sup>36</sup> (UBIETO, 2003, p. 83, tradução nossa).

O sujeito é, então, colocado no lugar do cidadão ou do doente e, nesse sentido, é comum que prevaleça a dimensão do civil, ou da doença e que a singularidade seja posta em segundo plano. Isso, contudo, não é sem efeitos.

Esse sujeito, que devemos definir como o sujeito da palavra, um sujeito que se descobre comprometido de sua palavra, seguirá ali irreduzível ao genoma mais complexo que obtemos. E é a esse sujeito a quem se dirige a psicanálise<sup>37</sup>. (BASSOLS, 2003, p. 51 – 52, tradução nossa).

Laia (2003b) cita o caso de um paciente que “entusiasmado com a liberdade

---

<sup>36</sup> “Nuestra hipótesis es que el binomio individual - colectivo ha recibido un tratamiento poco dialéctico generando así respuestas oscilantes entre un predominio del individualismo, con su correlato metodológico (case management), o un dogmatismo colectivista en nombre del cual se han establecido, de manera directiva, y por tanto paradójica, las (mal) llamadas intervenciones”. (UBIETO, 2003, p. 83).

<sup>37</sup> Ese sujeto, que debemos definir como el sujeto de la palabra, un sujeto que se hace cargo de su palabra, seguirá estando ahí irreducible al genoma más complejo que obtengamos. Y es a ese sujeto a quien se dirige el psicoanálisis. (BASSOLS, 2003, p. 51-52).

promovida pela reforma psiquiátrica, decide montar uma associação de usuários dos serviços de saúde mental” (LAIA, 2003b, p. 80). Assim, ele passa a ser convocado para testemunhar sua experiência como “psiquiatrizado”. Após algum tempo, perturbado com os convites, endereça à instituição um pedido para que parem de convocá-lo.

Em outro exemplo, após uma mudança institucional que alterava os horários e dias de funcionamentos de duas oficinas das quais o sujeito participava, este volta a se apresentar agitado e com uma intensa atividade delirante, “(...) ele fazia um uso singular da montagem institucional” (LAIA, 2003a, p.118). Num outro caso, o esclarecimento dado à família do sujeito informando-lhes que, passado o momento da crise, ele seria liberado de volta para casa, é o suficiente para que este cometa uma passagem ao ato. “Assim, a tentativa de inclusão no funcionamento institucional retornou sobre Nelson como uma passagem ao ato que nos revela o quanto, para esse paciente, reinsserir-se significa, ser excluído, cuspidor como um dejetor”. (LAIA, 2003a, p.118). É nesse sentido que, para a psicanálise lacaniana, as práticas ditas humanitárias e de direitos humanos podem ser tão segregadoras quanto as ditas manicomiais.

Como observamos até aqui, o reconhecimento da condição enigmática e dura da loucura, às vezes, é ignorado ou mesmo banalizado em função dos ideais de inclusão social, de direitos humanos e de cidadania que, por ocasiões, atropelam essa condição particularizada. Assim é que surge no campo da reforma psiquiátrica a tendência pela qual a política se sobrepõe à clínica. Isso favorece uma prática guiada por ideais políticos e sociais. Tenório (1999) discute essa questão da seguinte forma:

A aversão à eventual necessidade de asilo e tutela por parte do psicótico (...), da redução da condição psicótica a uma discussão humanista sobre a cultura (...); a redução da complexidade do tratamento da psicose a repetidas cartas de intenções (...); a romantização da loucura; a aposta voluntarista nas potencialidades do psicótico (trabalhe, seja independente, cuide de si); a valorização ingênua dos ideais de autonomia e liberdade (que desconhece o caráter radicalmente

heterônimo de nossa condição); a facilidade com que delírios e alucinações são reduzidos a terapêutica de um bem-estar psicossocial, ainda que produzindo um agenciamento social mais generoso, tudo isso pode servir a nossa dificuldade de admitir a diferença radical e a dureza da condição psicótica. (TENÓRIO, 1999a, p.130 -131).

Assim, o percurso que vai de uma política de cidadania a uma clínica do sujeito engendra uma prática que está sempre no porvir, visto que exige circulação da palavra, negociação e enfrentamento com o inusitado.

### **3.4. ANALISAR E GOVERNAR: DUAS DAS TRÊS PROFISSÕES IMPOSSÍVEIS.**

Em 1925, num prefácio à obra de August Aichorn, *Juventude Desorientada*, Freud (1996d) comenta sobre duas profissões impossíveis, educar e governar, e acrescenta a análise como sendo a terceira delas. No início de 1937, em seu artigo, *Análise terminável e interminável* Freud (1996e) volta a esse tema. Nesse artigo, o editor inglês comenta que Freud se coloca numa posição um tanto pessimista em relação a psicanálise visto que põe em relevo suas limitações terapêuticas. Na nota do editor inglês, encontramos o seguinte comentário sobre o artigo:

O artigo, como um todo, dá impressão de pessimismo quanto à eficácia terapêutica da psicanálise. As limitações desta são constantemente acentuadas, e insiste-se nas dificuldades do procedimento e nos obstáculos que se interpõem em seu caminho. Na verdade, essas limitações constituem seu tema principal. Na realidade, contudo, nada há de revolucionário nisso. (FREUD, 1996e, p. 225).

Não é à toa que neste trabalho a análise surge, mais uma vez, como sendo a terceira de outras duas profissões, consideradas por ele impossíveis.

Quase parece como se a análise fosse a terceira daquelas profissões 'impossíveis' quanto às quais de antemão se pode estar seguro de chegar a resultados insatisfatórios. As outras duas, conhecidas há muito mais tempo, são a educação e o governo.(FREUD, 1996a, p. 265).

Segundo nossos estudos, a idéia de que a educação e o governo são duas tarefas impossíveis foi dita pela primeira vez por Kant em sua obra, Sobre a Pedagogia que data da segunda metade do século XVIII. "Entre as descobertas humanas há duas difícilimas, e são: a arte de governar os homens e a arte de educá-los". (KANT [1724-1804], 2002, p. 20).

Tendo em vista o recorte proposto nessa investigação teórica, nos deteremos, especificamente, na arte de governar e na prática de analisar, já que pretendemos formalizar a idéia de um analista gestor.

No entanto, antes de iniciarmos uma discussão mais aprofundada sobre esta questão há, ainda, segundo o editor inglês deste artigo, um outro elemento que merece destaque e que, aqui, serve de introdução para nossa reflexão. Trata-se da posição de Freud no sentido de ressaltar seus interesses ditos não terapêuticos da psicanálise.

Freud sempre esteve bem ciente das barreiras ao sucesso da análise e sempre se mostrou pronto a investigá-las. Ademais, sempre esteve ávido por dirigir a atenção para a importância dos interesses não terapêuticos da psicanálise, direção em que jaziam suas próprias preferências pessoais, particularmente no último período de sua vida. (FREUD, 1996e, p. 225 - 226).

De fato, o último período da vida de Freud foi marcado por um conjunto de escritos, voltados para discussões, que ampliaram o campo de atuação da psicanálise, o que, de certa forma, nos abriu as portas para que o olhar freudiano pudesse ser aplicado a diversos temas da vida cotidiana.

Voltando ao ponto central do nosso tema, Lacan (2003b), em Radiofonia, relaciona a

impossibilidade que marca essas três profissões citadas acima com a questão do real, esse resto da operação de simbolização que encontramos na linguagem<sup>38</sup> e que direciona a prática lacaniana. “Governar, educar e psicanalisar são desafios, de fato, mas, ao dizê-los impossíveis, só fazemos garantir prematuramente que sejam reais”.(LACANb, 2003, p. 444). Prematuramente por que, segundo Lacan (2003 b) é preciso que dêem prova disto. E ele mesmo se pergunta: “Como obrigá-las” – as profissões – “a demonstrar seu real, a partir da própria relação que, por estar presente, exerce a função dele como impossível?” (LACANb, 2003, p. 445). Como demonstrar algo inscrito na ordem do impossível?

#### **3.4.1. A impossibilidade de analisar.**

O quê, exatamente, Freud (1996e) se referia ao sugerir que a análise pudesse ser uma profissão impossível? No artigo em questão, ele antecipa algumas dificuldades na prática analítica como, por exemplo, a longa duração do tratamento, o caráter terminável e interminável do mesmo, os obstáculos no caminho da cura, a própria formação do analista, entre outras. Nestas questões, ele parece apontar para a impossibilidade inerente à análise de concretizar, se é que podemos dizer assim, um tratamento completo. Toda a discussão de Freud, neste sentido, está sustentada por uma argumentação técnica e tida como uma das últimas estritamente psicanalíticas realizadas por ele.

De acordo com Rabinovich (2005), Freud propôs que o que confere um estatuto à psicanálise é a renúncia a toda tentativa de educação e de governo, ou seja, a ruptura com toda forma de dominação, assim como verificamos no discurso do analista formalizado por

---

<sup>38</sup> Definição realizada em uma das orientações feitas com o Prof. Luís Flávio. (Informação verbal).

Lacan (1992).

Em Radiofonia, Lacan (2003 b) associa as três profissões impossíveis a sua teoria dos quatro discursos, ressaltando ainda a questão do real. No seminário XVII, Lacan (1992) associa o real com o impossível. De fato, parece estar aí o ponto fundamental que situa a prática lacaniana.

Vocês conhecem, aliás, na falha, um leit-motiv do último Lacan. Ele fez de tudo para se colocar na posição de falhar, de falhar seus nós, e, evidentemente, esta falha não é uma falha contingente – **esta falha é a manifestação da relação com um impossível**<sup>39</sup>(...). E, nós, seus auditores e seus leitores, fomos invadidos por essas noções de falha e do impossível; ele nos inoculou esses termos, que precisamente, nos protegeram, foram como anticorpos em relação ao discurso do ‘isso funciona’ e às novas práticas da psicanálise que, todas, têm esse princípio. A prática lacaniana exclui a noção de sucesso. (MILLER a, 2004, pág 5, inédito).

Para Lacan (1992), “a principal característica da psicanálise é que ela parte do psicanalista” (LACAN, 1992, p. 77). Se por um lado, constatamos que, no discurso do analista, ele é o agente que no nível da aparência organiza esta trama discursiva, por outro lado, como afirma Brodsky (2003), o agente do discurso é sempre um semblante. No caso do discurso do analista este ocupa o lugar de um agente que cumpre a função de resto, de objeto. Desta forma, interroga o sujeito no que se refere a sua divisão, provocando, assim, a produção do significante que pode resolver sua relação com a verdade. O saber que no discurso do analista é colocado no lugar da verdade é o que caracteriza este discurso. Lacan (1992) vai dizer que o saber no lugar da verdade é um enigma, um dizer pela metade.

Nesse sentido, nos alerta:

Quanto mais a procura de vocês envereda pelo lado da verdade, mais vão sustentar o poder dos impossíveis, que são aqueles que enumerei respectivamente da última vez – governar, educar, analisar, eventualmente. Quanto à análise, em todo caso, é

---

<sup>39</sup> Grifo nosso.

evidente. (LACAN, 1992, p. 179).

O que o discurso do analista revela é a“ (...) a impossibilidade de governar aquilo que não se domina, ao traduzi-la como impotência da sincronia de nossos termos: mandar no saber” (LACAN, 2003b, p. 445). Dito de outra forma, o analista não tem domínio em relação ao saber revelado como verdade pelo discurso. Nesse ponto, lembramos o que disse Lacan (1998a) em A direção do tratamento e os princípios de seu poder, ou seja, que o analista dirige o tratamento, mas de modo algum o paciente.

Assim, na orientação lacaniana, o ato de analisar está vinculado à dimensão do real, que, por sua vez, também nos envia para o que é da ordem do impossível. No seminário VII, Lacan (1997) lembra-nos que o analista só pode dar aquilo que tem, ou seja, seu desejo. Mas que este é um desejo prevenido, já que o analista não pode desejar o impossível, ou seja, desejar pelo sujeito. Miller (2004) aponta o analista como aquele que lida com a falha da mesma forma que afirma que tamponá-la também é da ordem do impossível.

O discurso do analista, como um engendramento de laço social, requer a presença de um agente que aceite tornar-se objeto, resto, ou seja, que sustente no nível manifesto uma relação na qual é preciso saber não saber. E isso pode se dar em diferentes momentos e em diferentes situações.

### **3.4.2. A impossibilidade de governar.**

Vejamos agora o que podemos dizer do ato de governar. Ele nos parece se inscrever do lado do registro da política, ou melhor, no discurso do mestre. Trata-se do extremo oposto ao do analista? Vejamos isso mais de perto.

Do lado da gestão, trata-se do exercício de uma função que se destina a formalizar, ordenar e traçar caminhos para o exercício de uma prática social que deva assistir a um conjunto de cidadãos de maneira universal, igualitária e integral. Um exemplo é a gestão de instituições que fazem parte do Sistema Único de Saúde brasileiro. No cotidiano da saúde mental, a função do gestor está diretamente ligada ao trabalho com a política cabendo a ele cuidar para que estas se mantenham firme numa direção única de ações para todos.

Um ponto em comum entre o campo das políticas de saúde mental e a psicanálise, ou seja, entre governar e analisar, é a função social de ambas em agenciar a psicose no campo coletivo. Resguardando as diferenças necessárias.

O trabalho institucional, hoje, no âmbito da gestão, implica a implementação de um trabalho em rede. Bassols (2003), assim como Ubieto (2003), discutem essa questão contemporânea ao campo público da saúde mental. No âmbito da universalização das ações que prevêm, entre outros, o direito ao atendimento integral no sistema público de saúde a qualquer cidadão, o termo acesso, que é um direito de todos, se confunde com o conceito psicanalítico de demanda, que é um pedido singular, endereçado a alguém ou a alguma coisa.

Responsabilizar-se pelo cuidado de TODOS é um princípio ético e um princípio do sistema público de saúde. Entretanto, acesso integral não equivale à demanda integral. É necessário na organização da saúde pública, pelo menos na saúde mental, que possamos diferenciar acesso de demanda. A demanda é uma construção operada a partir de um delicado trabalho de escuta e avaliação de cada caso que chega a um serviço. A demanda é singular, o acesso é integral. (VENTURA, 2002, p. 197).

