



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Waldir Périco

**Ensaio sobre psicanálise, instituições e luta de classes no campo da Saúde
Mental Coletiva**

Rio de Janeiro

2021

Waldir Périco

Ensaio sobre psicanálise, instituições e luta de classes no campo da Saúde Mental

Coletiva

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Teoria, método e ética da psicanálise aplicada às questões da clínica

Orientadora Prof.^a Dra. Doris Luz Rinaldi

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

P441	Périco, Waldir. Ensaaios sobre psicanálise, instituições e luta de classes no campo de Saúde Mental Coletiva / Waldir Périco. – 2021. 258 f. Orientadora: Doris Luz Rinaldi. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. 1. Psicanálise – Teses. 2. Classes Sociais – Teses. 3. Tratamentos psíquicos – Teses. I. Rinaldi, Doris Luz. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título. bs CDU 159.964.2
------	---

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Waldir Périco

Ensaio sobre psicanálise, instituições e luta de classes no campo da Saúde Mental
Coletiva

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Teoria, método e ética da psicanálise aplicada às questões da clínica

Aprovada em 03 de novembro de 2021.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a. Doris Luz Rinaldi (Orientadora)

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Prof.^a Dr.^a. Ana Cristina Costa de Figueiredo

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Prof. Dr. Luciano da Fonseca Elia

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Prof. Dr. Raul Albino Pacheco Filho

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP

Prof. Dr. Silvio José Benelli

Universidade Estadual Paulista – UNESP

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa (*in memoriam*). Sua presença ainda é constante e generosa.

AGRADECIMENTOS

O essencial são os intercessores [...]. Sem eles não há obra

Gilles Deleuze

À Prof.^a Dr.^a Doris Luz Rinaldi, orientadora desta tese. Suas críticas foram importantes para o exercício da ação e da reflexão dialéticas sem as quais padecemos.

Aos professores que compuseram as bancas examinadoras: Prof. Dr. Luciano da Fonseca Elia, Prof. Dr. Raul Albino Pacheco Filho, Prof.^a Dr.^a Ana Cristina da Costa Figueiredo e Prof. Dr. Silvio José Benelli.

Aos secretários, colegas mestrands e doutorands, e professores do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da UERJ, pelo tempo de convivência e trocas importantes.

Aos companheiros de trabalho na Saúde Mental dos municípios por onde passei, principalmente: às psicólogas Crithiane Comitre Garcia, Silvia Louise Rosa de Oliveira, Maria Fatima Morra, Fernanda Machado, Etienne Menezes, Victória Oliveira, Mariana Portugal de Andrade e Olívia Barbosa Miranda. Às assistentes sociais Maria Aparecida Pareschi, Carmen Silvia Righetti, Maria Sandra de Moura Marques e Débora Holanda Leite Menezes. Também à Joseane Lima, pela limpeza do Ambulatório e por acrescentar alegria à nossa Saúde Mental.

Às mais calorosas amigas que fiz no Rio de Janeiro: Diogo Pereira de Sousa, Ramayana Correia Mello e Mayara Yamauti Possari.

Aos demais integrantes do grupo de pesquisa “Clínica do sujeito e atenção psicossocial: novos dispositivos de cuidado no campo da saúde mental”, coordenado pela Prof.^a Dr.^a Doris. Os debates nas nossas “reuniões das quartas-feiras” foram imprescindíveis.

Aos camaradas do “Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e ‘Subjetividade da saúde’ – LATIPPSS” (UNESP-Assis). Apesar do grande abalo de 2018, as nossas “reuniões das quintas-feiras” não cessaram. “Estou preso à vida e olho meus companheiros. Estão taciturnos mas nutrem grandes esperanças” (Drummond).

Aos amigos e amigas dos grupos de estudos e supervisão psicanalítica por mim coordenados: “Grupo Lacan-Prudente-SP”, “Grupo Super-visão Assis-SP”, “Grupo Estudos de Freud e Lacan”, “Grupo Introdução à Psicanálise” e “Grupo Super-Clínico-Institucional”. É no intercâmbio com vocês que eu redimensiono o pouco que sei. Agradeço, sobretudo, à Vanessa Favoni Fragozo e ao José Eduardo Atilio Pereira de Souza, coordenadores do Instituto Sage de Presidente Prudente-SP onde germinaram os primeiros desses grupos.

À Mayra Carneiro de Carvalho, José Guilherme Nogueira Passarinho, Igor Costa Palo Mello e Hellen Halivercy de Souza Janegitz, além das preciosas amizades, pelas discussões a respeito do marxismo.

À Flavia Lana Garcia de Oliveira, especialmente. Pela companhia afetuosa no tempo da elaboração desta tese.

Aos queridos William Fernandes Rabelo da Silva, Jeferson Rodrigues, Fernanda Mendes e Hellen Melo Pereira, que carinhosamente me receberam em Florianópolis-SC, local dos meus novos sonhos. Ao professor William, também pela cuidadosa revisão do texto desta tese: “problema com escola eu tenho mil, mil fita” (Racionais MC’s).

Ao Maico Fernando Costa e ao William Azevedo de Souza. Algumas amizades simplesmente são, pelo encontro das causas compartilhadas. “Eu sou irmão do meus truta de batalha” (Racionais MC’s).

Além do Maico e do William, às demais trutas do grupo de estudos “Psicanálise e Justiça Social”: Janaina Bianchi de Mattos, Mingnon Pereira Lins e Deborah Lima Klajnman. Seguimos na recuperação das causas historicamente perdidas.

Ao meu amigo João Elias Cury Júnior, o mais sensível dos analistas de grupos que conheci.

À Silvana e aos “dois Antonios”, que em momentos diferentes da minha vida me deixaram ocupar o lugar do trabalho na minha análise pessoal.

Finalmente, à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro - FAPERJ, pelo apoio financeiro que maximizou as possibilidades desta pesquisa.

O Operário no mar

Na rua passa um operário. Como vai firme! Não tem blusa. No conto, no drama, no discurso político, a dor do operário está na blusa azul, de pano grosso, nas mãos grossas, nos pés enormes, nos desconfortos enormes. Esse é um homem comum, apenas mais escuro que os outros, e com uma significação estranha no corpo, que carrega desígnios e segredos. Para onde vai ele, pisando assim tão firme? Não sei. A fábrica ficou lá atrás. Adiante é só o campo, com algumas árvores, o grande anúncio de gasolina americana e os fios, os fios, os fios. O operário não lhe sobra tempo de perceber que eles levam e trazem mensagens, que contam da Rússia, do Araguaia, dos Estados Unidos. Não ouve, na Câmara dos Deputados, o líder oposicionista vociferando. Caminha no campo e apenas repara que ali corre água, que mais adiante faz calor. Para onde vai o operário? Teria vergonha de chamá-lo meu irmão. Ele sabe que não é, nunca foi meu irmão, que não nos entenderemos nunca. E me despreza... Ou talvez seja eu próprio que me despreze a seus olhos. Tenho vergonha e vontade de encará-lo: uma fascinação quase me obriga a pular a janela, a cair em frente dele, sustar-lhe a marcha, pelo menos implorar-lhe que suste a marcha. Agora está caminhando no mar. Eu pensava que isso fosse privilégio de alguns santos e de navios. Mas não há nenhuma santidade no operário, e não vejo rodas nem hélices no seu corpo, aparentemente banal. Sinto que o mar se acovardou e deixou-o passar. Onde estão nossos exércitos que não impediram o milagre? Mas agora vejo que o operário está cansado e que se molhou, não muito, mas se molhou, e peixes escorrem de suas mãos. Vejo-o que se volta e me dirige um sorriso úmido. A palidez e confusão do seu rosto são a própria tarde que se decompõe. Daqui a um minuto será noite e estaremos irremediavelmente separados pelas circunstâncias atmosféricas, eu em terra firme, ele no meio do mar. Único e precário agente de ligação entre nós, seu sorriso cada vez mais frio atravessa as grandes massas líquidas, choca-se contra as formações salinas, as fortalezas da costa, as medusas, atravessa tudo e vem beijar-me o rosto, trazer-me uma esperança de compreensão.

Sim, quem sabe se um dia o compreenderei?

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

PÉRICO, Waldir. **Ensaio sobre psicanálise, instituições e luta de classes no campo da Saúde Mental Coletiva**. 258 f. 2021. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

A nossa experiência de uma década é o palco da produção desta tese. Apresentamos quatro ensaios sobre a clínica e a política no campo da Saúde Mental Coletiva à luz da psicanálise de Freud e Lacan, do materialismo histórico de Marx e de alguns subsídios da análise institucional. Basicamente, essas referências teórico-práticas deram corpo às Reformas Psiquiátricas pelo mundo que, salvo exceções, foram experiências que não abalaram a estrutura do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. Disso inferimos que esse paradigma dominante, derivado do Modo de Produção Capitalista, também busca constantemente reformar-se para manter sua hegemonia em face das mudanças sociais. Por esse motivo, partimos da análise paradigmática da Saúde Mental proposta por Costa-Rosa, que delimita quatro parâmetros analíticos que servem de “guias para a ação/reflexão” dos trabalhadores que buscam suplantam o Paradigma Psiquiátrico tendo o Paradigma Psicossocial no horizonte ético. Concebendo a Reforma Psiquiátrica como um estágio das transformações, o primeiro ensaio apresenta a análise paradigmática e propõe a necessidade de ir além das reformas com a condição de servir-se delas. A conjuntura de retrocessos nas políticas públicas no Brasil pós-golpe de Estado de 2016 evidencia a relevância da teorização de Marx sobre o Estado, a ideologia, a luta de classes e o método dialético. O segundo ensaio discute o fato do Paradigma Psicossocial exigir a superação dos especialismos profissionais e a formação trabalhadores de Saúde Mental de um novo tipo. Situando o estatuto transdisciplinar da psicanálise e do materialismo histórico, diferencia os trabalhadores-disciplinares do Paradigma Psiquiátrico dos trabalhadores-intercessores caracterizados pela capacidade de suspender o exercício do saber-poder, para que os sujeitos do tratamento se tornem protagonistas. O terceiro ensaio aborda a experiência de quatro anos de implantação de grupos de recepção em um Ambulatório de Saúde Mental, destacando os movimentos institucionais, o choque de visões paradigmáticas e as resistências a esse processo. A superação da triagem medicalizadora e a ampliação das ofertas de tratamentos pela fala conseguiram reduzir substancialmente as filas de espera e a medicalização. O quarto ensaio, partindo da clínica, trata das inovações na psicanálise para a escuta nos dispositivos coletivos de recepção e de tratamento, problematizando uma forma de coletividade que não desconsidere o singular e vice-versa. Também aborda o acréscimo de privações que recai sobre as classes proletárias e as potencialidades e limites do tratamento psicanalítico com esses sujeitos.

Palavras-Chaves: Tratamentos Psíquicos na Saúde Coletiva. Grupos de Recepção. Classes Sociais. Psicanálise. Materialismo Histórico.

ABSTRACT

PÉRICO, Waldir. **Essays on psychoanalysis, institutions and class struggle in the field of Collective Mental Health**. 258 f. 2021. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Our decade-long experience is the stage for the production of this thesis. We present four essays on the clinic and politics in the field of Collective Mental Health in the light of Freud's and Lacan's psychoanalysis, Marx's historical materialism and some subsidies of institutional analysis. Basically, these theoretical-practical references embodied the Psychiatric Reforms around the world which, with exceptions, were experiences that did not shake the structure of the Hospital-centric Medicalizing Psychiatric Paradigm. From this we infer that this dominant paradigm, from the Capitalist Way of Production, also constantly seeks to reform itself in order to maintain its hegemony in the face of social changes. For this reason, we start from the paradigmatic analysis of Mental Health proposed by Costa-Rosa, which delimits four analytical parameters that serve as “guides for the action/reflection” of workers who seek to overcome the Psychiatric Paradigm with the Psychosocial Paradigm in the ethical horizon. Conceiving the Psychiatric Reform as a stage of transformations, the first essay presents the paradigmatic analysis and proposes the need to go beyond reforms with the condition to make use of them. The set of setbacks in public policies in Brazil after the 2016 coup d'état highlights the relevance of Marx's analysis of the State, ideology, class struggle and the dialectical method. The second essay discusses the fact that the Psychosocial Paradigm requires the overcoming of professional specialisms and the training of new Mental Health workers. Locating the transdisciplinary statute of psychoanalysis and historical materialism, it differentiates the disciplinary workers of the Psychiatric Paradigm from the intercessor workers characterized by the ability to suspend the exercise of knowledge-power, so that the subjects of treatment become protagonists. The third essay addresses the four-year experience of implementing reception groups in a Mental Health Clinic, highlighting institutional movements, the clash of paradigmatic views and resistance to this process. Overcoming medicalizing screening and expanding the offer of speech therapies managed to substantially reduce waiting lines and medicalization. The fourth essay, starting from the clinic, deals with innovations in psychoanalysis for listening in the collective devices of reception and treatment, problematizing a form of collectivity that does not disregard the singular and vice versa. It also addresses the increase in deprivations that falls upon the proletarian classes and the potential and limits of psychoanalytic treatment with these subjects.

Keywords: Psychic Treatments in Public Health. Reception Groups. Social Classes.

Psychoanalysis. Historical Materialism.

RÉSUMÉ

PÉRICO, Waldir. **Essais sur la psychanalyse, les institutions et la lutte des classes dans le domaine de la Santé Mentale Collective**. 258 f. 2021. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Notre expérience d'une décennie est la scène de la production de cette thèse. Nous présentons quatre essais sur la clinique et la politique dans le champ de la Santé Mentale Collective au vu de la psychanalyse de Freud et Lacan, le matérialisme historique de Marx et de certaines subventions d'analyse institutionnelle. Fondamentalement, ces références théorico-pratiques ont donné forme aux Réformes Psychiatriques à travers le monde que, sauf exception, n'ont pas secoué la structure du Paradigme Psychiatrique Hopitalocentrique Médicalisateur. Cela, nous déduisons que ce paradigme dominant, dérivé du Mode de Production Capitaliste, essaie-t-il constamment pour maintenir sa hégémonie en face des changements sociaux. C'est pour cette raison que nous partons d'analyse paradigmatique de la santé mentale proposée par Costa-Rosa qui délimite quatre paramètres analytiques qui servent de guides à l'action/réflexion des travailleurs qui cherchent surmonter le Paradigme Psychiatrique en prenant le Paradigme Psychosocial dans l'horizon éthique. En prenant en compte la réforme psychiatrique comme un stage de transformations, le premier essai présente l'analyse paradigmatique et suggère la nécessité d'aller d'ailleurs des réformes avec la condition de la utiliser. La conjoncture de régression des politiques publiques au Brésil après le coup d'État en 2016 a mis en évidence la pertinence d'analyse de Marx sur l'État, l'idéologie, la lutte de classes et la méthode dialectique. Le deuxième essai discute le fait du Paradigme Psychosocial exiger le dépassement des spécialismes professionnels et la formation des professionnels de la Santé Mentale d'un nouveau type. En situant le statut transdisciplinaire de la psychanalyse et du matérialisme historique, on différencie les travailleurs-disciplinaires du Paradigme Psychiatrique des travailleurs-intercesseurs caractérisés par leur capacité de suspendre l'exercice du savoir-pouvoir, pour que les sujets du traitement deviennent protagonistes. Le troisième essai aborde l'expérience de quatre ans d'implémentation des groupes de réception dans un ambulatoire en Santé Mentale, en soulignant des mouvements institutionnels, le conflit des visions paradigmatiques et les résistances à ces processus. Le dépassement de dépistage médicalisant et l'ampliation des offres de traitement par la parole ont réussi réduire substantiellement les lignes de service et la médicalisation. Le quatrième essai part de la clinique, il aborde des innovations de la psychanalyse par l'écoute dans les dispositifs collectifs de réception et de traitement. Nous abordons aussi le problème de montée des privations qui reposent sur les classes ouvrières et les potentialités et les limites du traitement psychanalytique avec ces sujets.

Mots-clés : Traitements Psychiques en Santé Collective. Groupes d'Accueil.

Classes Sociales. Psychanalyse. Matérialisme Historique.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – O processo de produção	31
Figura 2 – A metáfora do edifício da formação social elaborada por Marx	32
Figura 3 – As instituições sociais como palcos de luta política	53
Figura 4 – Representação das inter-relações entre quatro especialidades profissionais na modalidade de divisão do trabalho do tipo “integração em profundidade”	74
Figura 5 – Os efeitos ético-políticos do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador e do Paradigma Psicossocial	97
Figura 6 – Alguns tipos de trabalhadores públicos encontrados no campo da Saúde Mental Coletiva	116
Figura 7 – Os lugares do discurso	193
Figura 8 – Os matemas do discurso da histeria e do discurso do analista	194
Figura 9 – Localização de <i>das Ding</i> na estrutura psíquica	203
Figura 10 – Composição do circuito no discurso	240
Figura 11 – Composição dos quatro lugares do discurso como modo de produção	241
Figura 12 – Representação do Registro do Simbólico como o conjunto incompleto de significantes	243
Figura 13 – Os matemas dos quatro discursos	245
Figura 14 – Os matemas do discurso do mestre e do discurso do capitalista	248
Foto1 – Trabalhador morto no Levante de Guariba-SP	168
Quadro 1 – O estatuto ético-político dos efeitos do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador e do Paradigma Psicossocial, segundo a psicanálise e o materialismo histórico.....	96
Quadro 2 – Diferenciação entre as perspectivas disciplinar e transdisciplinar no campo da Saúde Mental	114
Tabela 1 – Comparação entre o número de faltas no primeiro atendimento da triagem individual e o número de faltas no primeiro atendimento dos grupos de recepção, no período de quatro meses	142

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

IPA – *Internation Psychoanalytical Association*

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

LATIPPSS – Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de
Subjetivação e “Subjetividade da saúde”

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	15
1	ENSAIO 1 - OS SENTIDOS DA AMPLIAÇÃO DA CLÍNICA NA SAÚDE MENTAL COLETIVA: NOVAS CONTRIBUIÇÕES AO PARADIGMA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	20
1.1	Introdução	20
1.2	Conceituações preliminares	24
1.2.1	<u>O conceito de história em Marx</u>	<u>24</u>
1.2.2	<u>O conceito de modo de produção</u>	<u>29</u>
1.2.3	<u>O conceito de ideologia em Marx e além dele</u>	<u>34</u>
1.2.4	<u>A dialética de Marx até a psicanálise: os processos de subjetivação</u>	<u>41</u>
1.2.4.1	Contradição e alternatividade dialética.....	43
1.2.5	<u>O conceito de paradigma</u>	<u>44</u>
1.2.6	<u>O conceito de instituição</u>	<u>45</u>
1.2.6.1	A gênese das instituições.....	47
1.2.6.1.1	O Processo de Estratégia de Hegemonia e os Aparelhos de Estado.....	49
1.2.6.2	A consistência das instituições.....	60
1.2.6.3	O funcionamento das instituições.....	61
1.3	As classes sociais e a posição dos trabalhadores-intercessores com ciência de classe.....	63
1.4	Os quatro parâmetros da análise paradigmática.....	66
1.4.1	<u>Parâmetro um: as concepções do “objeto” e dos meios de trabalho.....</u>	<u>67</u>
1.4.2	<u>Parâmetro dois: as formas da organização das relações intra e Interinstitucionais.....</u>	<u>72</u>
1.4.3	<u>Parâmetro três: as formas do relacionamento transferencial com os sujeitos do sofrimento, a população em geral e o Território. E a recíproca.....</u>	<u>76</u>
1.4.4	<u>Parâmetro quatro: as concepções dos efeitos das práticas em termos terapêuticos e ético-políticos.....</u>	<u>78</u>
1.4.4.1	As éticas do cuidado do Paradigma Psiquiátrico.....	79
1.4.4.2	Crítica da ética do cuidado: a ética do desejo e a não-resposta do analista....	82
1.4.4.2.2	O carecimento em Marx.....	89
1.4.4.3	Ética da adaptação <i>versus</i> ética da singularização.....	96
1.5	Considerações finais.....	98

2	ENSAIO 2 - PSICANÁLISE, TRANSDISCIPLINARIDADE E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A NECESSÁRIA FORMAÇÃO DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL DE UM NOVO TIPO...	101
2.1	Introdução.....	101
2.2	Ponto de partida: o que a experiência nos ensina.....	102
2.3	Para além das especialidades disciplinares.....	107
2.3.1	<u>Materialismo histórico e psicanálise: dois campos em intercessão.....</u>	110
2.4	O trabalhador-intercessor e sua caixa de ferramentas.....	113
2.4.1	<u>A transdisciplinaridade como superação do princípio da cisão sujeito-objeto</u>	117
2.5	Considerações finais.....	123
3	ENSAIO 3 - A REORIENTAÇÃO DAS PRÁTICAS AMBULATORIAIS NA SAÚDE MENTAL COLETIVA A PARTIR DOS GRUPOS DE RECEPÇÃO.....	124
3.1	Introdução.....	124
3.2	Breve caracterização dos paradigmas de produção da Atenção em Saúde Mental.....	128
3.3	A complexidade do “objeto” e do trabalho nas práticas ambulatoriais Públicas.....	134
3.4	Intercedendo nas relações intra e interinstitucionais: as propostas de mudanças no dispositivo institucional e as resistências.....	139
3.5	Intercedendo na relação entre a oferta e a demanda de tratamento.....	143
3.5.1	<u>Robson, “entre a neurose e o embrutecimento”.....</u>	146
3.6	Considerações finais	148
4	ENSAIO 4 - O SINGULAR NO COLETIVO: INOVAÇÕES NA PSICANÁLISE PARA A ESCUTA NOS GRUPOS DE RECEPÇÃO E DE TRATAMENTO.....	150
4.1	Introdução.....	150
4.2	As inovações da psicanálise para a escuta nos coletivos.....	152
4.3	O dispositivo do grupo de recepção.....	153
4.3.1	<u>Manejos entre os dispositivos individuais e grupais</u>	163
4.3.2	<u>Joseane, a manicure intercessora</u>	165
4.4	A sobredeterminação do sofrimento psíquico das classes proletárias	168
4.4.1	<u>O caso Pedro Pedreiro: “homens entregues à bebida”</u>	174

4.4.2	<u>“Mulheres que ameaçam sucumbir sob a carga de privações”</u>	182
4.4.2.1	Roseli e a violência intrafamiliar: um caso de amódio entre mãe e filho.....	182
4.4.2.2	Um grupo psicoterapêutico de mulheres.....	186
4.5	O caso Alice: do “buraco negro” a “uma estrela que não é mais”	198
4.6	Considerações finais.....	207
 PARA CONCLUIR – NÃO HÁ SAÚDE MENTAL COLETIVA NO CAPITALISMO		210
 REFERÊNCIAS.....		215
 APÊNDICE - Os quatro discursos de Lacan e os processos de subjetivação		239
 ANEXO - Projeto Clínico-Institucional do Ambulatório Ampliado de Saúde Mental - Prefeitura Municipal de X		251

APRESENTAÇÃO

Nas páginas seguintes abordaremos as difíceis implicações do exercício do tratamento psicanalítico “bem longe do seu solo natal” (FREUD, 1919/2010f, p. 392), em um contexto em que a miséria psíquica muitas vezes se entrelaça à miséria socioeconômica que inexiste nas classes média e burguesa, frequentadoras originárias e ainda quase exclusivas dos consultórios de psicanálise. Essa empreitada retoma uma questão já enunciada por Freud (1919/2010a), mas que, como evidenciou Elizabeth Danto (2019), foi alvo de um recalque no interior do Movimento Psicanalítico: pode a psicanálise, sendo ela uma das mais sofisticadas criações da cultura humana, permanecer um “bem” privado a uma camada tão pequena da sociedade? Haveria outro campo científico capaz de explicar esse fato, a não ser aquele que tem como objeto a luta de classes e as origens históricas das desigualdades socioeconômicas?

Os textos que compõem esta tese de doutorado foram concebidos em forma de ensaios. Em função disso, esses quatro ensaios podem ser lidos tanto independentemente um do outro quanto em conjunto, o que, nesse caso, potencializa o entendimento dos assuntos abordados por cada um, devido ao atravessamento de temas correlatos entre eles. Tal como refere Jacques Lacan (1968-69/2008c), ao mencionar um escrito de Gilles Deleuze, dizendo que este “foi feito como se deve fazer um livro, ou seja, cada um de seus capítulos implica o conjunto, de modo que se tem o todo, ao pegar uma parte bem escolhida” (p. 213). Tendo como base a especificidade dos referenciais teórico-práticos dos quais partimos, percebemos que a ensaística era a melhor forma de expor os resultados da nossa pesquisa, já que “estamos sempre dispostos a admitir [...] a incompletude do nosso conhecimento” (FREUD, 1919/2010a, p. 191). Segundo Starobinski (2011), o modo de escrita por ensaio considera as experiências inacabadas, daí serem exercícios sempre provisórios que deixam um assunto abordado mais em aberto do que finalizado.

Quando se trata do trabalho em Estabelecimentos públicos – utilizando a psicanálise, o materialismo histórico e a análise institucional – propomos tanto uma bússola para o nosso trabalho na Saúde Mental, que chamamos de Paradigma Psicossocial, quanto um modo de trabalho-pesquisa, por nós nomeado como Dispositivo Intercessor ou Intercessão-Pesquisa¹. E

¹ A teoria do Paradigma Psicossocial e o Dispositivo Intercessor encontram-se em construção permanente pelos integrantes do “Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e ‘Subjetividadesaúde’” (LATIPPSS): “O LATIPPSS está em funcionamento desde o ano de 2010. Adotamos uma perspectiva transdisciplinar para desenvolver, formalizar e operar instrumentalizados pelo Dispositivo Intercessor (DI) de modo a que os trabalhadores situados no âmbito dos dispositivos institucionais das políticas

é dessa perspectiva transdisciplinar que extraímos um operador clínico-institucional de um novo tipo: o trabalhador-intercessor².

Se consideramos que esse trabalhador parte necessariamente da sua práxis, só poderemos falar de uma pesquisa derivada de um trabalho que, ao menos logicamente, é anterior à pesquisa, pois “todos os mistérios que induzem a teoria ao misticismo encontram sua solução racional na prática humana e na compreensão dessa prática” (MARX, 1845/2007, p. 539). Estamos no lastro não apenas do materialismo histórico, que propõe a superação da divisão técnica do trabalho entre os que fazem e os que pensam, mas também da psicanálise, que também estabelece uma práxis, pois “é indispensável que o analista seja ao menos dois. O analista para ter efeitos, e o analista que esses efeitos teoriza” (LACAN, 1974-75, p. 5). Em um primeiro momento, somos trabalhadores-intercessores no *lugar do agente* que causa a produção do *saber da práxis para a própria práxis*. Em um segundo momento lógico, somos trabalhadores-intercessores-pesquisadores no *lugar do trabalho* da produção de uma reflexão epistemológica acerca dos acontecimentos (incluindo os impasses) do primeiro momento, nos quais estivemos necessariamente implicados, como “um a mais” entre outros trabalhadores de Saúde Mental. Somente assim podemos vislumbrar a superação da divisão técnica do trabalho entre os que fazem e os que pensam, sem a qual nos manteríamos nos modos disciplinares de trabalhar e pesquisar que objetalizam os sujeitos, retirando-lhes o intransferível *lugar do trabalho* que, segundo a ética da singularização que nos orienta, a eles pertence. Quanto à ética da singularização, além da ética psicanalítica da diferença (desejo), a Intercessão-Pesquisa é também tributária da ética marxiana do valor de uso (carecimento) e da ética socioanalítica da autogestão dos coletivos, homologamente singularizantes.

O objetivo geral desse conjunto de ensaios é mostrar a pertinência de uma leitura paradigmática de tipo lógico-histórica (estrutural) do campo da Saúde Mental Coletiva, que parte da psicanálise e do materialismo histórico como base, mas que utiliza também algumas ferramentas da análise institucional, como suplementares. Se já existe um considerável

públicas de Saúde, de Saúde Mental, de Assistência Social, da criança e do adolescente dentre outras, possam realizar intercessões-pesquisa nos seus diversos estabelecimentos de trabalho. Pretendemos tanto produzir transformações sociais quanto produzir saberes, por meio de procedimentos diversos e em tempos diferentes, levando em conta alguns questionamentos radicais quanto à relação sujeito-objeto, teoria-prática, saber-fazer, pensar-poder, não pensar-não poder, na busca de sua superação. Trata-se de interceder e transformar conhecendo a realidade, problematizando a própria práxis, caracterizando os problemas na sua complexidade institucional, buscando seu equacionamento no plano conjuntural e estrutural” (CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO – CNPq. Disponível em: < <http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/0098315413031332> >. Acesso em: 28 set. 2021).

² Ver nota 3, na página 102 desta tese.

número de trabalhos-pesquisas sobre a inserção da psicanálise na Saúde Mental Coletiva, a nossa intenção é mostrar que uma análise paradigmática pode maximizar essas ações.

No ensaio 1 utilizaremos os métodos dialético-materialista e psicanalítico para delimitar o Paradigma Psicossocial, que, inicialmente, vai sendo definido a partir da negação lógica das características que delimitam o seu paradigma antípoda, chamado de Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. Essa análise dialética no plano lógico precisa ser realizada a partir das práticas historicamente situadas. Salvo exceções localizadas no tempo e no espaço, as experiências de Reformas Psiquiátricas ocorridas em vários países não passaram de mudanças cosméticas que não abalaram a estrutura do Paradigma Psiquiátrico. Especificamente no Brasil, os avanços operados pela Reforma Psiquiátrica já expressam longos passos dados. Armados de uma análise paradigmática, tentamos implementar práticas capazes de superar dialeticamente as reformas, servindo-se delas para ir além. Germinado no contexto dos movimentos sociais em prol da redemocratização do país desde a década de 1970, e, sobretudo, após a aprovação da Lei da Saúde Mental em 2001, o horizonte do Paradigma da Atenção Psicossocial – ao menos até os eventos sociopolíticos reacionários de 2016 – foi afirmando-se como política pública do Ministério da Saúde, dando margem para a implementação de um novo campo de saberes e práticas atravessado por um ideário ético-político que visava à superação do Paradigma Psiquiátrico. No entanto, mesmo no período em que o Paradigma Psiquiátrico se tornou subordinado jurídica e ideologicamente, ele não deixou de ser dominante nas práticas concretas, indicando o desconhecimento de boa parte dos trabalhadores da Saúde Mental acerca dos parâmetros norteadores desse novo paradigma de tratamento. Daí a importância de avançarmos na teorização e divulgação dos parâmetros de análise desses paradigmas para, com isso, oferecer subsídios aos trabalhadores desse campo, entre os quais nos incluímos.

No ensaio 2 lançaremos mão da análise estrutural com a hipótese de que a implementação do Paradigma Psicossocial exige a superação dialética das disciplinas profissionais presentes nesse campo e demanda a formação de trabalhadores de Saúde Mental de um novo tipo. Para tal, avançaremos a proposição de que isso pressupõe a maximização das contribuições da psicanálise e do materialismo histórico, referências discursivas potencialmente transdisciplinares. Diferentemente dos trabalhadores-disciplinares do Paradigma ainda dominante, esses novos trabalhadores deverão interceder junto a impasses psíquicos e institucionais a fim de possibilitar a implicação subjetiva e sociocultural dos sujeitos que a eles demandam ajuda. Discutiremos a ideia de que enquanto os trabalhadores-disciplinares comungam da ideologia do Modo de Produção Capitalista, reiterando a

objetificação alienante dos sujeitos, os trabalhadores-intercessores têm como horizonte a sustentação de uma práxis capaz de deslocar os sujeitos para o lugar do trabalho no processo de produção, seja da própria cura, no caso dos sujeitos que demandam tratamento, seja de respostas singulares para os impasses socioinstitucionais, no caso do trabalho junto aos demais trabalhadores da equipe de Saúde Mental.

No ensaio 3 partiremos das nossas práticas clínico-institucionais nas quais questionamos os modos de acolhimento tradicionalmente oferecidos às demandas de tratamento ambulatorial no campo público. Suplantando a triagem privatista e medicalizadora do Paradigma Psiquiátrico dominante, os responsáveis pelos grupos de recepção devem suspender as respostas imediatas visando a uma escuta analítica que implique os sujeitos nos sintomas e conflitos dos quais se queixam. Destacando o necessário trabalho com as resistências a essas mudanças radicais, partiremos da ideia de que a implantação dos grupos de recepção tem sido um importante meio de reestruturação dos dispositivos institucionais rumo a um outro paradigma de tratamento.

No ensaio 4 tomaremos como base a nossa experiência clínica para refletir sobre as inovações na psicanálise para a escuta nos dispositivos coletivos de recepção e de tratamento. Refletiremos sobre uma forma de coletividade que não desconsidere o singular e uma forma de singularidade que não seja desconectada da coletividade. Também abordaremos o acréscimo de privações que acomete as classes proletárias e, partindo dessas considerações, discutimos as potencialidades e os limites do tratamento psicanalítico com esses sujeitos. Procuraremos, ainda, fundamentar teórica e tecnicamente uma nova proposta de grupo psicoterapêutico a partir da psicanálise, considerando as contribuições de Jacques Lacan no que diz respeito a sua ampliação de importantes conceitos da psicanálise: o sujeito, o inconsciente, a transferência e a interpretação. Nossa hipótese inicial será a de que, entre esses conceitos, o de sujeito, entendido como transindividual, é o que abre espaço para as experiências de escuta psicanalítica no dispositivo grupal, experiências que temos realizado com importantes resultados. Além desses conceitos, empregaremos também a função de “mais-um” do dispositivo psicanalítico do Cartel, a teoria lacaniana dos discursos como laços sociais e a concepção de um coletivo em transferência de trabalho.