O marco estrutural que confere existência à figura do gestor não lhe oferece recursos para a formalização dessa questão. Dessa forma, é impossível ao gestor resignificar a questão da demanda endereçada à instituição. O que é possível a ele é atrelar

a demanda ao acesso que é um princípio das políticas públicas de saúde mental. A era do acesso, como nomeia Bassols (2003), faz com que se encurte cada vez mais a distância entre o desejo e a satisfação. A demanda se apresenta de forma imperativa como uma exigência de satisfação instantânea que impede o sujeito de reconhecer seu próprio desejo. Neste contexto, como ele comenta, o tempo de compreender se evapora.

A demanda em todos os seus registros, nesta nova era do acesso, se apresenta de um modo imperativo como uma demanda de satisfação instantânea, e é a demanda de eficácia e rentabilidade que recebem hoje os profissionais da rede de saúde mental, que recebem tanto dos que hoje se chamam seus usuários como dos próprios gestores da dita rede<sup>40</sup>. (BASSOLS, 2003, p. 54, tradução nossa).

Um ponto que reflete o impossível de governar no campo público da saúde mental refere-se ao fato de que o trabalho do gestor está inteiramente ligado ao registro, à coleta de dados, à análise deles e à tomada de decisões em cima disso. A questão é que este referencial traz a ilusão de que “isso funciona” tal como Miller (2004, inédito) pontuou. O impossível presente aí está no fato de que a clínica, propriamente dita, não é contabilizada, nem medida, tal como já foi antecipado.

Outro aspecto que, na orientação lacaniana, é da ordem do impossível e que se aplica ao ato de governar é a questão que se refere à prevenção e à promoção da saúde mental, que também consistem em funções do gestor deste campo. Tendo a psicanálise como referência, o mal estar é algo estruturalmente inerente ao sujeito. Isso não quer dizer que a psicanálise não reconheça certas condições sociais básicas, como moradia, alimentação, trabalho, saúde, educação e lazer como aspectos necessários para a vida do homem. Nenhum emprego, habitação, educação ou assistência retira o homem, um ser

---

<sup>40</sup> La demanda en todos sus registros, en esta nueva era del acceso, se presenta de un modo imperativo como una demanda de satisfacción instantánea, y es la demanda de eficacia e rentabilidad que reciben hoy los profesionales de la red de salud mental, la que reciben tanto de lo que hoy se llaman sus usuarios como de los propios gestores de dicha red. (BASSOLS, 2003, p. 54).

falante, de suas amarras identificatórias, de sua ligação com a instância significante e de sua relação com o gozo. Tampouco são capazes de operar alguma transformação na maneira singular com a qual o sujeito se posiciona frente ao Outro. A psicanálise nos lembra que o homem da sociedade não possui apenas a dimensão do cives, mas também a da subjetividade.

### **3.4.3. Analisar e governar: isso funciona?**

A política pública tem seu lugar e sua importância no coletivo. E é preciso pontuar que inscrevê-la em outro registro é algo impossível, pois, se assim o fosse, ela deixaria de ser política. É sua estrutura discursiva e sua função social que a definem como tal, com todos os seus desdobramentos.

Podemos dizer que aquilo que se encontra no âmbito da política, ou, do lado do mestre, organiza-se pelo discurso do “isso funciona”, apontado por Miller (2004a). Aí está a missão do gestor, ou seja, levar a frente um projeto político coletivo, sustentado a partir do discurso da eficácia.

Um ponto em comum entre analisar e governar está no fato de que ambos são profissões impossíveis. Porém, há, também, algo no nível da estrutura que as põe em oposição. Se de fato como diz Lacan (1992), no seminário XVII, o discurso do mestre é simétrico ao do analista, ou seja, é seu avesso, o primeiro tem suas ações norteadas pela universalidade e o segundo, pela singularidade de cada sujeito.

Sendo assim, analisar e governar têm em comum o fato de serem tarefas fadadas a fracassar. Mas o que as diferencia é que a psicanálise pretende se manter neste horizonte e a política se esforça para sair dele, ou seja, a única forma que conhece para lidar com suas

rachaduras é tentar colá-las, é sustentar a ilusão de um discurso totalizante.

Parece-nos pertinente colocar a questão:: é correto falarmos em um analista gestor, visto que no nível do discurso, um analista não governa? E a psicanálise? Deve ou não se interessar por essa discussão e de que forma fazê-la? Encontramos a seguinte citação de Miller que aponta uma direção para a psicanálise:

(...) será que a psicanálise vai, deve conservar a mesma distância – de bom grado sarcástica – para com a política, tal como ela mantinha na idade das ideologias? Acho que não poderá fazê-lo. O privado se tornou público. Estamos diante de um amplo movimento, um destino da modernidade, e, nele, a psicanálise está arrastada, para o melhor ou para o pior. (MILLER, 2004, b p. 19).

Vejamos, agora, como se delinea o campo da ética psicanalítica no ensino de Lacan.

### **3.5. A PSICANÁLISE LACANIANA E SUA ÉTICA.**

Delimitar um campo político e institucional no qual, de alguma forma, o analista possa intervir implica, necessariamente, abordar a questão da ética da psicanálise. Se o analista em questão não é chamado a ocupar, na instituição, esse lugar que lhe é próprio e, sim, um outro, o de um gestor cuja função se constitui sobre um marco totalmente oposto ao da psicanálise, isso implica estabelecer um campo de atuação que, inevitavelmente, abarcará uma dimensão coletiva, visto que, a princípio, o campo de atuação de um gestor se inscreve no registro daquilo que se refere ao homem, ao humano.

Muito geral na medida em que a experiência da psicanálise é altamente

significativa de um momento do homem que é aquele em que vivemos, sem poder sempre, e até pelo contrário, discernir o que significa a obra, a obra coletiva, na qual estamos mergulhados. E, por outro lado, muito particular como é nosso trabalho de todos os dias, ou seja, a maneira pela qual temos de responder na experiência ao que lhes ensinei a articular como uma demanda, demanda do doente a qual nossa resposta confere uma significação exata (...) - em suma profundamente inconsciente, dessa demanda. (LACAN, 1997, p. 9-10).

É assim que Lacan (1997) nos introduz na questão da ética, ou seja, mostra-nos que a experiência analítica está implicada na experiência humana, pois, “(...) é com o homem, com uma demanda humana permanente, que estamos envolvidos em nossa experiência seja ela a mais cotidiana.” (LACAN, 1997, p. 16). O sujeito, assim como é formulado na psicanálise, surgirá a partir das manifestações do inconsciente, a partir da linguagem e segundo uma escuta, a escuta analítica. É, nesse sentido, em um outro momento que ele surge. O que se apresenta de início é a dimensão do homem, com suas necessidades e demandas. Veremos mais adiante o que essa afirmação pode significar e em que medida a demanda do homem pode estar articulada àquilo que se entende por uma ética da psicanálise na orientação lacaniana.

A ética da psicanálise é algo cujo conceito e cuja formalização foram apresentados por Lacan (1997) em seu seminário VII, no decorrer dos anos de 1959 – 1960. Lacan toma como ponto de partida a origem do pensamento moralista em Aristóteles que conceitua ética como aquela que pode conduzir o homem a uma reflexão sobre sua condição humana, seus hábitos e virtudes. Ela se estabelece a partir da relação do homem com sua ação e, mais ainda, refere-se a uma direção, uma tendência de um bem que engendra um ideal de conduta. Lacan conceitua essa ética da seguinte forma:

A ética consiste essencialmente – é sempre preciso tornar a partir das definições – num juízo sobre nossa ação, exceto que ela só tem importância na medida em que a ação nela implicada comporta também, ou é reputada a comportar, um juízo, mesmo que implícito. A presença do juízo dos dois lados é essencial à estrutura. (LACAN, 1997, p. 373).

A referência à ética aristotélica é trazida para demonstrar que a experiência analítica não se situa neste mesmo marco. “Criticaram-me por ter dito que nossa experiência adquire seu valor exemplar do ponto de vista da ética pelo fato de ela ignorar a dimensão do hábito, pelo qual se aborda, geralmente, o comportamento humano em função de um aperfeiçoamento, de um adestramento”. (Lacan, 1997, p. 271). Ressalta ele, com isso, que o campo da ética é eminentemente o campo da moral.

Começamos notando isso que torna, em suma, esse assunto eminentemente acessível, e até mesmo tentador – não há ninguém na psicanálise, creio eu, que não tenha sido tentado a tratar o assunto de uma ética, e não fui eu quem criou o termo. É igualmente impossível desconhecer que estamos mergulhados nos problemas morais propriamente ditos.(LACAN, 1997, p. 10).

Há que se estabelecer certas definições. A moral em Aristóteles, segundo Lacan (1997), consiste num ideal de homem que se reflete num ideal de cidade e de política. Ao afirmar que estamos mergulhados nos problemas morais, é preciso esclarecer que isso não significa que a ética da psicanálise é a ética da moral. Se assim o fosse a prática analítica teria que ser entendida como algo que visa a um ideal de harmonização psicológica, ou que promove uma moralização racionalizante, termos que encontramos no texto lacaniano. Mas a ética da análise não é algo que incide sobre o registro da ordenação, do adestramento ou da harmonização.

Tomar a ética da moral como parâmetro foi apenas o ponto de partida escolhido por Lacan (1997), para formalizar uma ética da psicanálise. Ele dialetiza com aquilo que é da ordem da demanda e da necessidade para pôr em relevo o que é da ordem da psicanálise, ou seja, a questão do desejo. Aponta que no desejo do homem habita uma ação e isso se dá através de duas dimensões: a dimensão trágica, na qual Édipo é a grande

referência, e que se exerce no sentido de um triunfo da morte e a cômica por se tratar do fracasso fundamental em se alcançar o desejo.

É na medida em que a demanda está para além e para aquém de si mesma, que, ao se articular com o significante, ela demanda sempre outra coisa, que, em toda satisfação da necessidade, ela exige outra coisa, que a satisfação formulada se estende e se enquadra nessa hiância, que o desejo se forma como o que suporta essa metonímia, ou seja, o que quer dizer a demanda para além do que ela formula. E é por isso que a questão da realização do desejo se formula necessariamente numa perspectiva de Juízo final. (LACAN, 1997, p. 353).

No modelo da ética aristotélica, aquilo que é da ordem da demanda e da necessidade é ressaltado. Esse campo Lacan (1997) chamou de serviço dos bens. “O serviço dos bens é a posição da ética tradicional”. (LACAN, 1997, p. 377). Ele afirma que o conceito de felicidade em Aristóteles, por exemplo, é algo buscado como um bem que deve ser alcançado percorrendo-se o caminho da virtude.

Na prática do analista, este depara-se, cotidianamente, com uma demanda de felicidade sem sombras, endereçada pelos pacientes. É o que nos diz Lacan (1998a) em 1958, no seu texto A direção da cura e os princípios de seu poder. Segundo ele, espera-se que o analista seja alguém feliz, livre das agruras habituais da vida, visto que do contrário, como poderia oferecer algo que não possui? Isso se aproxima do ideal que encontramos no campo da política, mais especificamente da política pública, esta forma de regulação social cuja função, ao nível do que é manifesto, é a de reconhecer o indivíduo como um cidadão, garantindo-lhe direitos e deveres igualitários a fim de construir uma sociedade mais justa. Em relação a essa justiça social, almejada no campo da política, lembremos de Lacan (1992), no Seminário XVII, quando afirmou que a origem da fraternidade humana é sempre a segregação. A idéia de algo que vai na contramão da harmonia, de uma completude esférica, pode ser percebida como uma das marcas do ensino lacaniano. Além

disso, Lacan (1997) põe em outro registro o que normalmente colocamos no registro do humanitarismo. Querer fazer o bem, ao sujeito, é algo que Lacan coloca entre parênteses para nos perguntar: bem de quem? O desejo de fazer o bem ao outro, de exercer uma prática humanitária é algo que, no olhar lacaniano, se inscreve perigosamente lado a lado com a segregação e com o poder. “A ordem das coisas em que a ética tradicional se funda é a ordem do poder, de um poder humano, por demais humano”. (LACAN, 1997, p. 377).

### **3.5.1. Ética moral e ética do desejo: qual a bússola para a psicanálise?**

A relação da sociedade com aquilo que é da ordem da lei, ou do mandamento, estabelece-se de maneira paradoxal. Como vimos, as leis que em nosso caso se inscrevem no campo da política pública da saúde mental não garantem uma sociedade livre da segregação da qual a loucura tem sido objeto. Ao contrário disso, revelam uma sociedade estruturalmente segregadora. A incapacidade de sustentação da diferença que se estabelece pela via moral leva à massificação do sujeito. Por esse viés, o sujeito costuma encontrar como saída, a transgressão à lei. É dessa forma que a singularidade costuma emergir, ou seja, no registro da diferença que, pela via da ordem pública, deve ser re-formada. No entanto, essa articulação tem um outro lado.

É mais do que evidente que não apenas as sociedades vivem muito bem com referências a leis que estão longe de suportar o estabelecimento de uma aplicação universal, mas bem mais, como já lhes indiquei da última vez, é pela transgressão dessas máximas que as sociedades prosperam. (LACAN, 1997, p. 99).

Por isso, ao ressaltar que no campo da política não pode haver satisfação de

ninguém, se não houver a satisfação de todos, Lacan (1997) o diz se opondo a essa idéia e marcando o caráter moral nela presente. Lembra-nos da máxima kantiana que diz “faz de tal modo que a máxima de tua ação possa ser tomada como uma máxima universal” afirmando que está aí a única definição possível de uma ação moral. É interessante notar, também, que Lacan propõe uma outra tradução para esta máxima: “Age de tal modo que a máxima da tua vontade possa sempre valer como princípio de uma legislação que seja para todos”. (LACAN, 1997, p. 96). No texto lacaniano, o oposto do referencial moral é representado pela figura de Sade.

Até o final do século XVIII, a política, segundo Laurent (2000a), se baseou, essencialmente, na busca pela felicidade. A esse respeito, encontramos, em Lacan, a seguinte citação

É fato que não nos recusamos a prometer a felicidade, numa época em que a questão de sua medida se complicou: antes de mais nada porque a felicidade, como disse Sant-Just, tornou-se um fator da política.

Sejamos justos: o progresso humanista, de Aristóteles a São Francisco (de Sales), não satisfaz as aporias da felicidade.

Perde-se tempo, como sabemos, procurando a camisa de homem feliz, e aquilo a que se chama uma sombra feliz deve ser evitado, pelos males que propaga. (LACAN, 1998a, p. 620-621).

Mas, hoje, segundo Laurent (2000), a política consiste numa busca pelo sentido. A posição do sujeito moderno é a da busca do sentido, “(...) na mesma medida em que a ciência faz calar o sentido na civilização. (...) E, efetivamente, ordenar estes sentidos, (...) – para nós psicanalistas – fundamentalmente, o sentido sexual, é uma problemática política que alcança o programa da civilização<sup>41</sup>” (LAURENT, 2000a, p. 49, tradução nossa). O sentido sexual a que o autor se refere consiste na noção de não completude, de falta, daquilo que falha no próprio programa da civilização e que, segundo ele, “(...) Freud

---

<sup>41</sup> Y, efectivamente, ordenar estos sentidos, (...) – para nosotros, psicoanalistas – fundamentalmente, el sentido sexual, es una problemática política que alcanza el programa de la civilización. (LAURENT, 2000a, p. 49).

assinala um mal estar fundamental, para o qual não promete nenhum remédio, nenhuma qualidade de vida, mas uma qualidade de mal estar, uma maneira de fazer com este mal estar<sup>42</sup>”. (LAURENT, 2000a, p. 45, tradução nossa).

Ao analista lacaniano caberia, então, a pergunta? Sua posição neste contexto seria a de reforçar a idéia de uma felicidade como fator de política, uma felicidade sem sombras, ou de instaurar uma problemática acerca da ordenação dos sentidos, tomando com referência o sentido sexual?

Dessa forma, começa a ficar claro a afirmação de Lacan (1997) quando disse que estamos todos mergulhados nos problemas morais, propriamente ditos, em nossa experiência mais cotidiana.

No entanto, ele é enfático ao dizer que “(...) nunca pensamos em ceder à ilusão do paciente de que facilitar sua demanda em prol da satisfação da necessidade, de algum modo, seu problema resolveria”.(LACAN, 1998a, p. 640). Colocar o analista no lugar daquele que promete ao sujeito o acesso a tudo o que se situa como um bem é para Lacan (1997), uma imprudência na qual não se deve cair. O próprio Lacan nos pergunta:

A perspectiva teórica e prática de nossa ação deve reduzir-se ao ideal de uma harmonização psicológica? Devemos, na esperança de fazer nossos pacientes aceder a possibilidade de uma felicidade sem sombras, pensar que a redução pode ser total da antinomia<sup>43</sup> que o próprio Freud articulou tão poderosamente? (LACAN, 1997, p. 363).

Na orientação lacaniana, estamos longe de toda a disciplina da felicidade cuja referência é a aristotélica, ou seja, moral. Para o autor, “constituir-se como garantia de que o sujeito possa, de qualquer maneira, encontrar seu bem, mesmo na análise, é uma espécie

---

<sup>42</sup> (...) Freud aísla un malestar fundamental, para el cual no promete ningún remedio, ninguna cualidad de vida, más bien una cualidad de malestar, una manera de hacer con este malestar. (LAURENT, 2000a, p. 45).

<sup>43</sup> A redução da antinomia da qual Lacan se refere trata-se da instância do supereu que engendra a trama neurótica a partir do sentimento de culpa, cujo modelo clássico é o da neurose obsessiva.

de trapaça”. (LACAN, 1997, p. 364).

Desta forma, a questão do bem, ou melhor, do serviço dos bens, é colocada na obra lacaniana como algo que engendra a relação do sujeito com o desejo. “(...) A questão do bem é tão próxima quanto possível de nossa ação. Tudo o que se opera de trocas entre os homens, e ainda mais uma intervenção como a nossa tem, por costume, colocar-se sob a chefia e a autorização do bem (...)”.(LACAN, 1997, p. 266-267). Nesse sentido, Lacan (1997) é radical ao afirmar que a posição do analista, em relação ao desejo de curar o paciente, consiste num desejo de desencaminhar. Trata-se de um “não-desejo de curar”. E justifica sua afirmação ressaltando que “essa expressão não tem outro sentido senão o de nos alertar contra as vias vulgares do bem, tal como elas se oferecem a nós tão facilmente em seu pendor, contra a falcatrua benéfica do querer-o-bem-do-sujeito”. (LACAN, 1997, p. 267).

No ponto em que Lacan (1997) toca na questão do desejo, ele introduz, também, o tema do utilitarismo. Partindo do conceito de necessidade, ou seja, de algo que, de início, situa-se na ordem do corpo, leva-nos à compreensão de que a satisfação de uma necessidade nunca é total, pois sempre sobra um resto e é isso que funda a demanda. A partir daí, o homem deseja. Qual bem o homem continua a desejar a partir daí? “A longa elaboração histórica do problema do bem é centrada, no final das contas, na noção de como são criados os bens, dado que se organizam, não a partir de necessidades pretensamente naturais e predeterminadas (...)”.(LACAN, 1997, p. 279).

Vivemos em um a época em que sabemos o que isso veicula – falsificações, publicidade, troços para vender. Mas sabemos também que é com isso que a coisa funciona, o ponto em que estamos da eclosão, do paroxismo do discurso do mestre numa sociedade que encontra aí seu fundamento. (LACAN, 1992, p. 119).

Tomando Lacan (1992) como referência, Belaga (2003) nos diz que o percurso

analítico refere-se a um tratamento do impossível. Na orientação lacaniana a prática psicanalítica se estabelece a partir do real. No seminário XVII Lacan (1992) já dizia deste impossível que se refere ao real.

Pois bem, coisa curiosa para um pensamento sumário que pensaria que toda exploração da ética deve incidir sobre o domínio do ideal, senão do irreal, iremos, pelo contrário, ao inverso, no sentido de um aprofundamento da noção de real. A questão ética, uma vez que a posição de Freud nos faz progredir nesse domínio, articula-se por meio de uma orientação do referenciamento do homem em relação ao real. (LACAN, 1997, p. 21).

A relação que se pode estabelecer entre o real e a política é uma só. O real a desidealiza. É esse mesmo ponto que define a relação entre a psicanálise e a política. Trata-se de uma relação de tensão, de oposição, pois o real “(...) é o único dique para conter o idealismo”.(LACAN, 1992, p. 178).

Terminemos com a seguinte citação de Lacan:

Um pouco mais de rigor e de firmeza é exigível em nossa confrontação com a condição humana, e é por isso que relembrei, da última vez, que o serviço dos bens tem exigências, que a passagem da exigência de felicidade para o plano político tem conseqüências. O movimento no qual o mundo em que vivemos é arrastado promovendo até suas últimas conseqüências o ordenamento universal do serviço dos bens implica uma amputação, sacrifícios, ou seja, esse estilo de puritanismo na relação com o desejo que se instaurou historicamente. O ordenamento do serviço dos bens no plano universal não resolve, no entanto, o problema da relação atual de cada homem, nesse curto espaço de tempo entre seu nascimento e sua morte, com seu próprio desejo – não se trata da felicidade das futuras gerações. (LACAN, 1997, p. 364).

A ética da psicanálise, se é que podemos defini-la assim, guia-se por aquilo que Lacan (1997) chamou de bússola eficaz no campo da direção ética, ou seja, que o analista não ceda de seu desejo. Dito de outra forma, Lacan (1998 a) vai dizer que o desejo do analista é o vértice da ética psicanalítica.

Desta forma, define-se a distinção entre política e psicanálise.

(...), acredito que há uma política do desejo, não fosse por que a política joga com identificações, e não há identificação que não seja sustentada por um desejo. É nesse sentido que a psicanálise não é uma política, mas sim uma ética que se exerce em sentido contrário. (MILLER, 2004, p. 20).

O gestor se guia pela ética moral de Aristóteles e o analista pela ética do desejo.

## **4. A CONTEMPORANEIDADE DA PSICANÁLISE, SEUS USOS E IMPLICAÇÕES NO CAMPO PÚBLICO DA SAÚDE MENTAL.**

### **4.1. A PSICANÁLISE E O MUNDO CONTEMPORÂNEO:**

Iniciemos por uma afirmação, “(...) de onde está, a psicanálise modifica o mapa, o território dos saberes<sup>44</sup>”. (LAURENT, 2000a, p. 51, tradução nossa). Não há dúvidas de que a psicanálise, atualmente, se encontra em diversos campos de atuação, dentre eles, o campo público da saúde mental. No entanto, observamos que essa questão tem trazido um elemento fundamental para as discussões, acerca do lugar ocupado pela psicanálise, na contemporaneidade. “Não se pode ignorar o impacto da psicanálise no mundo contemporâneo. É um dado incontestável. Mas é também um fato surpreendente, por que o impacto da psicanálise, da teoria psicanalítica é superior ao impacto dos psicanalistas (...)”. (DI CIACCIA, 1996, p. 28). O que o autor advertia há dez anos atrás é que, se por um lado a teoria analítica é utilizada em diversos campos de atuação distintos ou mesmo opostos à experiência analítica como tal, por outro, a posição de muitos analistas frente às questões de seu tempo refletem um certo distanciamento das mesmas. “(...) Os psicanalistas são questionados e, sobretudo, dão a impressão de se esquivarem diante das escolhas éticas e políticas do mundo contemporâneo”. (DI CIACCIA, 1996, p. 28).

Por isso, mesmo considerando as exceções à sua afirmação, “não há resultados nas questões importantes – éticas, políticas ou sociais; não aparece nenhuma mudança notória por

---

<sup>44</sup> “(...) donde estás, a psicoanálisis modifica el mapa, el territorio de los saberes”. (LAURENT, 2000a, p. 51).

causa dos psicanalistas”. (DI CIACCIA, 1996, p. 28). Para o autor, isso se deve às vias pelas quais alguns psicanalistas escolheram inscrever sua posição no social. A primeira delas refere-se à aplicação do saber psicanalítico aos problemas humanos no sentido mesmo de uma promessa de solução para estes problemas, ou seja, muitas vezes até no sentido de não responsabilizar o sujeito por seus atos. A segunda via refere-se ao poder que a transferência exerce no social e ao uso que o analista pode fazer dela para outros fins que não apenas no trabalho analítico. E na terceira via é ressaltada a questão da formação do analista. “Somente a formação do psicanalista, compreendida no sentido de Lacan, pode fazer assumir um uso não impróprio do saber e da transferência analítica no social”. (DI CIACCIA, 1996, p. 29).

A questão da formação do analista também merece destaque para Laurent (2000a). O autor ressalta que esta é uma tarefa atribuída às instituições analíticas e também às escolas que formam a AMP, Associação Mundial de Psicanálise. “Há que formar analistas que possam dedicar-se a este objetivo; precisamente, não oferecer a cura analítica a todos, mas poder instalar-se em lugar de ‘uso possível’ para todos”<sup>45</sup>. (LAURENT, 2000a, p. 58, tradução nossa).

É neste contexto que, em um texto cujo título se refere ao Estado e à sociedade, Laurent (1994) afirma que o motivo que o levou a ressaltar estes termos “(...) demonstra nossa vontade de introduzir essa articulação no que diz respeito ao lugar da psicanálise na cultura”. (LAURENT, 1994, p. 11). Ressalta ainda que, conforme o enfoque dado à esta questão, ela pode ser mais ou menos pertinente. Mas, “para nosso objetivo, o de nos aproximarmos da posição do inconsciente e da pulsão nos discursos de nosso tempo, cabe a nós mostrar em que ela é adequada”. (LAURENT, 1994, p. 11). Mas é preciso ressaltar que o próprio Lacan (2003 a) aponta que não se trata de inaugurar uma psicanálise dita social, ou socializante.

---

<sup>45</sup> Hay que formar analistas que puedan dedicarse a este objetivo; precisamente, no ofrecer la cura analítica para todos, sino, poder instalarse en un lugar de un ‘uso posible’ para todos”. (LAURENT, 2000a, p.58).

Que não se acredite, no entanto, encontrar aqui a chamada posição culturalista. (...) Não se trata aqui do Anschluss por meio do qual hoje tentam encaixar a psicanálise numa psicologia que perpetua uma herança acadêmica sob o rótulo da psicologia geral - ou assimilá-la às assunções mais recentes da matéria humana sob as variadas rubricas da sociologia. (LACAN, 2003a, p. 174).

Somos então conduzidos, na orientação lacaniana, a uma mudança de foco, pois, “(...) hoje, já não se questionam mais os fundamentos da teoria analítica, mas os fundamentos éticos do ser psicanalista são questionados”. (DI CIACCIA, 1996, p. 28).

E é por isso que Brodsky (2003) afirma que nesta perspectiva “(...) nesses últimos anos, temos nos dedicado a renovar o conceito de praticante” (BRODSKY, 2003, p. 21), ou seja, da prática do analista lacaniano. A questão que permanece é que o eixo investigado aborda a prática analítica na clínica e não em outra posição.

O contexto de atuação que este analista encontra no século XXI aponta, segundo Laurent (2000a), para uma exigência de eficiência. Essa exigência traz, como consequência, uma questão crucial para a psicanálise, a saber: Como se nortear através da eficácia se o saber do analista consiste num saber sobre o fracasso?

Dessa forma, toda esta discussão que tenta delimitar o lugar da psicanálise lacaniana nos dias atuais nos propicia investigar as práticas que podem se estabelecer quando esta se encontra aplicada ao campo das políticas públicas de saúde mental, por exemplo. É preciso reconhecer que se a criação freudiana sobreviveu à contemporaneidade, isso nos aponta para a possibilidade de que também ela possui uma função social. Negar esta possibilidade é inscrever a psicanálise numa prática vazia e alienada.

A psicanálise, nesse contexto, poderia de fato perder seu lugar no século XXI, no entanto, “(...) a psicanálise é uma prática eficaz e pode sustentar esta posição no século XXI – porque é verdade que no século XXI se não é eficaz não se tem nenhum lugar<sup>46</sup>”. (LAURENT, 2000a, p. 52, tradução nossa).

<sup>46</sup> “(...) el psicoanálisis es una práctica eficaz y puede sostener esta posición en el siglo XXI – porque es verdad que en el siglo XXI si no es eficaz no se tiene ningún lugar”. (LAURENT, 2000a, p. 52).

#### **4.1.1. As aplicações da psicanálise na contemporaneidade.**

No final dos anos 50, Lacan (1998b) nos dizia que “a psicanálise só se aplica, em sentido próprio, como tratamento e, portanto, a um sujeito que fala e ouve”. (LACANb, 1998, p. 758). Essa afirmação demonstrava aquilo que constitui o fundamento da prática psicanalítica, ou seja, a clínica que se estabelece numa experiência analítica enquanto tal.