Em relação à leitura desta tese, aos leitores que já têm um conhecimento básico do materialismo histórico e da psicanálise sugerimos a leitura na ordem em que os ensaios estão dispostos. No caso dos leitores familiarizados com psicanálise e que não têm uma noção básica do materialismo histórico, aconselhamos a leitura no sentido inverso em que os ensaios estão organizados, isto é, iniciando a leitura do último ensaio em direção ao primeiro.

Por fim, reafirmamos o caráter de “ensaio” das hipóteses e conclusões que se seguem, na medida em que elas possam valer menos pelo que afirmam e mais pelos questionamentos que suscitam nos leitores convidados a criticá-las e desdobrá-las a partir das suas próprias práticas, no campo da Saúde Mental ou em outros setores das políticas públicas.

ENSAIO 1 – OS SENTIDOS DA AMPLIAÇÃO DA CLÍNICA NA SAÚDE MENTAL COLETIVA: NOVAS CONTRIBUIÇÕES AO PARADIGMA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Considero que a psicanálise não tem o menor direito de interpretar a prática revolucionária [...], mas que, ao contrário, a teoria revolucionária faria bem em se julgar responsável por deixar vaga a função da verdade como causa, quando nela reside, no entanto, a suposição primária de sua própria eficácia (LACAN, 1966/2003i p. 215).

1.1 Introdução

Desde meados da década de 1970 vem acontecendo no Brasil um fenômeno teórico-prático, sociopolítico e cultural que se convencionou chamar de Movimento da Reforma Psiquiátrica. O termo “reforma” não é adequado, pois não expressa a amplitude desse Movimento, já que ele visaria a uma transformação radical do modo de produção da Atenção³ dada ao sofrimento psíquico no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), e não a um simples rearranjo superficial.

O materialismo histórico busca “o movimento profundo (essencial) que se oculta sob o movimento superficial” (LEFEBVRE, 1991, p. 238). Homologamente, para a psicanálise “somente aquele que escapa das aparências pode chegar à verdade” (LACAN, 1959-60/2008a, p. 363). Partindo desses dois campos teórico-discursivos, entendemos que as reformas psiquiátricas podem se limitar a introduzir diversas mudanças cosméticas, sem transformar a estrutura do modo de produção da clínica e da política em Saúde Mental⁴. Assim, será necessário um instrumental que possibilite analisarmos o quanto a Reforma Psiquiátrica brasileira conseguiu efetivar as transformações por ela mesma pretendida, não só em nível discursivo, mas, sobretudo, prático. Um instrumental analítico que, por se pretender histórico e estrutural, não pode prescindir de análises de conjuntura (LUZ, 1979/2013).

Utilizando um arsenal analítico multirreferenciado capaz de possibilitar uma análise estrutural da Saúde Mental Coletiva, Costa-Rosa (1987, 1992, 1999, 2000, 2013; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003) e outros trabalhadores-pesquisadores têm compreendido que as

³ A “Atenção” com inicial maiúscula será usada para denominar o conjunto de práticas que definem um paradigma de tratamento. Propomos substituir outros termos habituais, como “reabilitação”, “promoção”, “cuidado” ou mesmo a “atenção” grafada com inicial minúscula.

⁴ Utilizamos o termo Saúde ou Saúde Mental com iniciais maiúsculas sempre que fizermos referência às políticas públicas, reservando a escrita com iniciais minúsculas para as condições de saúde física ou mental dos sujeitos e dos coletivos.

práticas da Reforma Psiquiátrica no Brasil conseguiram, quando muito, alcançar o que chamamos de ponto de *transição paradigmática*. Logo, para chegarmos ao que definimos como Paradigma da Atenção Psicossocial será necessário caminhar para além dessas reformas, as quais, salvo experiências locais, permanecem no âmbito das práticas disciplinares.

Utilizando o materialismo histórico, apontaremos para o fato de que “mudanças quantitativas são reformas; mas transformações maiores ocasionam uma revolução, ou seja, dão um salto qualitativo” (MASCARO, 2019, p. 246). As contribuições do materialismo histórico e da psicanálise são fundamentais por serem capazes de transcender o campo das especialidades disciplinares tão caro ao Paradigma Psiquiátrico, especialidades que operam por meio do exercício do saber e do poder *sobre* os sujeitos. Demonstraremos a existência de dois paradigmas de tratamento dialeticamente contraditórios entre si, que se encontram *em flagrante e constante luta* por se efetivarem na realidade: o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), ainda dominante, e o Paradigma Psicossocial (PPS), que é subordinado e insurgente⁵. A ideia de que um outro modo de produção pode imiscuir-se por entre as brechas de um modo de produção dominante é teorizada por Marx (1859/1974), como quando afirma que “novas formas de relações de produção mais adiantadas jamais tomaram lugar, antes que suas condições materiais de existência tenham sido geradas no seio mesmo da velha sociedade” (p. 26).

É preciso deixar claro que essa análise paradigmática parte da redefinição conceitual da “Atenção Psicossocial”. Escrita com iniciais maiúsculas, deixa de ser sinônimo de Reforma Psiquiátrica para definir o seu além (COSTA-ROSA et al., 2003). Buscando uma melhor explicitação desse “além da Reforma”, utilizamos a noção de “além do Pai” introduzida por Lacan (1975-76/2007). Essa proposição lacaniana é homóloga ao conceito de supressão (*Aufhebung*), ou “superação dialética”, presente no materialismo histórico, que Althusser (1979) definiu como “ultrapassagem-conservando-o-ultrapassado-como-ultrapassado-interiorizado” (p. 131). Trata-se de nos servirmos das inovações operadas pelas práticas antimanicomiais da Reforma Psiquiátrica com o intuito de ir além delas. Qualificamos o tipo de Reforma que nos interessa, já que as práticas de Saúde Mental podem ser reformadas na direção de um ou de outro paradigma de tratamento. Robert Castel (1987) e Costa-Rosa (2013) mostraram que a psiquiatria ao longo do tempo passou por reformas no sentido de atualizações do mesmo paradigma. Daí a necessidade de usarmos o adjetivo “antimanicomial” para nos referirmos à

⁵ Esses paradigmas de tratamento por vezes aparecem na literatura nomeados, respectivamente, como Modo Asilar e Modo Psicossocial (COSTA-ROSA, 1987, 1992, 1999, 2000).

vertente da Reforma Psiquiátrica propriamente dita cujo vetor aponta para o Paradigma da Atenção Psicossocial.

O Paradigma Psiquiátrico busca constantemente se reformar seguindo os ventos das mudanças sociais, econômicas e culturais da sua época (DELEUZE, 1992), dentro do processo de atualização do capitalismo que Gramsci (1999, p. 451) nomeou de “revolução passiva ou revolução-restauração”. Isso quer dizer que a sua fisionomia muda continuamente, mas não a sua estrutura, a sua lógica de tratamento e, portanto, o estatuto ético-político dos seus efeitos terapêuticos. Costa-Rosa (2013) e Tenório (2002) apontam que a psiquiatria enquanto disciplina profissional nasceu do emblemático *gesto reformador* de Philippe Pinel para não cessar de reformar-se. Tanto é assim que a lógica manicomial de tratamento ressurgiu nas Comunidades Terapêuticas religiosas. Porém, o exemplo de reforma mais sofisticada do Paradigma Psiquiátrico são os ditos psicofármacos “eficientes”, que aos poucos vão tornando obsoletos os muros, correntes e portões fechados dos Manicômios e Hospitais Psiquiátricos, fazendo surgir uma nova forma de enclausuramento: o manicômio químico. Transição de uma Sociedade Disciplinar para uma Sociedade do Controle (DELEUZE, 1992). Dessa maneira, utilizamos outra sugestão de Lacan (1973-74/2018b), que consiste em conceber o significante “sentido” em sua ambiguidade semântica: como “significação”, mas também como “vetor”, “direção”. É considerando esses dois aspectos – as ideias de superação dialética e de vetor – que pretendemos pensar sobre os *sentidos* da ampliação da clínica e da política no campo da Saúde Mental Coletiva.

Como trabalhador há uma década inserido em Estabelecimentos públicos, orientado pelos parâmetros do Paradigma Psicossocial, partilhamos da ideia de que somente uma *clínica ampliada* pode “responder” de forma singularizante aos sintomas e demais impasses subjetivos e socioculturais daqueles que nos interpelam nesse cotidiano do trabalho: 1) a ampliação das formas de conceber o “objeto” com o qual lidamos e os meios de trabalho que podemos subverter ou criar a fim de efetivar o tratamento; 2) a ampliação das formas de conceber as relações intra e interinstitucionais; 3) a ampliação das formas de conceber as relações transferenciais com os sujeitos do sofrimento, com a população e com o Território (bem como a recíproca, isto é, a forma como estes respondem às ofertas de tratamento); e 4) a ampliação das formas de conceber os efeitos das nossas práticas em termos terapêuticos e ético-políticos. Quatro parâmetros de análise que dão corpo a uma análise estrutural desse campo (COSTA-ROSA, 1999, 2000, 2013).

Em um primeiro momento, poderíamos ser levados a pensar que ao lidar com os impasses da realidade psíquica dos sujeitos em sofrimento deveríamos utilizar a psicanálise

como ferramenta, ao passo que para interceder nos Estabelecimentos institucionais deveríamos recorrer ao materialismo histórico e à análise institucional. No entanto, apesar de privilegiarmos uma ou outra dessas referências teórico-práticas dependendo daquilo com que estamos lidando, não podemos utilizar uma sem a intercessão das outras. É necessário considerar a relação dialética entre as formações subjetivas inconscientes e as formações sociais.

Não podemos desconsiderar os fatores inconscientes em jogo no fenômeno da ideologia capitalista relativa à gênese das instituições sociais, incluindo as de Saúde. Da mesma forma, é imprescindível considerarmos que em nosso trabalho, que consiste em tratar principalmente os sujeitos das classes proletárias, os fatores mais diretamente psíquicos estão *em maior ou menor grau* sempre entrelaçados a uma dimensão histórica e sociopolítica da produção do sofrimento (COSTA-ROSA, 2013; ROSA, 2016). Disso deriva o fato de não podermos, por exemplo, tratar o alcoolismo e as queixas escolares apenas como problemas psíquicos (ou orgânicos) individuais, privatizados.

Iniciamos este ensaio explicitando as bases da análise paradigmática proposta por Costa-Rosa, para em seguida analisar uma hipótese de trabalho: se a noção de “clínica ampliada” foi um importante legado da Reforma Sanitária (CAMPOS, 2003; PAIM, 2008) deixado para a Reforma Psiquiátrica, quando estabelecemos o horizonte do Paradigma Psicossocial como um passo além da Reforma, como definimos o sentido de tal ampliação? Pretendemos trabalhar a hipótese de que se a Reforma Psiquiátrica brasileira, por um lado, ampliou os meios de trabalho, variando a quantidade de dispositivos de tratamento, por outro lado ampliou *somente até certa medida* a concepção do “objeto”. Se o Paradigma Psiquiátrico na sua versão mais asilar reduz o sujeito do sofrimento a um substrato orgânico e desprovido de direitos civis, a Reforma Psiquiátrica brasileira o ampliou até a concepção de sujeito cidadão, sob a alcunha do sujeito de direitos. Nas práticas da Reforma, no ponto de *transição paradigmática* em que chegou, como nota Rinaldi (2005, p. 93), as manifestações do sujeito do inconsciente são muitas vezes desconsideradas por boa parte dos trabalhadores de Saúde Mental. O passo necessário da ampliação da concepção do “objeto” das nossas práticas demanda que além de sujeito social ele seja concebido também como sujeito do inconsciente. Vemos que essa ampliação implica redefinições importantes nos modos de operar dos dispositivos de tratamento, incluindo o aparato institucional, e na concepção da ética e da política que baliza as nossas práticas.

1.2 Conceituações preliminares

A formulação da análise paradigmática do campo da Saúde Mental Coletiva advém de vários campos científicos e movimentos sociais (COSTA-ROSA, 1999). O entendimento da sua complexidade exige o conhecimento mínimo da: 1) Teoria da Análise Política das Instituições, referenciada no materialismo histórico e na análise institucional; 2) Teoria da Subjetividade e seus processamentos (modalidades de impasses e possíveis equacionamentos), pautada na psicanálise do campo de Freud e Lacan; e da 3) Análise Histórica crítica dos principais movimentos internacionais de reformas da psiquiatria e suas repercussões no contexto brasileiro.

Derivado desses campos teórico-práticos e ético-políticos, e da análise dessas experiências práticas, delimitamos conceituações prévias necessárias à caracterização dessa análise dialética e paradigmática do campo da Saúde Mental Coletiva: a) o conceito de história; b) o conceito de modo de produção; c) o conceito de ideologia; d) a dialética histórico-materialista; e) a noção de paradigma; e f) o conceito de instituição.

1.2.1 O conceito de história em Marx

Para essa análise paradigmática utilizamos, principalmente, o materialismo histórico e a psicanálise. De forma acessória, recorremos também à análise institucional, entendendo que ela se apresenta como um derivado desses dois campos. Estas ferramentas compõem os “óculos bifocais” que melhor nos possibilitam ver o que das experiências de Reforma Psiquiátrica em curso no nosso contexto devemos suprimir, o que podemos conservar e o que devemos subverter e elevar a outro patamar. Sabemos das dificuldades escorregadias em trabalhar numa perspectiva transdisciplinar. No entanto, esperamos que com as experiências da práxis possamos, com o tempo e cada vez mais, diminuir os riscos dos deslizes por possíveis vertigens dessa necessária bifocalidade. Em minha experiência como trabalhador efetivo na realidade dessas práticas institucionais, constato que foi e continua sendo sempre preciso saber onde estamos, bem como para onde devemos caminhar, o que só se torna possível quando temos alguma clareza paradigmática. Isto é, devemos saber que “sem uma definição clara da concepção do processo de produção saúde-adoecimento e da Atenção que sirva de bússola,

“difícilmente se saberá aonde ir e como” (COSTA-ROSA, 2013, p. 142). É por isso que, além da psicanálise, lançamos mão da teoria marxiana da história.

Quando se trata do materialismo histórico, dizer “história” é o mesmo que dizer “dialética”. Como bem nota Lacan (1965-66/2018a), trata-se do “materialismo em suas duas faces que são uma só: dialética e história” (p. 25). O movimento da história para Marx, cujo motor é a luta de classes, dá-se por superações dialéticas. Uma superação dialética, ou suprassunção, é o processo de transformação em que algo é em parte extinguido e em parte conservado/elevado a outro patamar. Segundo o tão difundido exemplo de Hegel (1807/2008), “O botão desaparece no desabrochar da flor, e poderia dizer-se que a flor o refuta; do mesmo modo que o fruto faz a flor parecer ser um falso ser-aí [*dasein*] da planta” (p. 26).

É necessário entender que a teoria marxiana da história não admite nenhum determinismo, a despeito de considerar a existência de determinações socioeconômicas, o que é absolutamente diferente). O próprio Freud (1933/2010b), em uma equivocada crítica à Marx, refere que “não se pode supor que os motivos econômicos sejam os únicos que determinam o comportamento dos homens em sociedade” (p. 349)⁶. Ora, é patente que, quando tomado em seu rigor, o materialismo histórico não admite o determinismo economicista ou qualquer outra monocausalidade, já que em Marx (1857-58/2011a) o “real concreto” é definido como “a síntese de múltiplas determinações” (p. 54). Segundo Engels (1890, não paginado), “se alguém distorce isto afirmando que o fator econômico é o único determinante, ele transforma esta proposição em algo abstrato, sem sentido”. Assim, sem deixar de considerar a determinação em última instância da estrutura econômica, há sempre possíveis interferências das estruturas jurídico-política e ideológica sobre sua base produtiva, pois

o desenvolvimento político, jurídico, filosófico, religioso, literário, artístico, etc. se funda no desenvolvimento econômico. Mas esses elementos interagem entre si e reatuam também sobre a base econômica. Não é que a situação econômica seja a *causa*, a *única atuante*, enquanto todo o resto seja efeito passivo. Ao contrário, há todo um jogo de ações e reações, que, *em última instância*, sempre se impõe (ENGELS, 1894/2010c, p. 104, grifo do autor).