Na contemporaneidade, observamos a presença de diversas práticas analíticas de orientação lacaniana. Harari, Cardenas e Fruger (2003) apresentam alguns dos usos possíveis da psicanálise lacaniana, em nosso tempo, indicando-nos que:

Se sustentamos que a prática lacaniana se diferencia de todas essas terapêuticas, temos de demonstrá-lo. Enfrentamos um duplo desafio: de um lado, encontrar os modos de ‘rivalizar da boa maneira com a psicoterapia’, cujo terreno é a psicanálise aplicada à terapêutica; do outro, esse terreno traz consigo um perigo de desvio: fazer mau uso da psicanálise aplicada, de tal modo que ela se transforme em uma psicoterapia. (HARARI, Angelina, CARDENAS, Maria Hortência, KRUGER, Flory, 2003, p. 7).

Desta forma, a partir dos autores citados acima, podemos listar experiências como a do analista em sua prática institucional, discutido por Belaga (2003); a invenção da psicanálise na instituição, ou a prática feita por muitos, tema abordado por Di Ciaccia (2003); tema da supervisão em saúde mental, trazido por Harari e Silva (2003), e, ainda a questão de como sair do lugar do analista sem, contudo, deixar de sê-lo, estudada por Horne (2003). Este último parece nos interessar particularmente. Além desses, autores como Laurent (1999), Zenoni (2003), Di Ciaccia (1996) e Miller (2004, inédito) e ainda outros, também têm se ocupado das questões referente ao lugar do analista frente às questões de seu tempo.

Zenoni (2003) ressalta que a psicanálise aplicada à instituição deve considerar a

função social desta, mesmo que seu marco se oponha ao da psicanálise. Esse esforço de formalização de uma prática psicanalítica lacaniana na contemporaneidade nos conduz à chamada psicanálise aplicada. “A vigência da psicanálise aplicada é uma interpretação que a orientação lacaniana situa ante a necessidade de encontrar respostas às demandas sociais, demandas das quais a psicanálise não se pode esquivar”. (HARARI, Angelina, CARDENAS, Maria Hortência, KRUGER, Flory, 2003, p.8).

Brodsky (2003) ressalta que, “(...) em sentido estrito, para Lacan, psicanálise e psicanálise aplicada<sup>47</sup> são sinônimos”. (BRODSKY, 2003, p. 21). Portanto, parece não existir diferença significativa da idéia de psicanálise aplicada, para a de prática analítica.

Trata-se, como observamos no capítulo anterior, de uma prática não standartizada, não padronizada, ou seja, aberta ao inusitado, mas que, contudo, não pode ficar a deriva. Barros (2003) discute essa questão, ressaltando que uma prática analítica sem standard, não pode equivaler a uma prática sem princípios, advertindo-nos, quanto ao risco dos princípios recriarem modelos universais, assim como, o standard. Um bom exemplo disso são os princípios do SUS – Sistema Único de Saúde que encontramos na lei nº 8080/ 90 (BRASIL, 2004a), ou seja, os princípios de acessibilidade, de universalidade, resolutividade, entre outros, apontam para uma direção única de ações. Na psicanálise lacaniana, a recusa ao standard já é um princípio. Laurent (2000a) vai dizer que uma clínica não standard é uma clínica consumidora de novas ficções jurídicas, ou seja, um esforço contemporâneo em transformar as regras para inscrever um objeto novo nas normas. As políticas públicas de saúde mental apontam como novas ficções jurídicas a rede de assistência encontrada neste campo, ou seja, os chamados serviços substitutivos aos quais nos referimos no primeiro capítulo.

Nesse sentido, recorreremos mais uma vez a Brodsky (2003) quando esta nos diz que a

---

<sup>47</sup>Para o termo psicanálise aplicada ver também em MILLER, Jacques-Alain, Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia. (inérito).

prática analítica requer invenção, para continuar nosso percurso a partir desta direção.

#### **4.1.2. A invenção de uma prática analítica.**

A invenção de uma prática exige formalização. Especificamente nesta dissertação, o tema aqui proposto não traz em si uma novidade já que há muito tempo os analistas encontram-se presentes no campo das políticas públicas de saúde mental. O que também não é novidade é que, neste campo político, encontramos analistas que desempenham funções de coordenação em instituições. Contudo, o que ainda nos falta é a definição de que tipo de analista é esse, assim como verificar se nesta condição a nomeação de analista ainda se mantém, principalmente pelo fato de que, nessa circunstância, não se trata de ocupar o lugar de analista como tal, ou seja, de suportar “com sua presença e com seu ato, o trabalho analisante”. (BRODSKY, 2003, p. 25).

No ponto em que estamos, podemos dizer que ao gestor cabe a função de gerir a política pública. Tendo como referência o texto de Freud (1996c), *Psicologia de grupo e análise do ego*, Grostein (2006) tenta delimitar um conceito de líder que muito se assemelha à função de coordenação de uma instituição no campo das políticas públicas de saúde mental. Segundo a autora, o líder desenvolve com seus dirigidos uma forma de dominação pessoal, reconhecida e aceita por todos. Ele chefia, comanda e, ou, orienta em qualquer tipo de ação, empresa ou linha de idéias. Pode também ser reconhecido como chefe, guia ou condutor que representa o grupo. Refere-se também à primeira posição em qualquer tipo de competição.

Dessa forma, no âmbito do grupo, ou das instituições, o líder tem sua importância. Segundo a autora, o grupo, ou a instituição, existe a partir dele e funciona a partir de uma

lógica que nomeada por ela de lógica do todo. Trata-se de uma lógica em que o líder, ou aquilo que ele representa, é destacado dos demais, para que o todo ganhe consistência. Por esse viés, a importância daquele que ocupa o lugar de líder estaria em dar consistência ao grupo.

Em nosso caso, ou seja, na situação em que aquele que dirige a instituição é um analista, imediatamente surgem diversas questões, pois, como já foi dito, “onde está, a psicanálise modifica o mapa<sup>48</sup>”. (LAURENT, 2000a, p. 51, tradução nossa). Não poderia ser diferente já que a direção, dada pelo analista, é de uma ordem distinta daquela dada por quem ocupa o lugar de líder. Aqui, não se trata de governar, chefiar ou, comandar. Lembremos mais uma vez o que nos diz Lacan (1998 a) quando afirma que o analista dirige o tratamento, mas, não o sujeito.

Neste sentido, podemos extrair duas questões fundamentais dessa posição lacaniana. A primeira é que, desta maneira, o autor situa o analista na experiência analítica, propriamente dita. E a segunda é que, justamente por não dirigir o sujeito, o analista como tal é aquele que não ocupa o lugar de mestre.

Nossa questão começa a se problematizar, tendo em vista que o analista ao qual nos referimos nesta investigação ocupa o lugar de coordenador de uma instituição inserida e regulada pelas políticas públicas de saúde mental, o que nos motivou a nomeá-lo de analista gestor.

No entanto, mesmo numa situação analítica, outros discursos também podem surgir e mesmo fora dela, não parece possível que um único discurso, como o do analista, se mantenha constantemente. O próprio Lacan nos dá indícios de que reconhece isto.

Sou um pequeno analista, uma pedra rejeitada, lançada de antemão, mesmo se me torno, em minhas análises, a pedra angular. Desde que me levanto de minha

---

<sup>48</sup> “(...) donde está, el psicoanálisis modifica el mapa”. (LAURENT, 2000a, p. 51).

poltrona, tenho o direito de ir passear. A coisa se inverte, a pedra rejeitada passa a ser a pedra angular. Pode ser também ao inverso, a pedra angular vai dar um passeio. (LACAN, 1992, p. 102).

O que nos leva a concluir que um analista pode ocupar em outros discursos, outros lugares que não exclusivamente o de objeto causa de desejo. Como nos diz Lacan (1992), a questão do lugar de onde se fala é fundamental. E, nesse sentido, é conveniente estarmos advertidos que “(...), situar-se em uma posição de direção significa almejar que, do lugar do universal sustentado por ela, se permaneça vigilante para não se assenhorar do campo de aplicação da regra. (BELAGA, 2003, p. 13).

#### **4.2. O ANALISTA E OS USOS QUE SE PODE FAZER DELE.**

O lugar que o analista lacaniano é chamado a ocupar, na contemporaneidade, nos convoca a interrogar sua prática. Essa questão é abordada por Miller (2000), a partir da discussão que faz acerca dos usos possíveis e impossíveis da psicanálise em nosso tempo. O analista lacaniano é, então, nomeado pelo autor como um objeto que deve estar disponível ao uso que se possa fazer dele.

A seguinte afirmação lacaniana ficou conhecida muito mais pelo espanto que causou, do que pela simplicidade da verdade que traz e está mais clara do que nunca. “(...) Uma psicanálise, padrão ou não, é o tratamento que se pode esperar de um psicanalista”. (LACAN, 1998c, p. 331). Laurent comenta esta questão da seguinte forma:

(...) a definição de psicanálise que Jacques Lacan introduziu nos anos 50: ‘a psicanálise é o tratamento que se pode esperar de um psicanalista’, que parecia

um escândalo nesse momento, é cada vez mais acertada ao apontar isso como verdade. Primeiro está a existência do psicanalista e depois vêm os usos possíveis deste objeto<sup>49</sup>.(LAURENT, 2000a, p. 51, tradução nossa).

Também Brodsky (2003) ressalta essa afirmação lacaniana, acrescentando a isso o enfoque dado pela direção de trabalho, adotada por essa vertente psicanalítica, ou seja, a investigação acerca da prática do analista.

Conforme temos trabalhado nos últimos anos, a questão não é perguntar o que é a psicanálise, quando há psicanálise e quando há desvio, mas sim definir a psicanálise desta maneira completamente paradoxal, que é dizer: a psicanálise é o tratamento que se espera de um psicanalista. (BRODSKY, 2003, p. 22).

Assim, “um uso fundamental da psicanálise, um uso atual e fundamental, é que o encontro com o analista se transforme na instalação de um parênteses, o qual o sujeito submetido à tirania da causalidade transforme, busque, o sentido de sua identificação<sup>50</sup>”. (LAURENT, 2000a, p. 49, tradução nossa). Essa afirmação reforça o ponto de que o encontro com um analista pode servir para intervir no plano das identificações às quais o sujeito se apega para encontrar um lugar na sociedade. No entanto, como já vimos, essa identificação massifica o sujeito, ou seja, na busca pelo reconhecimento da cidadania, pode-se deixar de reconhecer a singularidade. O analista tem, aí, uma importante função.

O sujeito que se esforça em identificar-se para definir sua posição na civilização, pelo menos, no encontro com o analista pode experimentar a falta a ser, um espaço no qual se reintroduz a necessidade da produção do sentido, apresentado-se como contingência. É um dos usos fundamentais da psicanálise, e isto supõe primeiro os psicanalistas. O objeto psicanalista; é fundamental

---

<sup>49</sup> “(...) la definición de psicoanálisis que Jacques Lacan introdujo en los años 50: ‘el psicoanálisis e el tratamiento que se puede esperar de un analista’, que parecía un escándalo en ese momento, está cada vez más aceptada como apuntando a esta verdad. Primero está la existencia del psicoanalista u después veíem los usos posibles de este objeto”. (LAURENT, 2000a, p. 51).

<sup>50</sup> “(...) un uso fundamental del psicoanálisis, un uso actual y fundamental es que el encuentro con el analista sometido a la tiranía de la causalidad transforme, busque, el sentido de su identificación”.(LAURENT, 2000a, p. 49).

partir disto<sup>51</sup>. (LAURENT, 2000a, p.49 -50, tradução nossa).

Destacaremos agora, experiências de alguns autores a fim de demonstrarmos de que se trata quando se afirma que, na orientação lacaniana, a prática analítica parte do psicanalista e que só assim pode-se verificar os usos possíveis deste.

A discussão realizada por Laia (2003b), a respeito do bricoleur, assim como, a do analista cidadão trazida por Laurent (1999a), nos oferecem elementos norteadores para situarmos de que se trata quando ressaltamos a versatilidade e a disponibilidade do analista lacaniano. A referência ao bricoleur traduz a imagem de alguém que se serve dos recursos limites dos quais dispõe para a construção de uma prática cujos princípios, por se destinarem ao um a um, devem cotidianamente ser construídos. Já o analista cidadão, entre outros aspectos, trabalha no sentido de “(...) impedir que, em nome da universalidade ou de qualquer universal, seja humanista ou anti-humanista, esqueça-se à particularidade de cada um.”.(LAURENT , 1999a, p. 14 – 15). O analista como quarto laço é trabalhado por Couto (2006). Esta formalização nos trás uma maneira ainda recente e inusitada de formalização da prática do analista lacaniana. Veremos a quê essa idéia se refere.

#### **4.2.1. O analista cidadão.**

Em um texto, cujo título é O analista cidadão, Laurent (1999) formaliza uma concepção de analista cujas características muito nos interessam. A idéia de um analista

---

<sup>51</sup> “El sujeto que se esfuerza en identificarse para definir su posición en la civilización, por lo menos, en e encuentro con el analista puede experimentar la falta en ser, un espacio en el cual se reintroduce la necesidad de la producción del sentido, presentándose como contingencia. Es uno de los usos fundamentales del psicoanálisis, y esto supone primero a los psicoanalistas. El objeto psicoanalista; es fundamental partir de esto”.(LAURENT, 2000a, p. 49 – 50).

encerrado em seu consultório, alheio às questões de seu tempo é substituída por um mais atuante, que intervém nas políticas, na rede de saúde mental e nas questões voltadas para a cidadania.

Assim os analistas não hão de se manter como analistas críticos. Haverão de pedir, de pedir algo à saúde mental. Pedimos uma rede de assistência em saúde mental que seja democrática e, como acontece efetivamente na fórmula que se tem utilizado, seja capaz de respeitar os direitos de cidadania dos sujeitos que estão nesse campo e nesse marco concreto da saúde mental. nesse sentido, os analistas, junto com outros, devem incidir nessas questões, tomar partido e através de publicações, através de intervenções, manifestar que querem um tipo determinado de saúde mental. (LAURENT, 1999, p. 16).