⁶ Cabe apontar que a visão que Freud possuía de Marx limitou-se às apropriações feitas por Adler e Reich (DANTO, 2019), o que parece justificar parcialmente a sua escolha pelo posicionamento político de tipo liberal, tal como afirma numa correspondência de 1930 endereçada à Arnold Zweig: “Apesar de toda minha insatisfação com o atual sistema econômico, não tenho esperanças de que o caminho seguido pelos soviéticos conduza a uma melhora. Na verdade, qualquer esperança que eu possa ter nutrido desapareceu nesta década de governo soviético. Continuo um liberal da velha escola” (FREUD, 1930/1973, p. 55). Todavia, em uma missiva escrita em 1937, Freud faz um importante e pouco divulgado mea-culpa: “Sei que meus comentários sobre o marxismo não constituem prova nem de um completo conhecimento nem de uma correta apreensão dos textos de Marx e Engels. Desde então fiquei sabendo – para minha satisfação – que nenhum deles negou a influência de ideias e fatores do superego. Isso invalida a principal oposição entre o marxismo e a psicanálise, que eu julgara existir” (FREUD, apud JONES, 1989, p. 341).

É o que Althusser (1965/2015) esclarece com a utilização do conceito de sobre-determinação, emprestado da psicanálise, atribuindo às superestruturas uma autonomia relativa em relação à base econômica do modo de produção. Tanto menos se pode acusar Antonio Gramsci de economicista, pois procurou ressaltar ainda mais a relação dialética e orgânica entre a infraestrutura socioeconômica e as superestruturas jurídico-político-ideológico-cultural (PORTELLI, 1977)⁷.

Segundo Mascaro (2013), “para utilizar uma expressão de Marx, pelas costas dos indivíduos passa uma série de constructos sociais” (p. 20). Se a forma como os sujeitos humanos produzem seus bens materiais é, em última instância, um determinante fundamental das suas existências (psíquicas e sociais), essa “determinação em última instância” tem que ser concebida de forma dialética. Do contrário, estaríamos no materialismo vulgar-mecanicista, e não no materialismo histórico. Se em qualquer formação social capitalista somos determinados pelo modo de produção, ao tomar ciência das contradições que nos determinam sem que saibamos – a função da dialética materialista é, justamente, desvelá-las – é que podemos agir ativamente sobre aquilo que antes nos determinava e fazer a própria história. Eis mais um ponto de homologia entre as éticas do materialismo histórico e da psicanálise. O grande empecilho nesse processo, como abordaremos adiante, é o fato de que no capitalismo os grandes Aparelhos Ideológicos estão sob o poder da minoritária classe dominante.

Outro importante aspecto a considerar é o fato de não partirmos da ideia de um desenvolvimento histórico previamente concebido e desconectado das possibilidades concretas, pois “o comunismo não é para nós um estado de coisas que deve ser instaurado, um ideal para o qual a realidade deverá se direcionar. Chamamos de comunismo o movimento real que supera [*Aufhebt*] o estado de coisas atual” (MARX; ENGELS, 1845-46/2007, p. 38, grifo dos autores), sendo que “as condições desse movimento devem ser julgadas segundo a própria realidade efetiva” (Ibidem). Quanto a isso, indo além de Freud (1933/2010b), Lacan (1972-73/2008d) demonstra precisão conceitual ao afirmar que “o marxismo não me parece poder passar por concepção do mundo [de estatuto totalizante]. A isto é contrário, por toda sorte de coordenadas contundentes, o enunciado do que diz Marx” (p. 36). No entanto, como afirma Netto (1998), o

⁷ A inter-relação entre infraestrutura e superestrutura nos serve na análise e atuação no campo das políticas públicas de Saúde e de Saúde Mental. O avanço em direção a um outro paradigma de tratamento, por um lado, depende: 1) da implementação de novas práticas efetivadas/teorizadas pelos trabalhadores com clareza paradigmática (movimentos na infraestrutura), a fim de que esses saberes técnico-científicos sejam ao menos parcialmente incluídos em novas leis e diretrizes ministeriais (movimentos na superestrutura); 2) mas, por outro lado, também depende de que esses saberes, leis e diretrizes legitimem – e ajudem a forçar – o avanço de tais práticas. Esse segundo momento é importante para a efetivação de novas práticas sociais porque “é ele que desenvolve a consciência de classe dos grupos sociais, que os organiza política e ideologicamente” (PORTELLI, 1977, p. 56).

fato de não se tratar de uma concepção evolucionista da história não quer dizer que ela não possa ser evolutiva, já que os sujeitos sociais que a constroem, quando munidos das ferramentas para a sua análise concreta, podem ativamente imprimir um sentido, um vetor, para ela. Léon Rozitchner (1989) afirma que, partindo do materialismo histórico,

é preciso que uma forma de futuro – abrindo-se como *projeto de solução da contradição presente* – torne possível que o homem pense a possibilidade de sua transformação. Quer dizer, não haveria teoria do presente se não houvesse a possibilidade de esboçar a partir do presente, em função da compreensão do processo histórico que levou a este presente, *o sentido* [...] de uma forma futura na qual se neguem as contradições que estão presentes em nosso presente (p. 65, grifo nosso).

A história se define, então, por um conjunto de possibilidades diversas para o processo social, mas para onde esse processo irá se desdobrar constitui uma questão em aberto e o seu rumo efetivo depende das atitudes sociais dos homens (AUGUSTO; CARCANHOLO, 2014). E o fato de o materialismo histórico conceber a história como aberta, em movimento – mais um ponto de homologia com a psicanálise –, implica que a história seja concebida como não-toda, contrariamente à ideologia liberal de que a história teria um fim e que esse seria o Modo de Produção Capitalista. Esse ponto da nossa discussão nos remete a outro equívoco de Freud no que tange à sua leitura do marxismo.

No seu “O Mal-estar na Cultura”, Freud (1930/2010e) comenta que os comunistas acreditariam que a abolição da propriedade privada dos meios de produção colocaria fim à agressividade entre os homens, ao passo que não há nada nos textos de Marx e Engels e dos seus continuadores mais rigorosos que autorize tal leitura. Assim como na própria psicanálise, no materialismo histórico os conflitos e as contradições são constitutivos dos sujeitos sociais e, assim sendo, também do movimento histórico. Portanto, o fim da propriedade privada dos meios de produção, não representando qualquer estado de paz eterna, segundo a teoria crítica de Marx (1859/1974), representaria a supressão da formação social capitalista e o acesso a um outro patamar histórico.

Outro aspecto importante concernente à concepção de história em Marx diz respeito às mudanças dos modos de produção e de suas respectivas formas de sociabilidades. Segundo o Socialismo Científico de Marx, a luta de classes é o motor da história (MARX; ENGELS, 1848/2008), história que se processa por sucessivas supressões de um modo de produção em relação a outro. Disso decorre “que essa concepção da história consiste, portanto, em desenvolver o processo real da produção [...] e *em conceber a forma de intercâmbio* [social] *conectada a esse modo de produção*” (MARX; ENGELS, 1845-46/2007, p. 42, grifo nosso).

Ao longo da conjuntura histórica do pós-segunda Guerra Mundial, dentre as várias experiências de reformas da psiquiatria, vemos que algumas se pautaram na análise institucional, outras nas psicanálises, outras no materialismo histórico e outras em híbridos desses campos prático-teóricos (FLEMING, 1976). A multirreferencialidade prática e epistemológica da qual partimos para a construção do Paradigma Psicossocial visa a resgatar as contribuições dessas experiências, delas pinçando cada inovação que possa indicar o sentido de outro paradigma de produção clínica. Trata-se de resgatar e organizar essas contribuições a partir de uma análise que denominamos como lógico-histórica (estrutural). O adjetivo “lógico-histórico”, então, é sinônimo de “estrutural”. É o que nos mostra o próprio Lacan (1968-69/2008c), ao observar que “a história, tal como é incluída no materialismo histórico, parece-me rigorosamente conforme as exigências estruturais” (p. 16). Estrutural, no sentido de que deve atravessar o âmbito das aparências fenomênicas para revelar a estrutura “essencial” com seus elementos, suas conexões internas e seu movimento próprio como movimento de suas contradições (GORENDER, 1980, p. 45)⁸. Desta forma, por meio do método dialético, da psicanálise e da análise institucional, demonstraremos como é possível, partindo das experiências de Reforma que se deram ao longo da história, elencarmos as características estruturais do Paradigma de tratamento atualmente dominante e, *por oposição lógica*, inferirmos quais são as características básicas de um paradigma capaz de se contrapor radicalmente a esse que é dominante. Em outros termos,

é possível afirmar que esta análise tem uma *dimensão histórica*, na medida em que inclui uma consideração dos avanços que têm ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra *dimensão lógica*, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das *características imprescindíveis* a um determinado dispositivo para que ele configure uma *lógica contraditória* com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 36, grifo nosso).

Nesse sentido, quando nos referimos a uma “análise paradigmática”, entendemos que ela é sinônimo de “análise lógico-histórica”, “análise dialética”, “análise concreta” ou, simplesmente, “análise estrutural”. São formas intercambiáveis de nomear a especificidade do método de análise do qual temos partido, tanto para atuar em nosso campo de trabalho quanto para avançar nas necessárias pesquisas que dele derivam.

⁸ Costa-Rosa (2013, p. 79) distingue sua análise lógico-histórica (estrutural) da Saúde Mental daquela estabelecida por Amarante (1995), que, segundo o primeiro, é de tipo histórica (conjuntural). Quanto a isso, pesquisas futuras sobre a relação entre essas duas “categorias de análises” se mostram potencialmente profícuas.

1.2.2 O conceito de modo de produção

A fim de trabalhar a hipótese de que os paradigmas de tratamento presentes no campo da Saúde Mental delimitam diferentes modos de produção, é necessário definir conceitualmente o que é um modo de produção, pois “uma ética do desejo na Atenção Psicossocial exige que se dê importância radical ao ‘instrumental produtivo’, ou seja, aos meios de trabalho e aos modos de produção da saúde que essa ética preconiza” (COSTA-ROSA, 2011, p. 748).

O materialismo histórico, como um campo científico inaugurado por Marx e Engels, possui conceitos fundamentais, entre os quais podemos destacar não apenas o de modo de produção, mas também o de formação social e o de processo de trabalho. Conceitos interligados e orbitados por outros conceitos necessários. O conceito de modo de produção é tema de muita discussão e controvérsia no meio marxista. Porém, dentre as várias perspectivas, partimos das proposições de Marx e Engels e optamos pela releitura althusseriana.

Formação social para Marx é sinônimo de Sociedade. Isso fica claro quando afirma que “a *sociedade* burguesa” poderá ser a última forma antagônica de processo social de produção, para concluir em seguida que “com essa *formação social* se encerra a pré-história da sociedade humana” (MARX, 1859/1974, p. 26, grifo nosso). Uma formação social é derivada de um dado modo de produção dominante, que lhe dá colorido principal, mas ela também abarca a existência tanto de resquícios de modos de produção anteriores quanto de germes de outros modos de produção em processo de devir. Por exemplo, é fato que na Roma antiga, sob regência do Modo de Produção Escravista, já havia um incipiente circuito mercantil capitalista. Marx (1857-58/2011a) afirma que na sociedade capitalista “são encontradas com frequência relações de formas precedentes inteiramente atrofiadas ou mesmo dissimuladas. Por exemplo, a propriedade comunal” (p. 58). No mais,

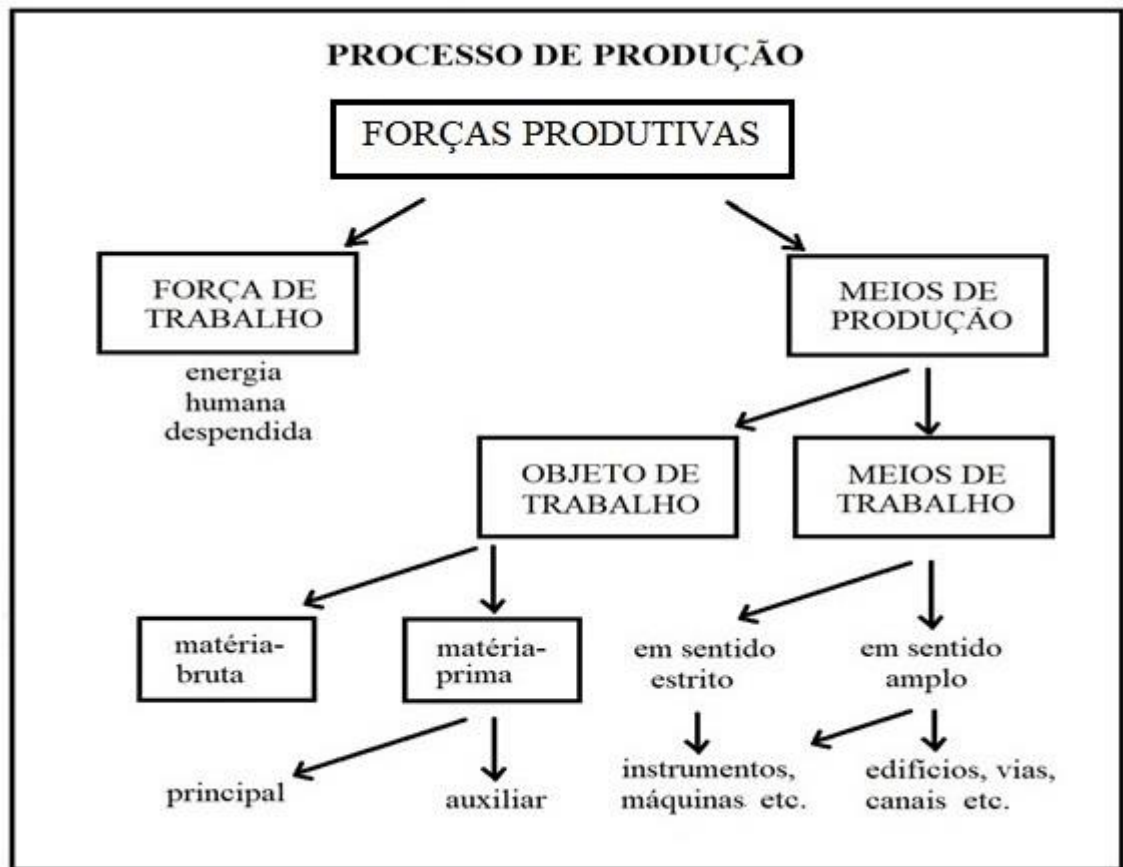
a própria formação social constitui uma unidade complexa com dominância de um certo modo de produção sobre os outros que a compõe [...]. A dominância de um modo de produção sobre os outros, em uma formação social, faz com que a matriz desse modo de produção, a saber, a reflexão particular da determinação (em última instância pelo econômico) que a especifica, marque o conjunto desta formação (POULANTZAS, 1977, p. 15).

Marx e Engels identificaram, ao longo da história, uma sucessão de modos de produção: o Comunista Primitivo, o Asiático, o Escravista, o Feudal, o Capitalista e o Socialista-Comunista (este, ainda com poucas experiências de implementação e, por isso, de teorização).

Houve também aquele que alguns nomearam como Modo de Produção Escravista Colonial (GORENDER, 1980) para se referir ao período da invasão/colonização de outros territórios por parte de alguns países europeus e asiáticos entre os séculos XV e XVIII.

Um modo de produção diz respeito a uma determinada forma de organização econômica e social dos seres humanos tanto para produzir, fazer circular e consumir bens materiais, quanto para (re)produzir suas existências como sujeitos sociais. Conceitualmente, o modo de produção encarna a unidade dialética entre as forças produtivas e as relações sociais de produção (das quais deriva a reprodução psíquica e social que lhes são tendencialmente inerentes). As forças produtivas são compostas por dois elementos, a “força de trabalho” humana e os “meios de produção”. Já estes são compostos pelo “objeto de trabalho” e os “meios de trabalho”. O processo de trabalho de um dado modo de produção é composto por três elementos: (1) uma finalidade previamente estabelecida, (2) os objetos de trabalho (as matérias brutas, extraídas diretamente da natureza, e as matérias primas, isto é, produtos já investidos de trabalho humano) e (3) os meios de trabalho (em sentido amplo, como as fábricas, os pátios, as rodovias etc., e em sentido estrito, como as diversas ferramentas de trabalho). Nas palavras do próprio Marx (1867/2013): “os momentos simples do processo de trabalho são, em primeiro lugar, a atividade orientada a um fim, ou o trabalho propriamente dito; em segundo lugar, seu objeto e, em terceiro, seus meios” (p. 256). Vejamos o seguinte esquema gráfico (Figura 1):

Figura 1 – O Processo de Produção



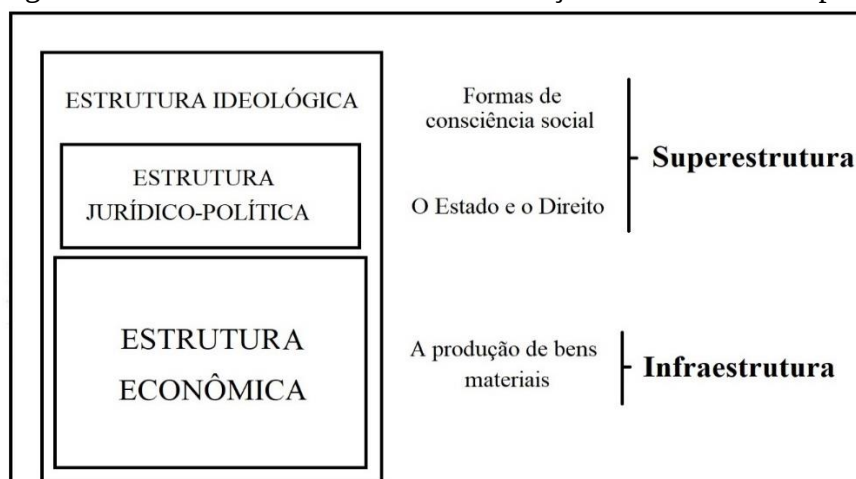
Fonte: HARNECKER, 1983.

Partindo da organização produtiva de bens materiais, que Marx chama de base estrutural econômica (infraestrutura), ergue-se “uma colossal superestrutura” composta pelas instituições jurídico-políticas e as concepções ideológicas (religiosas, filosóficas, artísticas, “científicas” etc.)⁹. Nas sociedades divididas em classes, a infraestrutura econômica se encarrega da produção de bens materiais, ao passo que a superestrutura é incumbida de reproduzir as relações sociais e o tipo de subjetividade necessárias a essa produção econômica (ALTHUSSER, 1970/1996b). Por exemplo, segundo Marx (1867/2013), “o processo capitalista de produção, considerado [...] como processo de reprodução, produz não apenas mercadorias, não apenas mais-valor, mas produz e reproduz a própria relação capitalista” (p. 653). Um modo de produção, na metáfora do edifício utilizada por Marx (1859/1974), é uma estrutura global e complexa formada por três estruturas regionais: (1) infraestrutura econômica (o alicerce e as ferragens do edifício) e aquelas que são responsáveis por manter, solidificar e maquiar a base

⁹ Em relação à concepção de formação social elaborada por Marx, no que se refere à dimensão superestrutural, cabe lembrarmos um interessante comentário de Freud (1930/2010e) onde afirma que “a sublimação dos impulsos [...] possibilita que *atividades psíquicas superiores* – científicas, artísticas e ideológicas – representem um papel tão significativo na vida cultural” (p. 101, grifo nosso).

econômica, ou seja, (2) as instituições jurídicas e políticas e (3) a ideologia. Essas duas últimas seriam como as paredes, os rebocos, os acabamentos e as pinturas que estruturam e colore o edifício (Figura 2).

Figura 2 – A metáfora do edifício da formação social elaborada por Marx.



Fonte: O autor, 2021.

Não podemos deixar de considerar que essa metáfora esquemática do edifício, utilizada pelo próprio Marx, deve nos servir enquanto estivermos em um primeiro nível de apreensão desses conceitos, pois dela devemos nos livrar tão logo consigamos aprofundar o entendimento da complexa teoria de Marx. Por fim, a essa definição conceitual clássica, mais além do que Althusser já realizou nesse sentido, incluímos a própria subjetividade dos sujeitos sociais como mais uma estrutura regional. Assim,

Tomamos o conceito de Modo de Produção como o modo do conjunto das formas de produzir bens materiais diversos, como modo de ser de um processo produtivo; mas também como conceito teórico que abrange a totalidade social, ou seja, tanto a estrutura econômica quanto todos os outros níveis da Formação Social: o jurídico-político, o ideológico, o cultural [...], e o subjetivo (COSTA-ROSA, 2013, p. 24).

A inclusão dos fatores subjetivos, como um dos níveis da formação social, é sem dúvidas um legado da psicanálise que Althusser e Žižek, entre outros, souberam incluir no materialismo histórico. Para vermos como essa era uma defasagem científica desse campo, basta lembrarmos uma carta Engels (1890, não paginado) à Joseph Bloch, na qual, após reafirmar a ideia de determinação em última instância do econômico, diz que “mesmo a tradição que assombra as cabeças dos homens, desempenham um papel, se bem que não o decisivo”.

Nesse ponto, faz-se necessário mais um comentário quanto ao fato de que se Marx atribui à estrutura econômica a determinação em última instância, isso não torna sua teoria

economicista. Marx (1859/1974) assevera que “a anatomia da sociedade burguesa deve ser procurada na economia política” (p. 25). Isso porque “a reprodução social não se constitui apenas de atos isolados ou meramente dependentes [...] da consciência dos indivíduos. Para utilizar uma expressão de Marx, pelas costas dos indivíduos passa uma série de constructos sociais” (MASCARO, 2013, p. 20). No entanto, se a forma como os seres humanos produzem seus bens materiais é, em última instância, um dos determinantes fundamentais das suas relações sociais, essa “determinação em última instância” tem que ser concebida de forma dialética (do contrário, estaríamos no materialismo vulgar-mecanicista, e não no materialismo histórico). Como bem clarificou Althusser (1965/2015), se, por um lado, a infraestrutura determina em última instância as relações sociais humanas, por outro, as superestruturas podem agir sobre a infraestrutura, sobredeterminando-a¹⁰. Nas palavras do próprio Engels (1890, não paginado),

as condições econômicas são a infraestrutura, a base, mas vários outros vetores da superestrutura (formas políticas da luta de classes e seus resultados, a saber, constituições estabelecidas pela classe vitoriosa após a batalha, etc., formas jurídicas e mesmo os reflexos destas lutas nas cabeças dos participantes, como teorias políticas, jurídicas ou filosóficas, concepções religiosas e seus posteriores desenvolvimentos em sistemas de dogmas) também exercitam sua influência no curso das lutas históricas e, em muitos casos, preponderam na determinação de sua forma.

Então, se nas sociedades de classes somos tendencialmente determinados pelo modo de produção, ao tomar ciência das contradições que nos determinam, sem que saibamos, é que podemos agir ativamente sobre aquilo que antes nos determinava. A função da dialética materialista é justamente desvelá-las. Eis mais um ponto de homologia entre as éticas do materialismo histórico e da psicanálise.

¹⁰ Recentemente, a leitura althusseriana foi utilizada por Mascaro (2018) para analisar a conjuntura brasileira do golpe de Estado de 2016. Passamos, então, por um golpe derivado de uma crise determinada economicamente pela forma-mercadoria, e sobredeterminada juridicamente pela forma-jurídica como ideologia.

1.2.3 O conceito de ideologia em Marx e além dele

A estrutura [...] se inscreve no real [...], para além do realismo que, socialista ou não, nunca é senão efeito de discurso (LACAN, 1966/2003e, p. 230).

Considerando que Marx foi o primeiro a compreender a noção de sintoma ao nível da estrutura social (LACAN, 1974-75), sustentamos que para tratar da relação entre psicanálise e política, principalmente quando se trata de políticas públicas implementadas pela via do Estado, é necessário passar pelo conceito de ideologia.

A ideologia não recebeu de Marx e Engels uma definição unívoca, o que explica o fato desse conceito ter sido tratado de maneiras tão diversas por cada um dos importantes marxistas que se seguiram. Segundo Bottomore (2012), é preciso compreender o conceito de ideologia em Marx considerando as várias fases do desenvolvimento das suas teorizações. Assim como ocorre com os conceitos psicanalíticos, alguns conceitos do materialismo histórico, em momentos de importantes viradas teóricas, foram dialeticamente superados. Ao longo da primeira fase, centrada na crítica ao idealismo de Hegel e ao materialismo mecanicista de Feuerbach, e da segunda, marcada pela obra “A Ideologia Alemã”, Marx e Engels desenvolvem uma concepção ainda restrita de ideologia. Foi somente em uma terceira fase da sua produção, iniciada com os “Grundrisse”, que Marx (1857-58/2011a) foi capaz de ampliar o conceito. Deste modo, em Marx e Engels, podemos falar de duas acepções de ideologia, uma concepção crítico-negativa e uma concepção positiva que inclui parcialmente, suprasse, a primeira.

A concepção crítico-negativa é a ideologia como “falsa consciência”, que tem por função a obliteração das reais determinações da realidade. Nesse sentido, as ideologias seriam responsáveis por ocultar aspectos da realidade social, especificamente as contradições que dão base à dominação de uma classe social sobre outras. No entanto, a despeito de serem conhecimentos mistificadores da realidade, não significa que sejam necessariamente mentiras, posto que se trata de expressões invertidas de um mundo que é, ele mesmo, invertido pelo processo de fetichização operado pela forma-mercadoria.

Um exemplo disso, extraído da minha prática laboral, mostra-se quando uma mãe proletária, em tratamento, refere-se aos seus dizendo que “filho de pobre não pode estudar porque tem que trabalhar”. Tal dizer afirma que *é por serem pobres* que eles não podem estudar, mas não diz nada dos reais motivos históricos que os fazem pobres, ao passo que uma análise dialética, crítica-da-ideologia, dá a ver que é sua situação concreta de filhos de proletários, historicamente determinada, cuja condição socioeconômica os empurra precocemente para o

trabalho precarizado, que dificulta muito a continuidade dos estudos. A mesma situação é demonstrada em outra fala, desta vez de um jovem paciente que, ao terminar o segundo grau escolar, diz: “agora estou desempregado”. Por qual motivo ele, advindo de uma família proletária, é ideologicamente instruído a pensar assim, ao passo que para os jovens de classe média ou burguesa o fim do segundo grau escolar costuma ser apenas um dos passos iniciais de uma longa formação intelectual? Ou seja, em lugar de *entender criticamente* que o fato de ter origem proletária dificulta enormemente a continuidade dos estudos, com o decorrer do tempo passa a introjetar *o inverso* (mistificação ideológica). É o que apreendemos também por meio de outra frase bastante repetida pelos meus analisantes de idades mais avançadas: “sou pobre porque não estudei, porque não me esforcei o suficiente”.

Para Marx e Engels (1845-46/2007), “se, em toda ideologia, os homens e suas relações aparecem de cabeça para baixo como numa câmara escura, este fenômeno resulta do seu processo histórico de vida” (p. 94). Além disso, há uma retroação da ideologia (superestrutura) sobre a base material das relações socioeconômicas (infraestrutura), ou seja, o processo histórico de vida dos homens é simultaneamente causador da ideologia e invertido pela ideologia. A meritocracia como ideologia, por exemplo, não é dominante apenas porque os Aparelhos Ideológicos de Estado a propagam, mas também, e principalmente, porque ela se erige da base material socioeconômica capitalista que coloca os sujeitos uns contra os outros: é o modo de produção privatista e individualista que, em última instância, determina o pensamento ideológico de tipo concorrencial, no mesmo movimento em que, retroativamente, esse pensamento reitera tais relações sociais de produção e reprodução. Althusser (1965/ 2015) chamou essa retroação de sobredeterminação ideológica. Notemos que ele faz uso do conceito freudiano de sobredeterminação, para melhor clarificar o conceito marxiano de ideologia e sepultar de vez as falsas acusações de que a teoria de Marx seria economicista.

Ainda em relação à ideologia da sociedade burguesa, vemos que se trata de um tipo de (des)conhecimento da realidade que não diz sobre os reais e múltiplos motivos que a determinam, isto é, que não apreende, entre outras coisas, o fato de que há *uma reprodução* de classe histórica e estruturalmente estabelecida, *determinada* pela vida material e *sobredeterminada* pela ideologia, que pouquíssimos sujeitos conseguem superar. Então,

em uma sociedade de classe, a ideologia serve não só para os homens compreenderem suas próprias condições de existência, executarem as tarefas que lhe são designadas, mas também para ‘suportarem’ seu estado, seja de miséria da exploração de que são as vítimas, seja do prestígio exorbitante do poder e da riqueza de que são os beneficiários (ALTHUSSER, 1967, p. 35).

A teoria de Marx (1852/2011b) explicita que nas sociedades divididas em classes sociais os seres humanos fazem sua própria história, mas a fazem nas condições altamente desiguais que são dadas de saída. Essa reprodução das relações sociais de produção é constantemente reassegurada pela superestrutura jurídico-política e ideológica (ALTHUSSER, 1970/1996b). Nesse sentido, como suplementa Zizek (1996) a partir da psicanálise, as formas ideologizadas de explicação da realidade social formam o véu de uma “fantasia ideológica” que encobre o real (da contradição estrutural) da luta de classes. Isto quer dizer que, em última instância, a ideologia constitui uma neblina discursiva capaz de obliterar o fato de que haja classes sociais *em luta*.

Retomando os exemplos colhidos da minha prática clínico-institucional, a ideologia liberal pautada na concepção de “competência individual” que apregoa que o indivíduo é um *self-made man*, escamoteia a multideterminação da evasão/expulsão escolar dos jovens da classe proletária e subproletária, ao focar nessa explicação monocausal do mérito (que certamente deveria ser considerado, mas não unicamente). Gramsci (2004) critica a ideologia do mérito e dá margem para visualizarmos melhor as *determinações concretas* dos fenômenos da delinquência infantojuvenil, da evasão escolar das classes subordinadas e da consequente reprodução das classes sociais:

A escola [...] superior, que são estatais – ou seja, pagas com os recursos do tesouro nacional e, portanto, também com os impostos diretos pagos pelo proletariado –, só podem ser frequentadas pelos jovens filhos da burguesia, que desfrutam da independência econômica necessária para a tranquilidade dos estudos. Um proletário, ainda que inteligente, ainda que com todas as condições necessárias para tornar-se homem de cultura, é obrigado ou a desperdiçar suas qualidades em outra atividade, ou a tornar-se obstinado, autodidata, ou seja, *com as devidas exceções*, meio homem, um homem que não pode dar tudo o que poderia dar caso tivesse se completado e fortalecido na disciplina da escola. [No Capitalismo] A cultura é um privilégio. A escola é um privilégio. E não queremos que sejam assim. Todos os jovens deveriam ser iguais diante da cultura. O Estado não deve pagar a escola, com o dinheiro de todos, também para os filhos medíocres e deficientes dos ricos, enquanto deixa de fora os jovens proletários inteligentes e capazes. [...] Se é do interesse geral que elas existam, e que sejam mantidas e regulamentadas pelo Estado, é também do interesse geral que possam ter acesso a elas todos os que são inteligentes, qualquer que seja sua condição econômica. *O sacrifício da coletividade só se justifica quando se dá em benefício dos que merecem* (p. 74-5, grifo nosso).

Gramsci evidencia que nas sociedades regidas pelo Modo de Produção Capitalista “designa-se, por um lado, uma ideologia da mobilidade (imaginário); mas funciona-se, por outro, sobre um real de imobilidade” (COSTA-ROSA, 2000, p. 163). E isso sem se esquecer – o que funciona como mais uma estratégia ideológica – de enaltecer as raríssimas exceções, fazendo alarde midiático sensacionalista quando alguns filhos de proletários conseguem sair formados da Universidade. Diz-se que esta é uma forma ideologizada de interpretar o mundo,

pois trata-se de uma distorção do pensamento que nasce das contradições sociais e as oculta. Vemos nisso a estrutura da noção de sintoma elaborada por Marx, antes mesmo de Freud: o sintoma como metáfora (não sabida) da verdade, não-saber que o sustenta. Enquanto não é desvelada, a ideologia liberal mantém (e é mantida por) certas relações sociais opressivas. Ou seja, as ideologias que sustentam relações sociais opressivas, como todo sintoma, estruturam-se a partir dos não-ditos da formação social acerca da luta de classes sociais com interesses antagônicos. Essa, portanto, é a concepção crítico-negativa do conceito ideologia, definida como “falsa consciência”.

A ampliação desse conceito, que levaria à sua concepção positiva, no entanto, não constitui consenso entre os grandes continuadores da obra de Marx. Essa concepção ganhou peso com Lenin, ao pautar-se no Prefácio da “Contribuição à Crítica da Economia Política”, onde Marx (1859/1974) – a exemplo do que Freud faz com o aparato psíquico – apresenta uma metáfora topológica para analisar a sociedade (Figura 2, acima).