Nesta esteira, outros autores também reforçam essa idéia, acrescentando o fato de que a resignificação da posição do analista, frente às questões de seu tempo, não deve consistir na perda da dimensão clínica da psicanálise. Não se trata de uma psicanálise social, mas, sim, de um psicanalista atuante capaz de fazer vacilar a dimensão do todo, esteja ela representada nas políticas públicas, na prática institucional ou, mesmo, no trabalho em rede.

Creemos que temos de intervir em pontos mais precisos de nossa sociedade, e em particular nas redes de assistência, nas práticas institucionais e sociais, na política de saúde mental, afim de que o respeito aos 'direitos do homem' não seja amputado da dimensão do sujeito na clínica, no momento em que o discurso da ciência está a ponto de fagocitar toda a prática psiquiátrica<sup>52</sup>. (ZENONI, 2003, p. 66, tradução nossa).

O que Laurent (1999) propõe é fazer a passagem da posição do analista vazio, alienado das questões de seu mundo e de seu tempo, ou melhor, um especialista da desidentificação, para a do analista cidadão. Mas como seria isto? O próprio Lacan (2003) nos dá a direção ao situar o campo da psicanálise:

---

<sup>52</sup> “Nosotros creemos que hemos de inservir también en puntos más precisos de nuestras sociedades, y en particular en las reds de asistencia, en las prácticas institucionales y sociales, en la política de la salud mental, con el fin de que el respeto de los ‘derechos del hombre’ no sea amputado de la dimensión del sujeto en la clínica, en el momento en que el discurso de la ciencia esta apunto de fagocitar toda la práctica psiquiátrica”. (ZENONI, 2003, p. 66).

Que não se acredite, no entanto, encontrar aqui a chamada posição culturalista. Pois, na medida em que se refere a um critério social da norma psíquica, ela contradiz ainda mais a ordem descoberta por Freud no que esta mostra de anterioridade radical em relação ao social.(LACAN, 2003a, p. 174).

Então, como passar do modelo do analista tradicional, como se refere Zenoni (2003) quando indica o analista que se encerra em seu consultório, para outro, o do analista cidadão, proposto por Laurent (1999)? Qual é o traço em comum que lhes confere a nomeação de analista?

Inicialmente, Laurent (1999) aponta que não é preciso eliminar de todo a figura do analista vazio e crítico, mas sim, reeditá-la. É preciso dar forma a um analista que sabe o que fazer com o seu silêncio, que o põe a trabalho e que intervém com ele, ou seja, que transforma esse silêncio num dizer silencioso e operante. Assim, Laurent (1999) nos ajuda a entender que a desidentificação é, sim, uma das mais importantes funções do analista, esteja ele na instituição ou no consultório particular. Constituir-se apenas como um operador da desidentificação buscando que o sujeito se descole de certas idéias e de certos ideais, desconstruir suas identificações sem, contudo, implicar uma reconstrução subjetiva possível, pode levar o analista a uma prática vazia e inoperante. Prática esta que, ao longo dos tempos, deu consistência, no imaginário popular, a esta figura de analista indiferente a tudo e a todos. Desta forma, o analista é visto como aquele que serve apenas “(...) para esta posição de denúncia de todos os que servem para algo”. (LAURENT, 1999a, p. 13). Este analista exerce sua prática no campo público da saúde mental de forma standartizada, ocupando-se de desconstruir o edifício das identificações, sejam elas institucionais, ou, políticas por que acredita que é assim que deve ser. Ele toma os princípios de sua prática como um imperativo incontestável, o que lhe dá esse caráter vazio e alienante. No entanto, aquilo que o analista cidadão vem sinalizar é que o fato da prática analítica não se sustentar sobre o mesmo marco das políticas públicas e das instituições, não pode servir de escudo para que se evite este

enfrentamento e as possíveis intervenções que podem ser postas em operação neste contexto.

Outro esclarecimento é necessário: o analista cidadão não é um militante. Este esclarecimento é importante por que sendo o campo da política o campo da militância, ou seja, das identificações, isso pode levar-nos a sérias confusões. Miller (2004) nos diz que “(...) não apenas os psicanalistas não são militantes, mas são, antes, propensos a desconcertar os militantes”.(MILLER, 2004b, p. 16).

Mas, apesar disso, não nos parece que a questão esteja esclarecida. Se não se trata de fazer militância, de não ser enganchado pelos ideais humanitários e universais, tampouco de apenas desconstruí-los, como é possível intervir nas políticas públicas, na rede de assistência e nas questões dos direitos humanos sem que esta prática deixe de ser psicanalítica?

Laurent (1999) vai definir o analista cidadão da seguinte forma:

Nesse sentido, o analista, mais que um lugar vazio, é o que ajuda a civilização a respeitar a articulação entre normas e particularidades individuais. O analista, mais além das paixões narcísicas das diferenças, tem que ajudar, mas com os outros, sem pensar que é único que está nessa posição. Assim, com os outros, há de ajudar a impedir que, em nome da universalidade ou de qualquer universal, seja humanista ou anti-humanista, esqueça-se à particularidade de cada um. Esta particularidade é esquecida no exército, no Partido, na Igreja, na Sociedade analítica, na saúde mental, em todas as partes. É preciso recordar que não há que se tirar de alguém sua particularidade para misturá-lo com todos no universal, por algum humanitarismo ou por qualquer outro motivo.(LAURENT, 1999a, p. 14 – 15).

Nesse sentido o analista cidadão é aquele que não deixa de lado sua escuta, ou seja, sua orientação clínica. Ele opera com um saber-fazer que dá lugar a um analista que de fato se insere num projeto coletivo, contribuindo com sua formação. Ele intervém nas políticas, no cotidiano do trabalho, nas identificações construídas no grupo, avalia os processos de segregação de uma sociedade e se deixa ser avaliado. Mas, sempre, como alguém também implicado nas questões que estão à sua volta. Em nosso caso, nas questões que dizem respeito ao campo das políticas públicas de saúde mental.

Assim os analistas não hão de se manter como analistas críticos. Haverão de pedir, de pedir algo à saúde mental. Pedimos uma rede de assistência em saúde mental que seja democrática e, como acontece efetivamente na fórmula que se tem utilizado, seja capaz de respeitar os direitos de cidadania dos sujeitos que estão nesse campo e nesse marco concreto da saúde mental. Nesse sentido, os analistas, junto com outros, devem incidir nessas questões, tomar partido e através de publicações, através de intervenções, manifestar que querem um tipo determinado de saúde mental. Não uma instituição utópica ou um lugar utópico, mas precisamente formas compatíveis com o fato de que, se já não há ideais, só resta o debate democrático. (LAURENT, 1999a, p. 16).

Desta forma, o analista cidadão nos abre a possibilidade de formalizarmos outras práticas analíticas que podem ser consideradas como novos usos possíveis para a psicanálise.

#### **4.2.2. O analista e o bricoleur.**

Segundo Laia (2003 a), o analista de orientação lacaniana vai encontrar nas instituições de saúde mental, advindas da reforma psiquiátrica, um espaço restritivo e limitado, o qual lhe exigiria um rearranjo em sua prática. Como em qualquer campo institucional, como vimos com Baremlitt (1996), apesar das transformações instituintes que de tempos em tempos ocorrem, muito aspectos permanecem instituídos. No caso desta dissertação, podemos citar a universalização das ações e as diretrizes políticas no que se refere ao resgate ou à construção da cidadania do louco.

Ainda segundo Laia (2003a), tal qual um bricoleur o analista é exigido a “se arranjar com os meios de que dispõe”. A prática de um bricoleur é definida “(...) por sua instrumentalidade, pelo princípio de ‘isso sempre pode servir’”. (LAIA, 2003a, p. 120). Nesse sentido, a bricolage é uma atividade que atua sobre algo já construído. Justamente por isso, pode ser considerada, também, uma atividade de ressignificação, ou seja, é” (...)

capaz de descobrir, para uma peça, novos usos não previstos no projeto original que a concebeu (...).” (LAIA, 2003a, p. 120).

O autor vai, então, recorrer à figura de um bricoleur para fazer referência à prática do analista lacaniano. Observa-se que a orientação que sustenta essa idéia se inscreve na mesma direção, apontada por Miller (1999), ou seja, que o analista deve estar disponível aos usos que se fizer dele.

Mas há uma diferença fundamental entre o analista lacaniano e o bricoleur. Diferente deste, o analista não é o autor, ou criador das soluções apresentadas pelo sujeito. “Ele faz às vezes de um objeto que, orientado pelo que pode servir à singularidade do sujeito e situado a uma certa distância dos ideais, descompleta, inclusive, a prática aparentemente descompletada que as novas instituições corporificam”. (LAIA, 2003a, p. 121).

O analista lacaniano busca, a partir dos recursos de que dispõe, uma ou outra peça que sirva à solução apresentada pelo sujeito, através da produção do sintoma.

#### **4.2.3. O analista como quarto laço.**

Esta é uma idéia ainda pouco desenvolvida no campo da psicanálise lacaniana. De acordo com Couto (2006), a idéia consiste em pensar o modelo do nó borromeano<sup>53</sup>

---

<sup>53</sup> “O nó borromeo é então uma cadeia na qual os componentes se enlaçam sem que haja interpenetração: (...). É por isso que, por um lado, a cadeia borromeana mínima tem três anéis: não há cadeias borromeanas de dois componentes, se entende que não poderia havê-las. E por outro, que se cortamos qualquer um dos anéis de corda, os outros se soltam. (...). É surpreendente esta propriedade do borromeo e Lacan a destaca e explora. (MAZZUCA, 2000). Tradução nossa.

desvinculando-o do RSI, ou seja, do Real, do Simbólico e do Imaginário<sup>54</sup>, visto que o próprio Lacan (1974), na aula de 10 de dezembro de 1974, nos diz que o nó é apenas um suporte imaginário que contribui para a compreensão de um esquema, seja ele de três ou mais laços, o que aponta para o fato de que o nó borromeano não pode se restringir apenas a um modelo de três elementos como é o RSI.

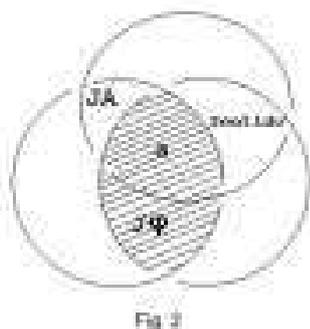


Figura 2: nó borromeano usado no modelo lacaniano do Real, Simbólico e Imaginário.  
Fonte: site google



Figura 3: Nó borromeano com o quarto laço, ou sinthome.  
Fonte: site google

Além disso, na aula de 17 de dezembro de 1974, Lacan (1974) também vai dizer que não é preciso quebrar demais a cabeça com esse modelo do nó, é preciso usá-lo bestamente, como ele diz, ou seja, explorar suas possibilidades sem se prender a certas

<sup>54</sup>IMAGINÁRIO: “Termo derivado do latim *imago* (imagem) e empregado como substantivo na filosofia e na psicologia para designar aquilo que se relaciona com a imaginação, isto é, com a faculdade de representar coisas em pensamento, independentemente da realidade. Utilizado por Jacques Lacan a partir de 1936, o termo é correlato da expressão estágio do espelho e designa uma relação dual com a imagem do semelhante. Associado ao real e ao simbólico no âmbito de uma tópica, a partir de 1953, o imaginário se define, no sentido lacaniano, como o lugar do eu por excelência, com seus fenômenos de ilusão, captação e engodo”. (ROUDINESCO, 1998, p.371).

convenções.

Podemos observar que a importância do modelo borromeano, para Lacan (1972), está em sua propriedade de demonstrar aquilo que é da ordem das relações.

Esta topologia, devido a sua inserção matemática, está ligada a relações – é justamente o que demonstrava meu último seminário – está ligada a relações de pura significância, ou seja, na medida em que esses três termos são três, vemos que a presença do terceiro estabelece entre os outros dois uma relação. Isto é o que quer dizer o nó borromeo<sup>55</sup>. (LACAN, Seminário 19. ...ou pior. Saber do psicanalista, aula de 3 de março de 1972, tradução nossa).

E, dessa forma, a importância da cadeia borromeana parece estar em demonstrar, entre outras coisas, o que destacou Lacan ao dizer que “nada se sustenta sozinho”.

Que é uma topologia? É algo que tem uma definição matemática. A topologia é o que se aborda em primeiro lugar mediante relações não métricas, relações deformáveis. Propriamente falando, é o caso dessas espécies de círculos (blandos) que constituem – me: eu te demando ... que recuse ... o que te ofereço. Cada um é uma coisa fechada que só se sustenta por estar encadeada com as outras. Nada se sustenta só<sup>56</sup>. (LACAN, Seminário 19 inédito, aula de 3 de março de 1972, tradução nossa).

Dessa forma, o chamado quarto laço surge no momento em que acontece alguma falha no enodamento do modelo borromeano de três anéis. O quarto laço, como podemos observar em Mazzuca (2000) é aquilo que vem reparar essa falha. Couto (2006) propõe que esse modelo seja utilizado para pensarmos o campo das políticas públicas de saúde e que cada anel seria uma instância desse campo. É desta maneira que Couto (2006) sustenta

---

<sup>55</sup> Esta topología, debido a su inserción matemática, está ligada a relaciones — es justamente lo que demostraba mi último seminario— está ligada a relaciones de pura significancia, es decir que, por cuanto estos tres términos son tres, vemos que la presencia del tercero establece entre los otros dos una relación. Esto es lo que quiere decir el nudo borromeo. (seminário 19. ...ou pior. Saber do psicanalista, chasla, aula de 3 de marzo de 1972).

<sup>56</sup>“Qué es una topología? Una topología -declarará Lacan el 3 de marzo de 1972, Seminario XIX, ... ou pior, en su "charla" "Savoir du psychanalyste"- es algo que tiene una definición matemática. La topología es lo que se aborda en primer lugar mediante relaciones no métricas, relaciones deformables. Propriamente hablando, es el caso de esas especies de círculos blandos que constituyen mi: Yo te demando... que rechaces... lo que te ofrezco. Cada uno es una cosa cerrada blanda que sólo se sostiene por estar encadenada a las otras. Nada se sostiene solo”. LACAN, Jacques. Seminario 19, ...ou pior, aula de 3 de março de 1972, Saber do psicanalista.

sua idéia sobre o analista como quarto laço, ou seja, como aquele que articula uma amarração borromeana numa prática que extrapola a chamada clínica convencional. O nó borromeano é tomado, assim, como uma metáfora. Nesse sentido, é preciso salientar que Couto (2006) faz referência ao analista cidadão, formulado por Laurent (1999), assim como às idéias de Zenoni (2003) em relação à prática do analista de orientação lacaniana na instituição.