Primeiramente, Marx afirma que as revoluções sociais amplas têm como ponto de partida a radicalização do conflito entre as forças produtivas¹¹ e as relações de produção (isto é, quando estas não conseguem mais comportar aquelas). Em seguida, assevera que a estrutura da formação social de um dado momento histórico é como um edifício que possui uma base econômica e material (infraestrutura) – ou seja, a soma das relações sociais de produção –, sobre a qual se ergue uma colossal superestrutura, definida como “as formas jurídicas, políticas, religiosas, artísticas ou filosóficas, em resumo, *as formas ideológicas sob as quais os homens adquirem consciência desse conflito* e o levam até o fim” (p. 48, grifo nosso). Cabe lembrar que é justamente nesse Prefácio que Marx afirma ter entregado “à crítica roedora dos ratos” (Ibidem, p. 26) o manuscrito da “A Ideologia Alemã”, no qual elaborara junto com Engels apenas a acepção negativa de ideologia.

Nessa metáfora topológica da estrutura social, fica claro como a ideologia tem a função de cimento que assegura, solidifica, mantém, todo o edifício social. É nesse sentido que Gramsci afirma que a ideologia visa ao consenso. Se na “A Ideologia Alemã” o conceito de ideologia aparece como falsa consciência, expressão invertida de um mundo ele mesmo invertido no e pelo velamento das contradições sociais, segundo Löwy (2015), “mais tarde Marx amplia o conceito e fala das formas ideológicas através das quais os indivíduos tomam consciência da vida real” (p. 19). No entanto, Iasi (2002) propõe usar outro termo como alternativo ao que

¹¹ As “forças produtivas” são compostas pela soma da *força de trabalho* com os *meios de produção* (sendo estes tudo aquilo que serve para produzir: as ferramentas em geral, a maquinaria, as tecnologias, as fábricas como um todo, a terra etc.).

Löwy define como “ideologia crítica”. O argumento de Iasi, não participando da concepção positiva de ideologia, é o de que “toda ideologia é uma forma de consciência, mas nem toda forma de consciência é ideologia” (p. 97), sendo que a consciência crítica ele prefere chamar de consciência crítico-revolucionária (não-ideológica).

Para Žižek (1996), “embora nenhuma linha demarcatória clara separe a ideologia e a realidade, embora a ideologia já esteja em ação em tudo o que vivenciamos como ‘realidade’, devemos, ainda assim, sustentar a tensão que mantém viva a crítica da ideologia” (p. 22). Seguindo Althusser (1971/2008), Žižek trabalha com as duas acepções do conceito de ideologia, sendo a primeira supressa na segunda, o que o coloca em acordo com Engels (1890/2010b), para quem “a história da ciência é a história da eliminação gradual desses disparates [da ideologia] ou a sua substituição por outros disparates, mas já menos absurdos” (p. 105). Mesmo que, como afirma Gramsci (1999), não seja possível uma contraposição rígida entre ciência e ideologia – considerando que a ciência também é *um tipo* de superestrutura –, temos como referência o que ele chama de “ideologia orgânica” como uma “hipótese científica de caráter [...] energético, verificada e criticada pelo desenvolvimento real da história, ou seja, transformada em ciência (hipótese real), sistematizada” (p. 232). Gramsci aponta para a necessidade de não somente desconstruir, mas também operar com positivamente discursivas *sempre provisórias*, pela sua articulação dialética e necessária (não contingente) com a prática. Afirma também que somente a realização da crítica pela crítica, sem uma positividade discursiva que imprima *um sentido* ético-político ao movimento histórico, pode dar maior margem à elevação de governos fascistas ao poder.

Em síntese, para o materialismo histórico há ao menos duas acepções do conceito de ideologia: 1) a crítico-negativa, que opõe radicalmente Ciência e Ideologia, sendo esta de teor mistificante (por encobrir a luta de classes) e aquela a crítica da ideologia. No entanto, situamos já em Marx e Engels a superação dialética dessa primeira acepção, ao compreenderem que ela facilmente deslizava para uma ideia – no fundo, de teor idealista/positivista – de que haveria um lugar não-ideológico e, portanto, politicamente neutro, verdadeiro e inquestionável (foi onde desembocou o stalinismo, que massacrava não somente a Dialética, mas também, e por isso, seus adversários internos). Notemos de passagem que, advertidamente ou não, muitos psicanalistas reivindicam esse lugar supostamente não-ideológico¹²; e 2) a acepção positiva do conceito de ideologia, a que distingue a ideologia conservadora-burguesa da ideologia

¹² Foi o caso de renomados psicanalistas, como Sándor Ferenczi (1920/1993) que afirmou que “a ciência deve abster-se de estar a serviço da política” (p. 167).

socialista-revolucionária. A articulação entre as duas acepções do conceito é sustentada por autores como Althusser e Žižek. Recorrendo à psicanálise, eles ampliam cientificamente o que Marx e Engels já apreendiam de maneira germinal. Pelo fato de que toda realidade social é atravessada pela ideologia, vão mostrar que não há realidade não-ideológica. O próprio Lacan (1972-73/2008d, p. 37) afirmou que “não há realidade pré-discursiva”, pois, “cada realidade se funda e se define por um discurso”. Daí grafarmos com hifens a expressão “crítica-da-ideologia”, entendendo que toda crítica precisa, primeiramente, ser autocrítica. Em outros termos, para situar-se numa perspectiva radicalmente dialética, numa *Crítica*, todo aquele que critica precisa constante incluir a implicação da própria posição político-ideológica como ponto de partida de sua crítica.

Relativizando a cisão entre ciência e ideologia, mas, sem dispensá-la, chegamos à ideia de que esse suposto lugar não-ideológico seria o cúmulo da própria ideologia. Segundo Althusser (1971/2008):

A *negação* prática do caráter ideológico é um dos efeitos da ideologia: esta nunca diz ‘sou ideológica’, é necessário estar fora da ideologia, isto é, no conhecimento científico, para poder dizer: estou na ideologia (caso excepcional) ou (caso geral): eu estava na ideologia. Sabe-se muito bem que a acusação de estar na ideologia só é válida para os outros e nunca para si mesmo (a não ser que se trate de um verdadeiro spinozista, ou marxista, o que sobre esse ponto, corresponde exatamente à mesma posição) (p. 212, grifo do autor).

Após esse sobrevoo sobre as acepções do conceito de ideologia, vejamos a sua importância para a prática e a reflexão do campo da Saúde Mental Coletiva. Costa-Rosa (2000) define um Estabelecimento de Saúde como “formação material constituída por um conjunto de saberes e práticas articulados por um discurso de tipo ideológico (lacunar)” (p. 58), definição por ele utilizada também em outros trabalhos (COSTA-ROSA, 1987, 1999, 2012a, 2013). Partindo disso, é necessário ressaltar algo que esse autor não deixa claro, a despeito de ser logicamente desdobrável de sua linha de pensamento: se a toda instituição é sempre necessária uma mediação ideológica (isto é, um discurso enunciado positivo), também é verdade que *a forma da mediação ideológica pode variar*, segundo a ética-política de modos de produção dialeticamente alternativos. A fim de melhor explicitar isso, tomo como exemplo o caso das instituições de psicanálise.

Para Colette Soler (1998b), enquanto as Sociedades de Psicanálise pós-freudianas se sustentam a partir de um Outro consistente, as Escolas de Psicanálise criadas a partir do ensino de Lacan tentariam sustentar instituições estabelecidas a partir do “semblante do Outro que não existe” (Ibidem, p. 303). Mais recentemente, Soler (2016, p. 51) afirmou que uma Escola de

Psicanálise deveria se organizar como um “grupo propriamente histórico”. Entendido a partir da Teoria dos Discursos de Lacan¹³, um grupo histórico seria aquele que está sempre às voltas com a crítica da totalização¹⁴. Essa diferenciação também serve para pensarmos a luta paradigmática no campo da Saúde.

Por serem Aparelhos Ideológicos do Estado capitalista, podemos entender que as instituições do Paradigma Psiquiátrico visam a articular saberes e práticas por meio de um discurso ideológico pretensamente não-lacunar (totalizante)¹⁵. Na via diametralmente oposta, as instituições do Paradigma Psicossocial seriam aquelas que buscam articular saberes e práticas por meio de um discurso ideológico que se sabe lacunar; que se sabe sempre provisório e cambiante a partir do contato com a prática. Eis o movimento dialético por meio do qual devemos chegar ao que chamamos de práxis, fora do qual caímos sempre no exercício do poder disciplinar (LACAN, 1958/1998a). No entanto, ao tomarmos da psicanálise essas importantes proposições para pensar o campo das instituições de Saúde, mesmo que façamos justiça às honrosas exceções daqueles que como nós têm defendido que o psicanalista precisa entrar em cena (ELIA, 2018), isso não elide o fato de que ao longo da história as Sociedades e Escolas de Psicanálise terem predominantemente se colocado à margem da cena social, em um suposto lugar de neutralidade política.

Se para além da acepção crítico-negativa, há na teoria de Marx uma concepção positiva do conceito de ideologia, é apenas a partir do entendimento de que se trataria de uma positividade provisória, a fim de, como afirma Lacan (1966/2003i), deixar vazio o lugar da verdade¹⁶. Quanto a essa afirmação de Lacan, é importante frisar que ele não faz mais que retomar o cerne da dialética marxiana, pois, como bem afirma Lenin (1936/2011), na via do materialismo histórico “o conhecimento é o processo pelo qual o pensamento se aproxima infinita e eternamente do objeto [...], não ‘abstratamente’, não sem movimento, não sem contradição, mas

¹³ Ver o Apêndice no final desta tese.

¹⁴ Homologamente, Gramsci (2001) fala em “descobrir a substancial diversidade sob a aparente identidade, eis o mais [...] essencial dom do crítico das ideias” (p. 206).

¹⁵ Como aponta Costa-Rosa (1987), o Modo de Produção Capitalista se erige a partir de um “discurso oficial de tipo ideológico, lacunar, mas que se apresenta sempre pretensamente como sem lacunas” e que “o recalcado – as lacunas – desse discurso guarda relação direta com a estrutura de dominação de classes, tal como ela se expressa no âmbito da instituição” (p. 67).

¹⁶ No sentido em que escreve o poeta Fernando Pessoa:

“Tenho uma pena que escreve
Aquilo que eu sempre sinto
Se é mentira escreve leve
Se é verdade não tem tinta”.

sim no processo eterno do movimento, do nascimento das contradições e sua resolução” (p. 166).

1.2.4 A dialética de Marx até a psicanálise: os processos de subjetivação

Meu irmão veio correndo mostrar um brinquedo que inventara
com palavras. Era assim:
Besouros não trepam no abstrato.

Manoel de Barros

Na oitava das suas teses sobre Feuerbach, Marx (1845/2007) é categórico ao afirmar que “toda vida social é essencialmente *prática*. Todos os mistérios que conduzem a teoria ao misticismo encontram sua solução racional na prática humana e na compreensão dessa prática” (p. 534, grifo do autor). O método dialético, na vertente histórico-materialista proposta por Marx e Engels, visa à transformação (seguida de uma necessária reflexão epistemológica) das formações sociais, entre as quais incluímos as formações subjetivas (inconsciente).

Seguindo as proposições de Costa-Rosa (2013, 2011), é com a torção moebiana entre as formações sociais, apreendidas a partir do materialismo histórico, e as formações subjetivas, analisadas pelo prisma da psicanálise, que definimos o que entendemos por “processos de subjetivação”¹⁷. Partimos de uma importante hipótese de Marx (1857-58/2006), segundo a qual “os processos de produção da vida material estão diretamente relacionados com os processos de subjetivação” (COSTA-ROSA, 2013, p. 37). Inter-relacionando dialeticamente psicologia individual e psicologia social, tentamos desdobrar concepções de Freud (1930/2010e) que evidenciam “a semelhança do processo cultural com o desenvolvimento da libido do indivíduo” (p. 101). Homologamente, Marx (1844/1999) afirma que “[...] assim como é a própria sociedade que produz o homem enquanto homem, assim também ela é produzida por ele” (p. 37). Desse modo, especificando os processos psíquicos e sociais em relações reciprocamente determinantes, chegaremos à definição do “Psicossocial” que adjetiva o Paradigma de tratamento em Saúde Mental emergente.

A realidade psíquica e social, sob a perspectiva dialética dos processos de subjetivação, só pode ser concebida como estratificada, contraditória e em permanente transformação. Por tais características, as formações sociais são necessariamente consideradas – numa homologia

¹⁷ Importante sublinhar que se os autores da filosofia da diferença (GUATTARI; ROLNIK, 1986) fazem um uso particular do termo “processos de subjetivação”, por mais que utilizemos algumas das suas proposições, a conceituação que damos a essa expressão é inequivocamente tributária das teses de Marx e Freud.

com o conceito de Simbólico da psicanálise – como totalidades estruturalmente “destotalizadas” e, por isso, em processo de infinita totalização (KONDER, 1986). Isso porque, para a dialética, a totalidade é sempre unidade de contrários: afirmação (dimensão do instituído) que não vem sem sua negação interna (dimensão instituinte). Afirmação e negação se relacionam de forma recíproca e necessária (não-contingente), já que para afirmar é preciso, mesmo que implicitamente, negar e, deste modo, afirmar o oposto. A dialética “apreende o negativo dentro do positivo e expõe essa contradição” (GRESPLAN, 2002, p. 29). O próprio Lacan (1972/2003a), não fazendo mais que ecoar esse princípio básico da dialética, afirma que “não há universal que não deva ser contido por uma existência que o negue” (p. 450).

Marx se interessou pela dialética desde o início da sua formação intelectual, defendendo sua tese de doutorado na Universidade de Jena, em 1841, sobre a dialética nas filosofias de Demócrito e Epicuro. Contudo, não deixou uma obra sistematizada acerca do método dialético que elaborou, ao se apropriar criticamente das teses de Hegel e ir além dele. Em uma carta endereçada ao camarada Engels, escreve que “teria muito prazer em tornar acessível ao entendimento humano comum o *racional* no método que Hegel descobriu e em seguida mistificou” (MARX, 1858/1978, p. 260, grifo do autor). Porém, a morte lhe arrancou a pena das mãos antes que concretizasse tal desejo, que restou sobre os ombros dos seus continuadores.

Mesmo com as tantas menções elogiosas que Lacan faz a Marx ao longo da sua obra, boa parte dos psicanalistas têm dificuldades de ver as limitações da visão que Freud demonstra acerca das teses de Marx, o que não é sem consequências para a maneira como eles costumam entender a relação entre política e psicanálise. Nesse sentido, além de algumas passagens de “O Mal-estar na Cultura” (FREUD, 1930/2010e), destacam-se as longas considerações feitas por Freud (1933/2010b) em uma das suas “Novas Conferências Introdutórias à Psicanálise”. Entre outras coisas, Freud afirma que as teses de Marx “não parecem ‘materialistas’, mas antes um precipitado da obscura filosofia de Hegel” (p. 347). Ora, incluindo o trecho de carta já mencionado, é abundante o número de vezes em que Marx deixou claro o fato de ter superado dialeticamente a filosofia de Hegel. É o que podemos ver claramente no “Posfácio da Segunda Edição” de “O Capital”, quando diz que “a mistificação que a dialética sofre nas mãos de Hegel não impede em absoluto que ele tenha sido o primeiro a expor, de modo amplo e consciente, suas formas gerais de movimento”, para afirmar em seguida que, no entanto, “nele, ela se encontra de cabeça para baixo”, sendo preciso, então, “desvirá-la, a fim de descobrir o cerne racional dentro do invólucro místico” (MARX, 1867/2013, p. 91). Mas, se Freud se enganou quanto a isso, não se pode dizer o mesmo de Lacan (1966/1998e), que nos deixa claro que “[...]”

parte da inversão que ela [a crítica de Marx] opera a partir de Hegel é constituída pelo retorno (materialista, precisamente por lhe dar forma e corpo) da questão da verdade” (p. 235).

Para Hegel, em sua dialética *idealista*, a contradição encontra-se na ideia e o mundo concreto é sua expressão, ao passo que para Marx, antes de estar no pensamento, a contradição está na vivência concreta, portanto, antes de se expressar nas ideias. Segundo Marx (1867/2013, p. 90), na teoria de Hegel “o processo de pensamento, que ele, sob o nome de Ideia, chega mesmo a transformar num sujeito autônomo, é o demiurgo do processo efetivo”. Com isso, afirma que “meu método dialético, em seus fundamentos, não é apenas diferente do método hegeliano, mas exatamente seu oposto”. Ainda no mesmo Posfácio, Marx mostrará que a dialética de Hegel, por ser idealista e mistificadora, glorifica o existente mundo capitalista, ao passo que, diferentemente, sob sua teorização, a dialética se torna crítica e revolucionária, pois “constitui um escândalo e um horror para a burguesia e seus porta-vozes doutrinários [seus ideólogos], uma vez que *na inteligência positiva do existente, inclui, ao mesmo tempo, a inteligência de sua negação*, de seu necessário perecimento” (p. 91, grifo nosso). Como dito acima, a dialética histórico-materialista apreende o negativo dentro do positivo e expõe essa contradição. A dialética – tal qual a histeria na psicanálise, que Lacan (1969-70/1992) propõe que leiamos como um laço social crítico – é desveladora das contradições.

1.2.4.1 Contradição e alternatividade dialética

Cada um dos dois paradigmas de tratamento em Saúde Mental imprime direções contraditórias para a teoria, a técnica, a ideologia e a ética, desembocando na produção de saúde e subjetividade de tipos antagônicos entre si. Para que isso fique claro, é necessário explicitar o que chamamos de alternatividade dialética.

A contradição dialética precisa ser diferenciada da simples diferença. Diferença e contradição são estágios diversos do desenvolvimento do real (KONDER, 1986). A contradição pode iniciar-se por meio de uma diferença não essencial e depois, eventualmente, passar ao estágio de diferença essencial. Por exemplo, quando várias experiências de reformas psiquiátricas introduzem algumas diferenças, essas podem ainda se expressar como não essenciais. Se, por um lado, elas ainda não rompem essencialmente com o Paradigma Psiquiátrico, apresentando-se como diferenças não essenciais, por outro lado podem representar degraus importantes rumo a outro paradigma de tratamento radicalmente alternativo em termos

de uma diferença essencial. Esse passo a mais demanda o que chamamos de clareza paradigmática, isto é, exige parâmetros analíticos capazes de dar visualização à existência dos paradigmas e estabelecer uma luta pela hegemonia travada entre eles. Isso quer dizer que apenas aquelas diferenças capazes de se expressarem de forma radical, imprimindo um sentido alternativo (contrário) àquele realizado até então, podem ser consideradas essencialmente contraditórias (CHEPTULIN, 1982). A contradição assim considerada deriva de um dos princípios da dialética materialista chamado de “lei da unidade e luta de contrários”.

1.2.5 O conceito de paradigma

A transição de um paradigma em crise para outro [...] é antes uma reconstrução da área de estudos a partir de novos princípios (KUHN, 1998, p. 116).

A referência inicial do conceito de paradigma continua sendo Thomas Kuhn (1998), que o define como “as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (p. 13). Outra referência importante, agora fazendo uso do conceito aplicado ao nosso campo de trabalho, é a de Paim e Almeida Filho (2000), para quem uma perspectiva paradigmática de tratamento na Saúde Coletiva é um “[...] conjunto de noções, pressuposições e crenças, relativamente compartilhadas por um determinado segmento de sujeitos sociais que serve de referencial para a ação” (p. 31).

Segundo Costa-Rosa (2013), o pensamento de Kuhn, apesar de nos trazer bases importantes para esse debate, padece do fato de ser pouco dialético, já que, mesmo concebendo as transições paradigmáticas, considera a existência de um paradigma ou outro, falando, portanto, em cortes mais ou menos abruptos. E a contribuição de Paim e Almeida Filho, apesar de proporem a superação do pensamento pouco dialético de Kuhn, consiste em avançar conceitualmente ao propor que a clareza paradigmática por parte dos trabalhadores da Saúde apresenta-se como um importante referencial para a ação, capaz de permitir, como afirmam Figueiredo e Jardim (2001), “alguma coerência no trabalho da equipe” que torne viável “uma ação conjunta” (p. 66). Nas palavras de Capella e Leopardi (1999), a superação das práticas interprofissionais fragmentadas exige a “convergência das diferentes profissões da Saúde para um processo de trabalho em que o objeto e a finalidade sejam os mesmos, embora possam ser usados instrumentos diversos e próprios a cada grupo envolvido” (p. 95). Essa ideia de clareza

paradigmática como guia para a ação está em consonância com o materialismo histórico, pois, como vimos acima, “a nossa concepção da história é, sobretudo, um guia para o estudo – não uma alavanca para construções à maneira dos hegelianos” (ENGELS, 1890/2010a, p. 107).

Costa-Rosa (2013) ainda ressalta a importância dos trabalhos de Boaventura de Sousa Santos (2000) para a definição do conceito de paradigma que interessa à práxis da Saúde Mental Coletiva. Com esse autor, chegamos a uma concepção dialética do conceito, ao afirmar que “a morte de um dado paradigma traz dentro de si o paradigma que lhe há de suceder”, e que “a transição paradigmática tem várias dimensões que evoluem em ritmos desiguais” (p. 15-16). No entanto, é importante notar que todo paradigma – não só o emergente, como refere Santos – já carrega em sua estrutura os germes do seu paradigma avesso. Esse princípio dialético não escapou a Freud (1925/2017a), que muito cedo constatou como a construção de uma afirmação categórica já contém em si sua (de)negação. Para os fins do que nos interessa nesse momento, isso quer dizer que nunca há a instalação tranquila de um único paradigma ou modo de produção. Todo paradigma dominante carrega, desde o início, os vestígios do seu paradigma antípoda, nem que seja na forma velada da sua negação. É nesse sentido que Marx e Engels (1848/2008) diziam que o Modo de Produção Capitalista seria responsável pela criação do seu próprio coveiro¹⁸.

Esse aspecto dialético da noção de paradigma se presentifica na própria concepção de instituição como efeito de uma formação social específica, já que ela sempre carrega em seu cerne a tensão entre aspectos instituídos e instituintes divergente e dialeticamente interligados.

1.2.6 O conceito de instituição

A análise institucional socioanalítica de René Lourau (1970/2014) e Georges Lapassade (1971/1979) é uma tentativa de articular os campos do materialismo histórico marxiano com a psicanálise freudiana. Quanto a isso, é necessário dizer que partimos da releitura que Costa-Rosa faz da análise institucional, ao incluir nela os desdobramentos posteriores da psicanálise feitos por Lacan.

¹⁸ Nas palavras de Carlos Drummond de Andrade:
 “Como a vida é senha
 de outra vida nova
 que envelhece antes
 de romper o novo”.

Para a análise estrutural do campo da Saúde Mental Coletiva, partimos principalmente do método dialético e da psicanálise do campo de Freud e Lacan, não sem importantes contribuições da análise institucional francesa. Mas, por que darmos tamanha relevância à implementação desse referencial de análise de instituições? Veremos que essa importância decorre de concebermos que no campo das políticas públicas não há possibilidade de haver relação de tratamento entre o trabalhador de Saúde Mental e os sujeitos que demandam ajuda sem que o dispositivo institucional apareça como intermediador inevitável (não-contingente), ao ponto de ter que ser, ele mesmo, necessariamente incluído como mais um importante dispositivo de tratamento (COSTA-ROSA, 2013; OURY, 2009). Isso é suficiente para nos preocuparmos com a elaboração de um referencial de análise do modo de produção institucional e da ética-política que sustenta suas ações. Por esse motivo, “junto com os esforços necessários já em ação para inserir a psicanálise nas instituições de Atenção, mais fundamental, ainda, é trabalhar para adequar o dispositivo institucional, a fim de que nele possa caber a psicanálise” (COSTA-ROSA, 2019d, p. 8)¹⁹. Essa importância decorre do fato de, partindo do materialismo histórico e da análise institucional, concebermos as instituições como dispositivos sociais de produção de subjetividade (COSTA-ROSA, 1987, 2012a, 2013; SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014). Com isso, queremos dizer que a tensão dialética que se apresenta nas instituições encontra suporte justamente no fato de que, no Modo de Produção Capitalista, elas são resultantes do confronto entre os interesses sociais divergentes oriundos da luta de classes. Retomarei essa hipótese mais à frente.

A essa proposição, no entanto, devemos acrescentar a constatação de que a produção clínico-institucional das subjetividades possui uma via de mão dupla, qual seja: a possibilidade de produzir modos de subjetivação dialeticamente opostos (o que dependerá, como veremos, das formas dessa produção segundo uma ou outra ética-política). Isso quer dizer que considerando dois polos dialeticamente opostos, e pontos intermediários, pode-se produzir subjetividade serializada ou subjetividade singularizada (GUATTARI; ROLNIK, 1986): “se é verdade que todas as instituições reproduzem as regras de poder da sociedade, também é verdade que encontramos sempre, sob as mais variadas fisionomias, as formas de contraposição a essas regras” (COSTA-ROSA, 1987, p. 42). Assim, os Manicômios, os Hospitais Psiquiátricos, os Ambulatórios de Saúde Mental, os Centros de Atenção Psicossocial etc., são

¹⁹ Ora, e não seria igualmente esse o constante esforço-desafio – menos difícil comparado com a subversão dos Estabelecimentos públicos – das Escolas de Psicanálise, isto é, a intenção de estabelecer modos singularizantes de organização dos seus dispositivos institucionais nos quais e pelos quais a ética psicanalítica da diferença possa ser exercitada e transmitida?

Estabelecimentos institucionais de Saúde Mental, mas não possuem os mesmo horizontes ético-políticos e, portanto, os mesmos fins e efeitos produtivos. Para discernirmos tais horizontes, faz-se necessário clareza paradigmática.

Quando, partindo da dialética, visualizamos a existência de dois paradigmas de tratamento contraditórios em constantes lutas políticas para se efetivarem, concluímos que as instituições sociais e seus Estabelecimentos – em especial os de Saúde e Saúde Mental – tornam-se palcos privilegiados dessa luta. Sendo assim, essa contradição entre paradigmas de tratamento expressa as contradições da própria sociedade de classes na qual os Estabelecimentos de Saúde estão inseridos. Essa hipótese de que as instituições são palco de luta política, há tempo teorizada (LUZ, 1979/2013; COSTA-ROSA, 1987, 2000, 2013), é verificável na própria definição do conceito de instituição. Partamos da sugestão de Costa-Rosa (2013) que consiste em delinear o conceito de instituição segundo três planos: o da sua gênese, o da sua consistência, e o do seu funcionamento²⁰.

1.2.6.1 A gênese das instituições

Não compreendemos nada de Psicoterapia Institucional se não compreendemos a política (OURY, 2014, p. 81).

As instituições sociais não brotam espontaneamente, possuem gênese histórica e não são apolíticas. São efeitos da formação social imprimida pela dominância de um dado modo de produção. Isso quer dizer que elas surgem e têm funções determinadas junto aos conflitos e contradições sociais amplos. A primeira consequência disso é o fato de que as instituições do Modo de Produção Capitalista serão necessariamente diferentes daquelas que sustentariam outros possíveis modos de produção, como o de tipo Socialista.

Uma segunda consequência é que as instituições que tentam remar na contramare do modo de produção dominante terão um trabalho hercúleo para se manter. É o motivo pelo qual, em um país da periferia do Sistema Capitalista Global como o Brasil, é tão difícil sustentar as instituições do Paradigma Psicossocial. Por isso, os trabalhadores e/ou pesquisadores de Saúde Mental recorrem insuficientemente à análise marxiana da estrutura social, sem a qual é comum

²⁰ De passagem, cabe notar que essa tríade proposta para essa análise das instituições como efeitos da formação social é homóloga àquela que Freud (1916-17/2014) propõe para as formações subjetivas: “a partir dos sonhos de crianças pudemos conhecer a gênese, natureza e função do sonho” (p. 183).

cairmos em análises empírico-fenômênicas incapazes de visualizar as estruturas submersas dos acontecimentos sociais e institucionais. O materialismo histórico é o que melhor permite uma análise capaz de indicar as funções manifestas e veladas das instituições junto ao todo social²¹.

A premissa de que as instituições são historicamente criadas parte da constatação de que elas possuem uma relação intrínseca com a conjuntura social em que estão inseridas, o que quer dizer que elas “tendem a modelar uma função dominante condizente com a encomenda dos interesses sociais dominantes nessa conjuntura” (COSTA-ROSA, 2013). Para clarificar o entendimento sobre a gênese e as funções das instituições junto à totalidade social, será necessário recorrermos à diferenciação entre Demanda Social e encomenda social tal como é realizada no campo da análise institucional (LOURAU, 1970/2014).

A Demanda Social é sempre referida no singular e as suas pulsações no plural. Estas são como os lampejos que resultam do triscar de duas espadas. São o que pulsa das contradições da luta de classes. Nas situações sociopolíticas em que essas pulsações se abrem, a ordem social estabelecida pode se colocar em risco e, conforme os interesses sociais dominantes, precisa ser recomposta. Portanto, entra em ação o processo de assepsia e captura operado pelo imaginário social e pela ideologia dominantes, que transforma essas pulsações da Demanda Social em encomendas sociais. Esse processo tenta neutralizar tudo que tenha potencial subversivo e, quando possível, ainda tornar funcional para o próprio modo de produção dominante.

O exemplo mais patente desse processo no campo da Saúde Mental é a maneira como o discurso médico (CLAVREUL, 1983) transforma o sofrimento psíquico dos trabalhadores proletários, submetidos a péssimas condições de vida e de trabalho (pulsações da Demanda Social) em pedidos por medicação (encomendas). Isso significa que as encomendas sociais se expressam tanto na forma como os trabalhadores do Paradigma Psiquiátrico entendem o “objeto” com que trabalham, quanto no próprio pedido dos sujeitos em sofrimento que se apresentam nos Estabelecimentos de Saúde, dada à incidência do discurso médico no interior do imaginário social da população e dos próprios trabalhadores de Saúde Mental²². Vemos como os

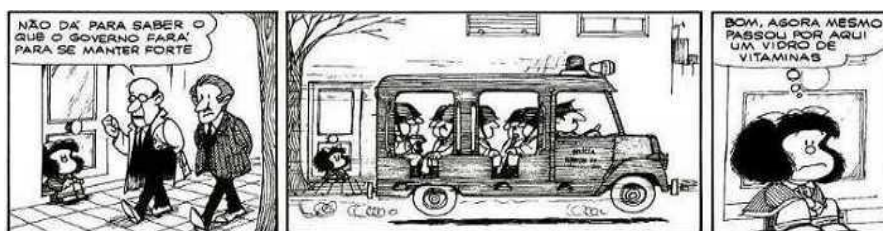
²¹ Para o materialismo histórico a categoria de Totalidade Social define que a compreensão do todo predomina sobre a compreensão das partes que o constitui, e que as partes estão em relações recíprocas que não podem ser compreendidas isoladamente, fora dos demais fenômenos que as rodeiam. É justamente a ideologia liberal-burguesa que separa as partes da Totalidade Social, pois concebe a sociedade civil, as relações capitalistas (mercado) e a sociedade política em lugares *supostamente* apartados. Antonio Gramsci foi quem melhor denunciou tal ideologia. Como bem explica György Lukács (1996): “essa prioridade do todo sobre as partes, do complexo total sobre os complexos singulares que o formam, deve ser considerada absolutamente estabelecida, porque de outro modo [...] chegar-se-á a extrapolar e tornar autônomas aquelas forças que, na realidade, simplesmente determinam a particularidade de um complexo parcial no interior da totalidade” (p. 4).

²² Em relação a esse aspecto das encomendas sociais nos campos da Saúde e Saúde Mental, Costa-Rosa (2012b) vai mais a fundo ao afirmar que a ofensiva mercadológica da medicina capitalista faz com que os impasses que os sujeitos teriam condições de equacionar por si mesmos sejam cada vez mais motivos de busca de tratamento, dando

trabalhadores do Paradigma Psiquiátrico respondem diretamente às encomendas sociais (dando o saber de mestre e/ou os medicamentos pedidos pelos sujeitos do sofrimento), enquanto os trabalhadores do Paradigma Psicossocial devem questionar as encomendas sociais embutidas nas demandas de tratamento, a fim de dar outros destinos às pulsações da Demanda Social da qual essas encomendas são efeitos, entendendo que essa é a única forma de reavivar a dimensão crítica sempre presente nos sintomas e nas crises psíquicas, e fazendo deles oportunidades de reposicionamento subjetivo e social. Consideramos que toda crise psíquica sempre carrega alguma dimensão de crítica das condições nas quais e pelas quais a crise é produzida. É nesse sentido que podemos exercitar uma *Clínica Crítica*.

Uma análise dialética dos Estabelecimentos institucionais deve poder desvelar a *estrutura lógica* subjacente a eles. Essa análise nos ajudará, inclusive, na definição do que devemos conceber por genuína política pública. Mas, antes, será necessário balizarmos a forma como analisamos a conjuntura social ampla, de cujas tensões conflituosas (entre os interesses de classe) as instituições sociais são os efeitos. Para tal, recorreremos à concepção gramsciana de Processo de Estratégia de Hegemonia e, de forma suplementar, à conceituação althusseriana dos Aparelhos de Estado. Nossa hipótese é a de que, no caso dos Estabelecimentos de Saúde Mental, o Processo de Estratégia de Hegemonia é um conceito-ferramenta fundamental para analisarmos e compreendermos o jogo de forças políticas que nas instituições sociais “apresentam-se”.