No entanto, as inúmeras questões que este assunto levanta nos levam a uma série de limitações a limitações de ordem teórica que não nos permite aprofundá-las, pelo menos neste momento. Nossa intenção aqui é apenas apontar uma inusitada tentativa de formalização da prática do analista lacaniano na contemporaneidade que se dá, especificamente, no campo das políticas públicas de saúde.

#### **4.2.4. O analista gestor.**

Neste ponto em que estamos, relembremos a questão que nos conduziu durante todo este estudo, ou seja, investigar a prática de um analista de orientação lacaniana que ocupa no campo público da saúde mental, o cargo de diretor, coordenador ou mesmo gerente de uma instituição. A questão que nos conduziu até aqui consistiu em saber se o fato de ocupar esse lugar que identificamos o de gestor, o desqualifica como analista, ou, se surge aí aquele a quem nomeamos de analista gestor.

No decorrer desta investigação teórica, nos deparamos com a indagação de Brodsky (2003) acerca do que é um analista. Sua pergunta é precisamente a seguinte: “Um analista é questão de função ou é questão de ser?” (BRODSKY, 2003, p. 24).

Dessa forma, nossa questão, acerca das funções do gestor e do analista, ganha consistência com suas considerações. Seguindo o percurso dado pela teoria dos discursos de Lacan (1992), o analista é definido, por Laurent (2000a), como um objeto produzido a partir de um discurso. Brodsky (2003) reafirma essa questão ao dizer que “é preciso definir porque só se sabe o que é uma psicanálise se o agente é um psicanalista”. (BRODSKY 2003, p. 22), ou seja, se trata do discurso do analista. Nesse sentido, “poderíamos dizer que o analista depende de um lugar, não de um lugar geográfico, mas de um lugar no discurso”. (BRODSKY, 2003, p. 25). E se isso vale para o analista, também vale para o gestor, entendido aqui como coordenador de um serviço público de saúde mental. A autora nos indica, desta maneira, que a função tem a ver com o lugar. “Se essa maneira de pensar é seguida, um psicanalista não cumpre em um hospital a mesma função que em seu consultório, ainda que, no transcurso de meia hora faça exatamente o mesmo: escutar, interpretar.” (BRODSKY, 2003, p. 25). Recorrendo ao conceito de função vindo da Matemática, a mesma autora nos afirma que “(...) no sentido matemático do termo, função (...) se refere à relação que existe entre dois termos, de tal modo que a variação do primeiro supõe uma variação correspondente no segundo”. (BRODSKY, 2003, p. 25).

Agora, bem, a autora articula o conceito de analista com a função que este possa vir a exercer.

Sendo questão de função, trata-se daquilo que um psicanalista deve realizar para desempenhar seu papel. O analista é uma função social? É uma função necessária? É uma função sanitária? É uma função preventiva? Em certa medida, é uma perspectiva utilitarista ou, para ser mais precisa, funcionalista?(BRODSKY, 2003, p. 24 – 25).

Nesse sentido, “este objeto-psicanalista é, doravante, disponível – disponível no mercado como se diz – e se presta a usos muito distintos daquele que fora concebido sob o

termo de ‘psicanálise pura<sup>57</sup>’’. (MILLER, 1999, p. 54, tradução nossa), ou seja, a psicanálise realizada no consultório. Lembremos aqui Brodsky (2003) que nos esclarece que a psicanálise aplicada refere-se à própria prática da psicanálise.

No entanto, a questão ainda persiste, pois,

Sejamos sensatos, é um fato, não é uma questão de gosto, não é uma questão de doutrina, que há lugares, que há instituições, nos quais o psicanalista é chamado a responder a certa demanda e que isso o conduz a fazer as mais variadas coisas. A questão que se apresenta, então, é a seguinte: façamos o que fizermos somos psicanalistas ou a força de ser psicanalistas e não praticar a psicanálise faz com que não sejamos mais psicanalistas? Onde há um psicanalista?(BRODSKY, 2003, p. 24).

Partindo da teoria lacaniana dos discursos acerca da questão que avalia se a função tem a ver com o lugar, é possível que um analista ocupe o mesmo lugar que um gestor, entendido aqui como agente do discurso do mestre, sendo que se trata de funções diferentes?

#### ***4.2.4.1. Sair da posição de analista sem deixar de sê-lo?***

Esta expressão nos chamou a atenção num texto de Horne (2003) pelo fato de que nos parece que um analista que ocupa o lugar de gestor sai da posição discursiva de analista. Será que por isso ele deixa de ser analista? É justamente a questão que nos interroga neste trabalho.

Ressaltemos que, de antemão, no Brasil, o cargo de analista não existe como profissão, nem em uma instituição pública de saúde mental, nem em qualquer outra. Este, no

---

<sup>57</sup> Para o termo psicanálise pura, ver também em MILLER, Jacques-Alain, Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia, inédito.

entanto, encontra-se lá, hoje mais do que em qualquer outro momento, mas sob a armadura de alguma outra profissão e também do saber acadêmico. Desta forma, o analista se encontra nestas instituições como psicólogo, psiquiatra, enfermeiro e outros. É fundamental dizer que, se o analista lacaniano não se encontra nestas instituições como profissão, tampouco almeja sê-lo. Outra possibilidade de encontrarmos o psicanalista na instituição é quando este se encontra sob a armadura do coordenador da mesma, que consiste em nosso tema de investigação.

A escolha do termo gestor justifica-se por identificar o exato lugar ocupado por este analista, neste contexto, assim como, às funções que o remetem à gestão das políticas públicas de saúde mental no âmbito de sua atuação. O termo gestor tem a vantagem de pôr em evidência as funções atribuídas a todo aquele que se propõe a coordenar, gerenciar, ou dirigir uma instituição regulada e fundada no campo das políticas públicas. Quais seriam essas funções? Como já vimos nos capítulos anteriores, basicamente seriam manter as diretrizes, garantir a efetividade delas e cultivar os ideais que emergem do discurso da política. Trata-se portanto, de um discurso de dominação, que como aponta Lacan (1992) tem como princípio acreditar-se unívoco.

Se de um lado, temos Miller (1999) apontando que o analista é aquele que precisa saber fazer-se de objeto, nada querer, a priori, para o bem do outro; por outro lado, uma das principais funções do gestor público é garantir através da gestão das políticas públicas o bem estar do cidadão. O primeiro ocupa um lugar vazio para que seja preenchido pelo próprio sujeito e o segundo, se antecipa ao sujeito num discurso de imposição, ou seja, da imposição de um bem tido como universal.

A psicanálise aponta justamente para o contrário, ou seja, que o sujeito não é unívoco. Segundo Lacan (1992), o mestre encontra-se, portanto, num lugar que por sua própria estrutura mascara a divisão do sujeito. E é justamente a partir daí que a psicanálise

ganha seu valor. “É por estar mascarada a verdade do discurso do mestre que a análise adquire sua importância”. (LACAN, 1992, p. 95).

Desta forma, exercer as funções e atribuições de um gestor, sem questionamentos, sem operar transformações, sem fazer vacilar o discurso da dominação é, inegavelmente, renunciar à formação e à orientação analítica lacaniana. E, nesse caso, o analista sai da posição de analista e perde qualquer referencial de sê-lo, pois se identifica com o lugar de assenhramento. No entanto, o analista que, independente do lugar que é chamado a ocupar nas questões éticas e políticas desse mundo contemporâneo, não renuncia à sua formação e à sua orientação clínica e que não se identifica com o lugar do assenhramento, ou, da maestria, parece indicar o analista que nomeamos aqui de analista gestor.

Brodsky (2003) pergunta-se então que grau de liberdade temos em relação aos discursos? O próprio Lacan (1992) questiona a existência do analista. “Em se tratando da posição dita do analista – nos casos, aliás, improváveis, pois, haverá mesmo um analista?” (LACAN, 1992, p. 99).

Para o autor, na empreitada da psicanálise, onde quer que o analista esteja há também de seu lado um pagamento do qual ele não pode se furtar. O analista paga com seu ser e com seu desejo.

Também o analista tem que pagar: pagar com palavras, sem dúvida, se a transmutação que elas sofrem pela operação analítica as eleva a seu efeito de interpretação. Mas paga também com sua pessoa, na medida em que haja o que houver ele a empresta como suporte aos fenômenos singulares que a análise descobriu na transferência. E haveremos de esquecer que ele tem que pagar com o que há de essencial em seu juízo mais íntimo, para intervir numa ação que vai ao cerne do ser (...). (LACAN, 1998a, p. 593).

Dessa forma, somos conduzidos ao fato de que se paga um preço pelo lugar que se ocupa. Há uma certa cota de sacrifício a despender em função do objetivo que se quer alcançar.

Não disse que é grátis. Não disse que não tem conseqüências. Disse: cada vez que alguém entra em um discurso, porque não há meio de entrar em um lugar sem entrar em um discurso, parece que entra em uma sala, parece que entra em um consultório, porém entra em um discurso e precisa pagar o preço. (BRODSKY, 2003, p. 27 – 28).

Talvez esteja aí uma maneira de se apreender o que vem a ser um analista que não cede de seu desejo.

Sair da posição de analista sem deixar de sê-lo é mais uma questão que aqui ficamos às voltas. Podemos dizer que ela implica em um saber-fazer próprio da psicanálise e que implica construir relações diversas com o significante da maestria e com o lugar dominante do discurso. Podemos dizer até que só se é analista a partir de um lugar discursivo. No entanto, o que define nosso analista gestor é que mesmo ocupando o lugar de um gestor, ou seja, um lugar dominante no discurso do mestre, ele não se identifica com esse significante. Isso ocorre por que, como analista, ele sabe que esse é um lugar de semblante.

Nesse sentido, se há um preço que o analista deve pagar, de alguma forma este está ligado com o ser do psicanalista, assim como, com o lugar que lhe é próprio e que o institui como tal. É preciso, então, construir algo a partir do lugar que nos resta e que escolhemos ocupar. Mesmo por que, ao contrário do que possa parecer, isso pode significar fazer novos usos da psicanálise, desde que saibamos demonstrá-lo sem cair numa perspectiva utilitarista.

#### ***4.2.4.2.O analista gestor e os usos do SI.***

Na trama dos discursos, é preciso ressaltar que em cada um deles, ou seja, no

discurso do mestre, da histórica, do analista e da universalidade, todos os seus lugares, assim como, o lugar dominante ocupado pelo agente do discurso consiste, como diz Brodsky (2003), num semblant e pode ser ocupado por elementos diferentes. Assim, “(...) essas funções próprias do discurso podem encontrar diferentes posições. É o que define sua rotação nesses quatro lugares (...)”. (LACAN, 1992, p. 87).

MESTRE		HISTÉRICA		<u>agente</u>	<u>outro</u>
S1	S2	\$	S1	produção	verdade
\$	a	a	S2		

ANALISTA		UNIVERSIDADE			
a	\$	S2	a		
S2	S1	S1	\$		

Se focalizarmos o lugar dominante de um discurso, veremos que “trata-se de um nível de equivalência no funcionamento. Por exemplo, poderíamos assim escrever que aquilo que no discurso do mestre é o S1 pode ser chamado de congruente ou equivaler ao que vem funcionar como S2 no discurso universitário (...)”. LACAN, 1992, p. 95 -96). O lugar dominante de um discurso é, segundo o autor, um lugar de ordem, de mandamento. Isso, contudo, não fecha a questão, pois “há mestres bons, há mestres maus, há mestres ferozes, há mestres generosos, há todo tipo de mestres”. (BRODSKY, 2003, p. 27).

Lacan (1992) vai dizer que, no discurso da histórica, esse lugar dominante surge como sintoma<sup>58</sup> representado pelo \$. “Isso nos dá oportunidade para uma observação. Se esse lugar ainda é o mesmo e se, em tal discurso, ele é o do sintoma, isso nos levará a perguntar como é que, sendo o lugar do sintoma o mesmo, pode servir em um outro discurso” ( LACAN, 1992, p. 41). O autor responde dizendo que, neste caso, o que ocorre

---

é aquilo que tem se tornado natural em nossa sociedade, ou seja, que a lei é questionada como sintoma.

No caso do discurso do mestre, este lugar é ocupado pela lei, pela dominação, o S1.

É certo, por exemplo, que a lei- entendamos a lei como lei articulada, a própria lei em cujos muros encontramos abrigo, essa lei que constitui o direito – não deve certamente ser considerada homônima do que pode ser enunciado em outro lugar como justiça. Pelo contrário, a ambigüidade, a roupage que essa lei recebe ao se autorizar na justiça é, precisamente e sobretudo, inscrito na estrutura. Não há mil maneiras de fazer leis – estejam ou não animadas pelas boas intenções e a inspiração da justiça – porque há, talvez, leis de estrutura que fazem com que a lei seja sempre a lei situada nesse lugar que chamo de dominante no discurso do mestre. (LACAN, 1992, p. 41).

Quando esse mesmo lugar dominante é ocupado pelo analista ele o faz rechaçando o discurso de dominação, ou seja, como um resto, o objeto a.

(...) a referência de um discurso é aquilo que ele confessa querer dominar, querer amestrar. (...). É exatamente esta a dificuldade daquele que tento aproximar tanto quanto posso do discurso do analista – ele deve se encontrar no pólo oposto a toda vontade, pelo menos confessada, de dominar.(LACAN, 1992, p. 65 -66).

No discurso da universidade esse lugar é ocupado pelo saber, o S2.

Da mesma forma, nem sempre o S1 está no lugar dominante de um discurso, ou seja, nem sempre ele está no lugar de domínio. Como significante mestre, pode, também, ocupar outros lugares nos demais discursos, modificando, assim, suas funções, já que como vimos em Brodsky (2003), a função depende do lugar. Na teoria lacaniana do discurso, o S1 “é aquele que deve ser visto como interveniente. (...) Isso se estabelece neste primeiro momento em que S1 vem representar alguma coisa por sua intervenção no campo definido, no ponto em que estamos, no campo já estruturado de um saber” (LACAN, 1992, p. 11). Essa alguma coisa, que ele representa, pode ser entendida pelo fato de que “nesse discurso o sujeito se encontra ligado, com todas as ilusões que comporta, ao significante mestre”

(LACAN, 1992, p. 86-87), condição para a articulação da cadeia de significantes.

No caso do discurso do mestre, o S1 está no lugar de agente. O S1 aqui funciona como um mandamento.

No discurso do analista, o S1 está no lugar da produção do discurso. Neste caso, ele é o produto da operação que o analista desencadeia ao interrogar o sujeito, ou seja, ao fazer surgir “(...) o significante que dará ao sujeito a chave da sua divisão”. (RABINOVICH, 2005, p. 13). Trata-se, portanto, de fazer surgir um elemento singular para cada sujeito a partir de sua consideração como sujeito da fala, ou, sujeito do inconsciente.

No discurso da universidade, o S1 está no lugar da verdade, da verdade da ciência diz Lacan (1992). Trata-se de um mandamento de continuar a saber sempre mais e mais. “(...) pelo fato do signo do mestre ocupar este lugar toda pergunta sobre a verdade é, falando propriamente, esmagada, silenciada (...)”. (LACAN, 1992, p. 98). É por isso que para Rabinovich (2005) o discurso da universidade é um prolongamento do discurso do mestre em uma versão moderna. O saber que, aqui, ocupa uma posição dominante faz surgir o fantasma da totalidade, ou seja, endereça seu discurso ao outro que aqui é o objeto ‘a’, o estudante, ou como diz Lacan (1992), o a-studado.

No discurso da histórica o S1:

(...) é o outro ao qual seu discurso se dirige, aquilo que dele espera são significantes; sua esperança, sempre frustrada é que ele lhe descubra o significante chave de seu destino. Esta busca de significantes nos desvela a própria origem da sugestionabilidade histórica: buscando o significante mestre (S1) de seu destino a histórica se coloca nas mãos do mestre a quem confunde com esse significante. (RABINOVICH, 2005, p. 12)

Aqui, segundo Lacan (1992), é o próprio sujeito histórico que se aliena do significante mestre como aquele que esse significante divide. O autor ainda acrescenta que “segundo o efeito do significante mestre, a histórica não é escrava”. (LACAN, 1992, p. 88). Sim, por que ela não entrega seu saber e ao mesmo tempo desmascara a função do

mestre. Portanto, neste discurso, ocupar o lugar do S1 também significa colocar-se como um outro interrogado como mestre, e, também, destituído enquanto tal.

Desta forma, podemos apontar que no caso do analista gestor esse situa-se no discurso do mestre e em seu lugar dominante. Sua função consiste em gerir as políticas públicas. Vimos que se deste lugar ele se identifica com seu próprio significante de maestria, recusa toda e qualquer referência à sua formação analítica. No entanto, se é necessário que em algum momento ocupe este lugar de maestria e o faz partindo da idéia de que este lugar, segundo Brodsky (2003), é um lugar de semblant, podemos dizer que é sua formação analítica que orienta sua prática. Podemos dizer que ao contrário do mestre que não quer saber de sua verdade e que se identifica ao significante do mandamento, o analista gestor sabe da verdade deste discurso. Ele sabe que o mestre é castrado e que ocupar o seu lugar é sustentar-se a partir de um semblant.

Ao comentar sobre uma pesquisa etnográfica, Lacan (1992) vai dizer que a psicanálise não pode servir para sustentá-la, no entanto, afirma que mais importante do que isso, é preciso ser psicanalista. Dessa forma, a psicanálise nos possibilita perceber que o discurso está a serviço do sujeito.

Não se trata necessariamente de renunciar o S1 enquanto mandamento, mas sim, como aponta Laia (2003b) de fazer diferentes usos dele, desde que esteja em questão um saber-fazer que implica em ser um S1 sem se confundir com o regulamento.

Na orientação lacaniana, portanto, praticamos um uso do S1 diverso daquele promovido pela revolta, que acaba por fazer ressurgir o significante amo na forma de um enxame avassalador. Bem diverso, também, do S1 burocratizado do standard. Sem jamais derivar sua prática de princípios ideais, o analista lacaniano põe em seu trabalho algo de si, mas esse 'si' difere daquele promovido pela suposta interioridade narcísica, por que provém do autos grego e, portanto, é análogo ao 'si' presente no aforismo lacaniano 'o analista só se autoriza de si mesmo' “. (LAIA, 2003b, p. 82).

Isto implica reconhecer a lógica do discurso em questão, assim como, o lugar que o

S1 pode ocupar em cada um deles para que só, então, se instaure seus possíveis usos a partir da orientação lacaniana.

O que é o utilitarismo? É saber que os significantes não passam de semblantes, e que se trata de dispô-los, de articulá-los em dispositivos jurídicos, políticos, sociais, econômicos, de modo a maximizar o prazer e a minimizar o sofrimento. O prazer e o sofrimento não são semblantes, é o real, e se trata de operar sobre isso buscando a melhor montagem significativa. O utilitarismo é um artificialismo destradicionalizador, se assim posso dizer, um ‘construtivismo’ no sentido de Hayek, tal como o marxismo. Só que, a questão da felicidade formulada outrora em nível coletivo, tornou-se, hoje, a do gozo, conforme a lógica individualista da modernidade. (MILLER, 2004b, p. 18).

Será preciso gerar novos princípios que, como diz Brodsky (2003), irão direcionar e esclarecer os procedimentos a serem tomados. A questão, “trata-se menos de antecipar se a natureza do problema é ‘acessível’ à psicanálise do que de saber se o encontro com um analista será útil ou não, fará bem ou fará mal”.(MILLER, 1999, p. 54).

É preciso descompletar o discurso da política, ou melhor, histericizar o discurso do mestre como diz Lacan (1992). “O que o analista institui como experiência analítica pode-se dizer simplesmente – é a histericização do discurso. Em outras palavras, é a introdução estrutural, mediante condições artificiais, do discurso da histérica (...)”.(LACAN, 1992, p. 31). Ao lançar o mestre á sua verdade o analista o institui instalando uma barra que o divide. É assim que o discurso da histérica surge, é assim, ou pelo menos a partir daí, que um analista gestor poderá operar, ou seja, pondo em movimento um discurso que originalmente tende à estagnação.

Nesse sentido, a psicanálise lacaniana também aponta na prática institucional a necessidade de sustentação de um não saber. Esse é o lugar ocupado pelo analista em seu discurso e que também exige dele saber não saber, ou seja, exige um saber que o ajude a se sustentar neste lugar vazio.

“Um analista numa instituição está preso a que discurso? Ao discurso da instituição? Ao discurso analítico? Se não se responde a essa questão, a pergunta pela psicanálise aplicada, tal como a estamos trabalhando, é uma pergunta

totalmente formal. É preciso respondê-la, nossa investigação é para isso. E quais são os limites de uma prática. Sob a perspectiva da função cada um de nós é função de um discurso, depende de um discurso”. (BRODSKY, 2003, p. 27).

#### **4.2.4.3. O analista gestor e suas possíveis estratégias de intervenção.**

Poderíamos considerar que o trabalho de um analista gestor não implica uma experiência clínica propriamente dita. Isso é verdade se considerarmos que, nessa circunstância, o analista não tem, diante de si, um sujeito analisante. Mas, se recorrermos à Ubieto (2003) e sua proposta de intervenção no campo público da saúde mental, ou seja, suas ‘estratégias de conversação no trabalho em rede’, veremos que esse autor propõe a construção do que chamou de ‘Clínica do vínculo social’.

Assim como o fizemos, o autor também utiliza a teoria lacaniana dos discursos para a formalização desta clínica do vínculo social, ressaltando que, para isso, é preciso extrair a lógica do discurso.

Isso requer analisar os conceitos chave que o formam e suas relações. Sem essa análise e compreensão não há caminho real possível. A persuasão ou a imposição, por si mesmas, não modificam a crença de um indivíduo ou de um grupo sobre suas idéias xenófobas, misóginas ou segregacionistas. É preciso desvelar as condições de possibilidade dessas crenças, o pressuposto ideológico que as sustenta e sua relação com a satisfação (por exemplo, o domínio, o abuso, a passividade do outro), dos que ali se identificam. O discurso funciona, portanto, como um regulador do gozo<sup>59</sup>. (UBIETO, 2003, p. 86, tradução nossa).

Nesse campo, que muito se assemelha ao nosso, e que o autor nomeia de clínica do vínculo social, é ressaltada a trama dos discursos, a partir da via das identificações e do

---

<sup>59</sup>Eso requer analizar los conceptos claves que lo forman y sus relaciones. Sin ese análisis y comprensión no hay cambio real posible. La persuasión o la imposición, por sí mismas, no modifican la creencia de un individuo o de un grupo sobre sus ideas xenófobas, misóginas o segregacionistas. Hace falta desvelarlas condiciones de posibilidad de esas creencias, el presupuesto ideológico que las sostiene y su relación a la satisfacción (por ejemplo, el dominio, el abuso, la pasividad de otro...) de los que allí se identifican. El discurso funciona, por tanto, como un regulador del goce. (UBIETO, 2003, p. 86).

universo simbólico no qual o sujeito se situa.

Partimos da intervenção constante que se produz entre a constituição subjetiva, pela via das identificações e o universo simbólico, o contexto social, cultural, econômico, - que estabelece as condições desta constituição do sujeito, de sua inserção na cultura e nas eleições que fará no transcurso de sua vida<sup>60</sup>. (UBIETO, 2003, p. 87, tradução nossa).

Ubieto (2003), propõe algumas estratégias para a realização de um trabalho em rede no campo público tendo a orientação lacaniana como operadora. Desta forma, ressalta, por exemplo, o caso clínico, apontando-o como um elemento que funciona como ponto de encontro para a limitação dos saberes e de uma reflexão compartilhada por todos. Assim, como “(...) não partimos do saber dos profissionais, colocamos em primeiro lugar, no centro da conversação, o sintoma, aquilo que não cede e que nos interroga a todos<sup>61</sup>”. (UBIETO, 2003, p. 87). Nessa busca, também recorreremos a Laia (2003 a) que nos traz o exemplo de um coordenador do campo público da saúde mental que não responde ao sujeito do lugar de mais um imperativo, dentre os outros tantos que se encontram inscritos aí. Ao ser chamado a intervir, devido às dificuldades colocadas por um usuário em permanecer inserido no Programa de Serviços Residenciais Terapêuticos, o coordenador se serve da referência à lei, corporificada nele próprio, para, convidá-lo, o usuário, a ocupar um lugar diferente daquele que sempre o impulsionava para um fora da lei.

Voltando a Ubieto (2003), outro ponto é a consideração do marco institucional como elemento chave e estratégico para viabilizar a construção de projetos de intervenção, assim como, a gestão do tempo e dos recursos. Há também a promoção de espaços amplos de debate e informações mútuas entre os serviços da rede no sentido de promover a

---

<sup>60</sup> Partimos de la interalación constante que se produce entre la constitución subjetiva, por la vía de las identificaciones, y el universo simbólico – el contexto social, cultural, económico,- que establece las condiciones que hará en el transcurso de su vida. (UBIETO, 2003, p. 87).

<sup>61</sup> (...) no partimos del saber de los profesionales, sino que ponemos en primer plano y en centro de la conversación el síntoma, aquello que no va y nos interroga a todos. (UBIETO, 2003, p. 87).

corresponsabilidade a intervenção possível. O autor em questão ressalta, ainda, a importância de que seja sustentada a idéia de processo, ou seja, de uma lógica temporal de continuidade que, faz oposição à idéia de eficácia, atrelada ao tempo. E, por fim, cita a construção de projetos de intervenção e ação como forma de articulação da rede.

Grostein (2006) também traz uma outra estratégia que nos interessa para o tema em questão. Aponta que é preciso haver, entre os cargos de direção, uma constante permutação. Segundo a autora, é preciso que outros ocupem esses lugares para que se evite a cristalização dessa ou daquela forma de dirigir a instituição.

Desta forma, o analista gestor é aquele que, mesmo ocupando o lugar dominante no discurso do mestre, ou seja, da política, não se identifica ao imperativo, não se identifica com esse lugar de domínio e imposição. Ele sabe que esse lugar e esta função são um semblante e que quem nele se situa está castrado. Além disso, o que o analista gestor quer é dar movimento à estagnação paralisante desse discurso no qual ele está inserido. E, ao que tudo indica, ele paga um preço por isto.

Não é preciso ter medo de pagar o preço de onde alguém se põe. Cada vez que alguém se põe em um lugar, para o preço. Não se trata, disse Lacan, de não entrar, trata-se apenas de saber o que está disposto a sacrificar por certo objetivo, por certo ato. É uma questão verdadeiramente interessante. (BRODSKY, 2003 p. 27).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Para finalizar sem concluir, pois, de alguma forma é preciso por um ponto de basta neste discurso que nos move em direção a saber mais e mais, façamos, neste momento, um balanço do que foi possível construir até aqui, assim como, apontar as limitações desta pesquisa.

Dessa forma, verificou-se que, para atuar num campo específico, como é o caso do campo das políticas públicas de saúde mental, é fundamental, ao analista não desconhecer a lógica que o constitui, assim como a função social que exerce na sociedade. Vimos que a orientação lacaniana não está alheia a isso, tendo em vista que, nos nossos dias, seu principal eixo de atuação e de estudo se situa na questão da prática do analista e de seus usos possíveis na contemporaneidade.

A nomeação analista gestor, dada ao analista que neste campo das políticas públicas ocupa o lugar de coordenador de um serviço de saúde mental, conduziu-nos à teoria lacaniana dos discursos. O termo gestor serviu-nos para identificar o lugar e as funções atribuídas a esse analista no campo das políticas públicas.

Assim, viu-se que era possível associar a figura do analista ao discurso do analista e a figura do gestor ao discurso do mestre e, assim, verificar que um constitui-se como sendo o avesso do outro. Essa elaboração nos conduziu à constatar de que analista e gestor são termos que se opõem.

A teoria lacaniana dos discursos nos indicou que uma função depende de um lugar discursivo e que, portanto, ocupar o lugar de gestor pode determinar que a função a ser exercida, refere-se à política e não, necessariamente, à clínica.

Verificou-se, no entanto, que isso não significa deixar de operar nesse campo a partir da psicanálise. Constatamos que é possível fazer diferentes usos do lugar

dominante de um discurso, assim como do significante mestre que, no discurso da política, refere-se a um mandamento.

E por fim, desta forma, o analista gestor é aquele que mesmo ocupando o lugar dominante no discurso do mestre, ou seja, da política, não se identifica ao imperativo, não se identifica com esse lugar e de domínio e imposição. Ele sabe que esse lugar e essa função são apenas semblante e que quem nele se situa está castrado. Além disso, o que o analista gestor quer é dar movimento à estagnação paralisante desse discurso no qual ele está inserido. E ao que tudo indica, ele paga um preço por isto.

Nesse sentido, a idéia de um analista gestor aponta para um analista de orientação lacaniana que, como tal está aberto à construção de uma prática não standard, além de transitar por outros discursos, dando ao significante mestre, encontrado no discurso da política, outros usos possíveis, buscando servir-se dele.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**ABC do SUS – Doutrinas e Princípios V** – Ministério da Saúde , Secretaria Nacional de Assistência à Saúde – Brasília: Secretaria Nacional de Assistência a Saúde, 1990.

ALMANAQUE DE PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL. **O caso clínico em psicanálise: construção, apresentação, publicação et cetera**. Belo Horizonte: Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais, nº1, 2003.

ALTOÉ, Sônia. A psicanálise pode ser de algum interesse no trabalho institucional com crianças e adolescentes? In: ALTOÉ, Sônia. (org). **Sujeito de Direito, Sujeito de Desejo: Direito e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999, pág 55 – 64.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida – A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BADIOU, Alain. **Ética**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

BAREMBLITT, Gregório. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1996.

BARRETO, Francisco Paes. **Reforma psiquiátrica e Movimento Lacaniano**. Belo Horizonte: editora Itatiaia, 1999.

BASSOLS, Miquel. Psicoanálisis e institucióin. **Cuadernos de Psicoanálisis – Revista Del Instituto Del Campo Freudiano em España**, nº 27, p. 51-56, ene. 2003.

BELAGA, Guillermo A. O psicanalista aplicado no hospital. In: **Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do campo freudiano**, Rio de Janeiro: Contra capa livraria, 2003.

BERCHERIE, Paul. **Os fundamentos da clínica. História e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1980.

BRASIL, **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**. Título VIII, Capítulo II, seção II – Da Saúde, p. 131-137, 1998.

BRASIL, Lei nº 8080 de 1990, Lei Orgânica da Saúde. **Ministério da Saúde. Legislação em Saúde** , Brasília, DF: Editora MS, 2004a.

BRASIL. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. **Legislação em Saúde**, Ministério da Saúde, Brasília, DF: Editora MS, 2004b.

BRASIL. Portaria Ministerial nº 336 de 2002. **Legislação em Saúde**, Ministério da Saúde, Brasília, DF: Editora MS, 2004c.

BRASIL. Declaração de Caracas. **Legislação de Saúde Mental**, Ministério da Saúde,

Brasília, DF: Editora MS, 2004d.

BRASIL, Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Belo Horizonte: CEDCA, 2000.

BRASIL, **Regulamento de Assistência a Menores Abandonados e Delinquentes**. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1927.

BRODSKY, Graciela. A solução do sintoma. In: **Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do campo freudiano**, Rio de Janeiro: Contra capa livraria, 2003, pág 19-32.

**Coleção os pensadores**. Textos escolhidos de Condillac, Helvétius e Degerando. São Paulo: Cultural e Industrial, 1980.

COTTET, Serge. **Freud e o desejo do analista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1989.

COUTO, Luís Flávio Silva. O psicanalista cidadão e o nó borromeano generalizado. **Anais da IX Jornada de cartéis da Escola Brasileira de Psicanálise**, Escola Brasileira de Psicanálise: Belo Horizonte, mar 2006, pág 44 – 47.

CURINGA. **Revista da Escola Brasileira de Psicanálise .Lacan e a Lei**. Sessão Minas Gerais. Belo Horizonte, nº. 17, 2001.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **As Razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DESVIAT, Manuel. **Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DI CIACCIA, Antônio. “De civitate analítica”. **Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise**. Nº 15, abril, 1996.

DI CIACCIA, Antônio. Da fundação por um à prática feita por muitos. In: CURINGA. **Revista da Escola Brasileira de Psicanálise. Psicanálise e saúde mental**. Sessão Minas Gerais. Belo Horizonte, nº. 13, 1999.

DI CIACCIA, Antônio. Inventar a psicanálise na instituição. In: **Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do campo freudiano**, Rio de Janeiro: Contra capa livraria, 2003, pág 33-38.

DI CIACCIA, Antônio. La pratique à plusieurs. In: **La Cause Freudienne**. Paris, nº61, nov, 2005, pág 107-118.

FIGUEIREDO, Ana Cristina, NOBRE, Letícia e VIEIRA, Marcus André. Pesquisa clínica em psicanálise: a elaboração de um método. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina (org). **Psicanálise: Pesquisa e clínica**. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001, pág 11 – 24.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Reforma psiquiátrica e psicanálise: um novo aggiornamento? In: QUINET, Antônio. **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de

Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, pág 93 - 96.

FREUD, Sigmund. **Totem e tabu**. [1913 -1914]. **Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard brasileira**, Rio de Janeiro: Imago Vol XIII, 1996a, 12 – 177.

FREUD, Sigmund. Linhas de progresso na terapia psicanalítica [1918]. **Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard brasileira**, Rio de Janeiro: Imago, Vol. XVII, 1996b, pág 199 - 211.

FREUD, Sigmund. Psicologia de grupo e análise do ego. [1921]. **Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard brasileira**, Rio de Janeiro: Imago, Vol XVIII, 1996c, pág 79 – 156.

FREUD, Sigmund. Prefácio à juventude desorientada. [1925]. **Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard brasileira**, Rio de Janeiro: Imago, Vol XIX, 1996d, pág 341 – 348.

FREUD, Sigmund. Análise terminável e interminável. [1937]. **Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard brasileira**, Rio de Janeiro: Imago, Vol. XXIII, 1996e, pág 225 - 270.

FREUD, Sigmund. Mal estar na civilização. [1927 - 1931]. **Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard brasileira**, Rio de Janeiro: Imago, Vol. XXI, 1996f, pág 75 - 171.

FREUD, Sigmund. Um estudo autobiográfico. [1927]. **Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard brasileira**, Rio de Janeiro: Imago, Vol. XX, 1996g, pág 17 – 92.

FOULCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 1996.

FOULCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

FOULCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2003.

GONDAR, Jô. Ética, moral e sujeito. In: ALTOÉ, Sônia (Org). **Sujeito do Direito, Sujeito do Desejo: Direito e Psicanálise**, Rio de Janeiro: Revinter, 1999, pág 33- 42.

GROSTEIN, Sandra Arruda. Líder e *mais um*; Líder ou *mais um*. **Opção lacaniana on line**, abr. 2006. Disponível em <http://www.ebp.org.br>. Acesso em 29 abr. 2006.

HARARI, Angelina, CARDENAS, Maria Hortência, KRUGER, Flory. **Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do campo freudiano**, Rio de Janeiro: Contra capa livraria, 2003.

HARARI, Angelina (Coord). **Os casos raros e inclassificáveis, da clínica psicanalítica - As conversações de Arcachon**. São Paulo: Agalma, 1997.

HORNE, Bernardino. Efeitos de formação: O analista na psicanálise aplicada à terapêutica. In: HARARI, Angelina, CARDENAS, Maria Hortência, KRUGER, Flory. **Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do campo freudiano**, Rio de Janeiro: Contra capa livraria, 2003, pág 49 – 54.

LACAN, Jacques. **O seminário 7. a ética da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.,1997.

LACAN, Jacques. **O Seminário 17. O avesso da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

LACAN, Jacques, **Seminário 19. ...Ou pior**. Inédito. Saber do psicanalista, aula de 3 de março de 1972.

LACAN, Jacques. **O Seminário 20. Mais, Ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

LACAN, Jacques, **Seminário 22. R.S.I**. inédito, aula de 10 de dezembro de 1974.

LACAN, Jacques, **Seminário 22. R.S.I**. inédito, aula de 17 de dezembro de 1974.

LACAN, Jacques. A direção da cura e os princípios de seu poder. In: **Escritos**. Rio de Janeiro:Jorge Zahar Editora, 1998a, pág 591-652.

LACAN, Jacques. A juventude de Gide ou a letra do desejo. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1998b, pág 749 - 775.

LACAN, Jacques. Variantes do tratamento padrão. In: **Escritos**. Rio de Janeiro:Jorge Zahar Editora, 1998c, pág 325 - 365.

LACAN, Jacques. A psicanálise verdadeira, e a falsa. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2003a, pág 173 – 182.

LACAN, Jacques. Radiofonia. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2003b, pág 400 - 447.

LACAN, Jacques. Nota sobre a criança. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro:Jorge Zahar Editora, 2003c, pág 369 - 370.

LAIA, Sérgio. A psicanálise nas novas instituições. **Opção Lacaniana-Revista Brasileira Internacional de Psicanálise**. nº 38, 116-121. nov. 2003a.

LAIA, Sérgio. A prática analítica nas instituições. In: HARARI, Angelina, CARDENAS, Maria Hortência, KRUGER, Flory. **Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do campo freudiano**.Rio de Janeiro: Contra capa, 2003b, pág 69 - 82.

LAURENT, Eric. O analista cidadão.In: **Curinga - Revista da Escola Brasileira de Psicanálise**. Sessão Minas Gerais. Belo Horizonte, nº. 13, pág 12-19, 1999a.

LAURENT, Eric. Novas normas de distribuição dos atendimentos e sua avaliação do ponto de vista da psicanálise In: **Curinga** – Escola Brasileira de Psicanálise. Sessão Minas Gerais, Belo Horizonte, nº 13, pág 74 – 90, 1999b.

LAURENT, Eric. Usos actuales posibles e imposibles del psicoanálisis. In: LAURENT, Eric. **Psicoanálisis y salud mental**. Buenos Aires: Três Haches, 2000a, cap.3, p. 45-59.

LAURENT, Eric. Psicanálise e saúde mental: a prática feita por muitos. In: **Curinga** – Escola Brasileira de Psicanálise – Sessão Minas Gerais, Belo Horizonte, nº 14, pág 164 – 175, 2000b.

LAURENT, Eric. Dois aspectos da torção entre sintoma e instituição. In: HARARI, Angelina, CARDENAS, Maria Hortênci, KRUGER, Flory. **Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do campo freudiano**. Rio de Janeiro: Contra capa, 2003, pág 83 - 96.

LAURENT, Eric. Estado, Sociedade, Psicanálise. In: **Opção lacaniana** – Escola Brasileira de Psicanálise, nº 11, pág 11 – 20, nov. 1994.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

KANT, Immanuel. **Sobre a pedagogia**. Piracicaba: Editora Unimep, 2002.

MAZZUCA, R., SCHEJTMAN, F. y ZLOTNIK, **Las dos clínicas de Lacan: introducción a la clínica de los nudos**, Buenos Aires:Três Haches, 2000.

MILLER, Jacques – Alain. La última enseñanza de Lacan. In: MILLER, Jacques – Alain. **Lo real y el sentido**. Buenos Aires: DG e impression, 2003.

MILLER, Jacques-Alain. **Intervenção no IV Congresso da Associação Mundial de Psicanálise** – Realizado na Ilha de Comandatuba, em 05/08/04a, INÉDITO.

MILLER, Jacques-Alain. Lacan e a política. In: **Opção lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise**. nº 40, Agosto, 2004b, pág 7 a 20.

MILLER, Jacques-Alain. As contra-indicações ao tratamento psicanalítico. In: **Opção lacaniana** – Escola Brasileira Internacional de Psicanálise. nº 25, out. 1999, pág 52 – 55.

MILLER, Jacques-Alain e LAURENT, Éric. O Outro que não existe e seus comitês de ética. In: **CURINGA**: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise – seção Minas Gerais - Nº 12, pág 4 – 18, set. 1998.

MILLER, Jacques-Alain. O real é sem lei. In: **Opção lacaniana** – Escola Brasileira de Psicanálise, nº 34, pág 7 – 16, out. 2002.

MILLER, Jacques-Alain. **Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia.** (inédito).

RABINOVICH, Diana. O psicanalista entre o Mestre e o Pedagogo. In: **Cadernos de psicologia**; Revista do Departamento de Psicologia da UFMG: Belo horizonte, v. 11, ano 2005, pág 9 – 28.

RAWLS, John. **O liberalismo político.** Editora Ática. 2ª ed. SP. 2000.

RIZZINI, Irene e RIZZINI, Irma. **A institucionalização de crianças no Brasil. Percursos histórico e desafios do presente.** Editora PUC -RIO / Edições Loyola, 2004.

ROUDINESCO, Elizabeth. **Dicionário de Psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Rio de Janeiro: Te Corá editora/Instituto Franco Baságlia, 2001.

SILVA, Mônica Eulália. A experiência do CERSAMI. In: GUERRA, Andréa Campos Máris e LIMA, Nádia LAGUARDIA. **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição psicanalítica no campo da saúde mental.** Belo Horizonte: autêntica- FUMEC, 2003.

TENÓRIO, Fernando. Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In: QUINET, Antônio. **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001a, pág 121 – 132.

TENÓRIO, Fernando. Psicanálise e reforma psiquiátrica – um trabalho necessário. In: **Psicanálise- pesquisa e clínica.** Rio de Janeiro: Ipub-Cuca, 2001b, pág 89 a 100.

UBIETO, José Ramon Ubieta. Estratégias de la conversación: el trabajo en red. In: **Cuadernos de Psicoanálisis – Revista del Instituto Freudiano en España**, nº 27, pág 83 – 90, ene 2003.

VENTURA, Maria Cristina Couto. Trilhando novos caminhos. In: GUERRA, Andréa Máris Campos e LIMA, Nádia Laguárdia (orgs). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental.** Belo Horizonte: Autêntica; FUMEC, 2003.

VIGANÓ, Carlo. A construção do caso clínico em saúde mental. In: **Revista Curinga – Escola Brasileira de Psicanálise – Minas Gerais, Belo Horizonte**, nº 13, set. 1999, pág 50 - 59.

ZENONI, Alfredo. Orientación Analítica en la institución psiquiátrica. Cuadernos de Psicoanálisis – **Revista Del Instituto Del Campo Freudiano en España**, nº 27, Pág. 66 – 76, ene 2003.