1.2.6.1.1 O Processo de Estratégia de Hegemonia e os Aparelhos de Estado



(Quino, cartunista argentino).

Segundo Althusser (1976/1984b), as *teorias do conflito* de Freud e Marx são como dois mísseis apontados para a cabeça da burguesia. Enquanto as críticas freudianas ao capitalismo

a ver a hipótese marxiana de que são as mercadorias que criam os consumidores, ou seja, de que *a oferta gera a demanda*.

foram feitas de forma inadvertida, as de Marx mostraram-se inequivocamente diretas. É fato que a sociedade capitalista não demonstrou fortes resistências apenas à ampliação psicanalítica do conceito de sexualidade. A ampliação marxiana do conceito de Estado também é alvo de constante repúdio. Como psicanalistas só temos a ganhar tomando conhecimento da ampliação marxiana, da mesma forma que como militantes revolucionários ampliamos nossas possibilidades efetivas com o saber psicanalítico.

Não há dúvidas de que a diminuta classe burguesa só tem a perder quando os sujeitos sociais e o Estado são alvos de análises críticas. Desvelando as entranhas da forma estatal, a descoberta bombástica de Marx foi de que nas formações sociais capitalistas a sociedade civil, enquanto conjunto de interesses privados divergentes, produz o Estado, enquanto *aparente* representante do interesse coletivo. Nas palavras de Engels (1884/1984):

Para que [...] essas classes com interesses econômicos colidentes não se devorem [...], faz-se necessário um poder colocado aparentemente por cima da sociedade chamado a amortecer o choque e a mantê-lo dentro dos limites da ‘ordem’. Este poder, nascido da sociedade, mas posto acima dela e se distanciando cada vez mais, é o Estado (p. 19).

Sustentar essa aparência é função da ideologia liberal-burguesa. É dessa forma que a classe econômica e ideologicamente dominante, tendo o Estado como ferramenta, exerce a hegemonia dos seus interesses. Para Gramsci (1949/1982), a hegemonia se estabelece por meio de alianças político-ideológicas que um grupo social, composto por franjas de classes com interesses próximos, utiliza para manter o domínio sobre um outro grupo social, que é colocado na posição de subalterno. No caso das formações sociais capitalistas, a burguesia e a maior parte das classes médias exercem a hegemonia contra a grande massa de proletários e subproletários. Nesse sentido, poderíamos falar tanto em hegemonia da classe burguesa quanto em uma possível hegemonia da classe trabalhadora. Esta última seria o caso dos Estados socialistas *em transição* para o comunismo.

O Processo de Estratégia de Hegemonia capitalista se efetiva principalmente, mas não somente, por meio da posse do poder ideológico que se estende para além do Estado formal (Estado no sentido estrito ou Estado-coerção). Isso quer dizer que na geografia da sociabilidade capitalista, “o Estado está sempre espreado para além de seus limites formais e jurídicos autodeclarados, fundindo-se a aparelhos sociais” (MASCARO, 2013, p. 70). Segundo Portelli (1977), o conceito de Processo de Estratégia de Hegemonia é resultado do trabalho que Gramsci realiza ao desenvolver as teorizações de Lenin sobre a ideia de “Estado ampliado”. Em linhas gerais, diz respeito à expansão da concepção marxiana de “dominação ideológica”; dominação

com a qual uma classe social – atualmente, a burguesia – exerce o seu poder sobre outras: a classe dos trabalhadores não-proletários e trabalhadores proletários²³. É interessante notar, de passagem, como não escapou à Freud (1927/2010d) esse fato de que “a cultura é algo imposto a uma maioria recalcitrante por uma minoria que soube se apropriar dos meios de poder e de coerção” (p. 38).

Outra contribuição importante ao conceito de Estado ampliado vem de Althusser (1970/1996b). Esse autor partiu das concepções gramscianas de “aparatos de consenso” e “aparatos repressivos” para propor sua tese sobre os Aparelhos Ideológicos e Repressivos do Estado. Na esteira de Gramsci, Althusser também desdobra a hipótese de Lenin ao mostrar como o Estado exerce a dominação de classe indireta e diretamente: indiretamente, *pela ideologia*, por meio dos Aparelhos Ideológicos do Estado (família, escola, igreja, meios de comunicação, sindicatos, partidos políticos, cultura, instituições de Saúde²⁴ etc.); e diretamente, *pela violência*, utilizando-se dos Aparelhos Repressivos de Estado (exército, polícia, tribunais, prisões etc.). Althusser afirma ainda que, em certa medida, esses dois tipos de Aparelhos de Estado se entremeiam, já que a ideologização dos Aparelhos Ideológicos também reprime, tanto quanto a repressão operada pelos Aparelhos Repressivos ideologizam, isto é, “educam” pela violência.

Mascaro (2013), discorrendo sobre a importância das contribuições de Gramsci e Althusser, sintetiza que

em ambas – de modos distintos mas alcançando, neste ponto, o fundamental –, o Estado é expandido para além de sua definição normativa ou do núcleo governamental-administrativo que tradicionalmente o identifica. No tecido social, há regiões que se aglutinam como ideologicamente estatais, estrutural ou funcionalmente. Em tais regiões, há *práticas sociais* constituídas, reguladas, talhadas, ensejadas, operacionalizadas ou controladas pelo Estado. Ainda que sejam efetivadas por indivíduos, grupos e classes – naquilo que o direito convencionou chamar por campo privado –, entrelaçam-se ao núcleo político estatal de tal sorte que acabam por constituir um grande espaço do Estado ampliado (p. 69, grifo nosso).

No contexto da luta de classes, Gramsci sugere que pensemos em dois polos de um processo social contínuo, sendo um o polo socioeconômico e ideologicamente dominante e outro o polo socioeconômico e ideologicamente subordinado da sociedade. Intermediando esses polos existem dois conjuntos de práticas sociais, um destinado a manter em *equilíbrio dinâmico*

²³ A diferenciação conceitual entre trabalhadores proletários e trabalhadores não-proletários (classe média) será realizada adiante, no subtópico 3.

²⁴ Acerca da utilização das instituições de Saúde como Aparelhos Ideológicos do Estado capitalista, confira o trabalho de Passarinho (2020)

(conciliação) esses vetores de forças opostas *e outro que poderia ter como horizonte a revolução* do modo de produção socioeconômico. Detalhemos esses dois conjuntos de práticas sociais, um que advém do polo social dominante e outro do polo social subordinado:

1) No lado do polo dominante encontramos práticas sociais que carregam funções ideológicas e repressivas visando à manutenção do *status quo*. Nelas encontramos a estratégia de “concessões táticas” – como respostas às eventuais pressões do polo social subordinado – que, com o tempo, são geralmente seguidas de *recuperações* do que foi concedido. Isso quer dizer que o Estado, como diz um conhecido ditado popular, “cede os anéis para não perder os dedos”. Saber desses mecanismos políticos que as instituições exercem nos ajuda a entender muito claramente o motivo pelo qual encontramos nos Estabelecimentos públicos de Saúde as ditas “equipes mínimas” (quando não são minimíssimas), pois os governantes de quase sempre, sintonizados com o Capital, *concedem* contratações de trabalhadores públicos no limite do mínimo, já visando, assim que oportuno, a diminuições ainda maiores, recuperando o que foi concedido. Já em Territórios governados por partidos à esquerda é compreensível que haja uma tendência inversa. Basta vermos, entre outros poucos exemplos, o caso do emblemático Governo do Município de São Paulo-SP na gestão da prefeita Luiza Erundina (1989-1993), então no Partido dos Trabalhadores, que equipou fortemente as políticas públicas da cidade, incluindo uma contratação maciça de novos trabalhadores públicos. Entre esses, nomes ilustres na função de gestores, como Eduardo Jorge na Secretaria de Saúde, Paulo Freire na Secretaria de Educação, Marilena Chauí à frente da Secretaria de Cultura e Paul Singer na Secretaria de Planejamento²⁵.

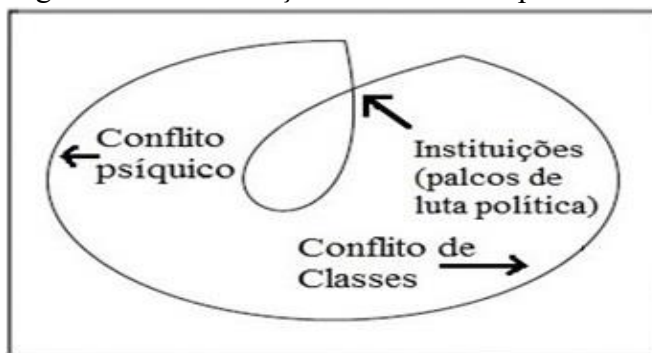
2) No lado do polo subordinado localizamos um conjunto de práticas sociais que se subdivide em dois tipos contraditórios: a) práticas que, devido ao efeito do imaginário social e da ideologia, são concordantes com a hegemonia da classe social dominante, ou seja, práticas reprodutivas do instituído social dentro do próprio polo subordinado (resultado das ações dos assim chamados de “pobres de direita”); b) ou, revés a esse primeiro tipo, todo um conjunto de reivindicações e de práticas alternativas que podem chegar à instalação de um Processo de Estratégia de Contra-hegemonia que almeja os interesses do polo subordinado na luta de classes. Esse seria o caso das *genuínas* políticas públicas, como aquelas que tentam dar corpo ao nosso Sistema Único de Saúde desde os anos 1980 – considerando seus limites dentro da forma estatal capitalista (MASCARO, 2013). Ademais, é nesse tipo de práticas sociais que o emergente

25 A esse respeito reporto o leitor ao livro “O governo Luiza Erundina: cronologia de quatro anos de administração do PT na cidade de São Paulo (1989-1992)”, de Ivo Patarra (1996).

Paradigma da Atenção Psicossocial se insere, situado necessariamente num conjunto maior de práticas de transformação social (sem as quais ele mesmo não avançaria) que teriam como horizonte a constituição de um outro modo de produção, como define Gramsci, a composição de um novo Bloco Histórico, isto é, uma nova forma de intersecção entre o conjunto das relações econômico-materiais e o conjunto das relações jurídico-ideológico-culturais.

Considerando que a hegemonia de classe se centra nas instituições sociais e que elas, sem exceção, são sempre palcos de luta política, Luz (1979/2013) afirma que, em períodos de pauperização prolongada da população, as instituições de Saúde se tornam peças fundamentais na estratégia de hegemonia, pelo fato de que o adoecimento físico e psíquico se apresenta como a confluência de variados determinantes relacionados aos efeitos da luta de classes, principalmente sobre os grupos sociais oprimidos e subordinados. Isso também significa que os interesses sociais subordinados, que o Processo de Estratégia de Hegemonia capitalista visa a neutralizar, atualizam-se ininterruptamente nas instituições sociais, em especial nas de Saúde e Saúde Mental. Os interesses sociais subordinados na luta de classes são uma espécie de irreduzível da experiência socioinstitucional, “real da luta de classes” (ZIZEK, 1992, p. 88) que sempre retorna. Essas instituições são os lugares privilegiados das *pulsões* da Demanda Social (Figura 3).

Figura 3 – As instituições sociais como palcos de luta política



Fonte: O autor, 2021.

Nas palavras de Luz (1979/2013), nas instituições sociais “poderemos ter presente não apenas a universalidade do Poder (hegemonia), mas também seu reverso necessário: a Resistência, a contra-hegemonia, ‘o que não tem governo nem nunca terá’” (p. 43). Aliás, Althusser (1970/1996b) já afirmava que “os Aparelhos Ideológicos de Estado podem ser não apenas o *alvo*, mas também o *lugar* da luta de classes, e, frequentemente, de formas encarniçadas de luta de classes” (p. 117, grifo do autor).

Saber acerca dessas nuances da Análise Política das Instituições possibilita aos trabalhadores de Saúde e de Saúde Mental, como agentes institucionais, endossar ativamente as práticas que privilegiam e que dão vazão aos interesses do polo social subordinado, polo social do qual ele, como trabalhador, deve apreender que faz parte (expressando e exercendo, portanto, uma militância com ciência de classe). O trabalhador de Saúde, como de qualquer outro setor das políticas públicas, é um cidadão e, portanto, faz parte do que chamamos de população. Desse modo, “a partir do momento em que o trabalhador, em virtude da teoria, aprende a se saber como tal, podemos dizer que, com esse passo, ele encontra os caminhos de um estatuto [...] de cientista. Ele já não é proletário em si, [...], mas para si, é aquilo a que se chama consciência de classe”. Essa afirmação poderia ter sido proferida por Marx ou por qualquer marxista, mas ela adveio da pena do próprio Lacan (1968-69/2008c, p. 169).

Em relação ao Processo de Estratégia de Hegemonia enfatizamos ainda o termo “processo”, tendo em vista o fato de não se tratar de um exercício de poder ideológico e repressivo realizável de uma vez por todas, sendo necessário que a hegemonia de um polo sobre o outro seja reafirmada a todo momento. Ou seja, mesmo o instituído precisa constantemente se instituir. Apesar disso, é sempre muito mais fácil para o instituído (que é reflexo das relações sociais dominantes) continuar instituindo-se em comparação com as possibilidades da investida instituinte (que é contrária a essas relações) tornar-se instituída. Por isso o motivo da hegemonia ter um caráter necessariamente dinâmico e processual.

O Processo de Estratégia de Hegemonia pode ser produzido por meio de dois regimes políticos diferentes: hegemonia por ideologia ou hegemonia por ditadura direta. Antes de entrar nisso é importante frisar que na concepção estrutural de Marx *o Estado é sempre ditadura*, de modo que a hegemonia por ideologia não seria mais que uma ditadura indireta²⁶. Uma ditadura mais branda em comparação com a ditadura pela coerção direta, é verdade, mas, ainda sim, ditadura. E, nesse caso, para as classes proletárias essa ditadura burguesa não tem nada de branda. Nisso, a função da ideologia liberal seria exatamente *fazer parecer* democrático o que não é. Basta lembrarmos da Estátua da Liberdade estadunidense como um dos símbolos dessa

²⁶ Por isso Marx usa a locução “ditadura revolucionária do proletariado” para se referir ao Estado socialista em transição para o comunismo: “Entre a sociedade capitalista e a comunista, situa-se o período da transformação revolucionária de uma na outra. A ele corresponde também um período político de transição, cujo Estado não pode ser senão a ditadura revolucionária do proletariado” (MARX, 1875/2012, p. 43, grifo do autor). Marx é muito claro quanto ao fato de que no período socialista transitório o uso da coerção, inicialmente voltado para os movimentos contrarrevolucionários, deveria ir se desfazendo no mesmo movimento em que o poder fosse pouco a pouco redistribuído à população organizada em pequenos núcleos de autogestão. No entanto, devido à carga imaginária que o termo “ditadura” carrega, alguns têm preferido falar em “democracia socialista” (BRAGA, 2015).

forma de “democracia”. A visualização do caráter ditatorial da ideologia do Capital só pode ser alcançada pela crítica-da-ideologia (ZIZEK, 1996). Vejamos isso mais de perto.

Para a teoria política de Gramsci, os cidadãos elegem aqueles que irão governá-los pela farsa da democracia representativa liberal. Os cidadãos compõem a sociedade civil, enquanto os políticos profissionais a sociedade política. Esta compõe o Estado no sentido estrito. Entre sociedade civil e a sociedade política se colocam os aparelhos privados de hegemonia, espécie de braços do Estado em sentido ampliado. Os aparelhos privados de hegemonia falam em nome da “opinião pública” (é seu discurso manifesto) quando, na realidade, garantem os interesses das classes dominantes (função ideologicamente recalcada). Daí Althusser chamá-los de Aparelhos Ideológicos de Estado. Essa ação dos aparelhos privados de hegemonia dificulta decisivamente a possibilidade de eleição de políticos representantes dos interesses das classes subordinadas, bem como inviabiliza a reeleição de governos que venham a se opor, mesmo que parcialmente, aos interesses capitalistas²⁷.

Advertida ou inadvertidamente, as classes sociais dominantes se aliam à maior parte das classes médias para manter o controle sobre as classes sociais subordinadas por meio da construção de um consenso ideológico e pela coerção (policial/militar). No regime de hegemonia por ideologia ocorre a predominância do uso dos Aparelhos Ideológicos do Estado. No entanto, nos períodos históricos em que os Aparelhos Ideológicos do Estado não conseguem manter em equilíbrio dinâmico os interesses contraditórios em jogo na luta de classes, vimos a passagem para o tipo de regime político caracterizado como hegemonia por ditadura direta, onde os Aparelhos Repressivos tomam a dianteira em relação aos Aparelhos Ideológicos do Estado.

Isso quer dizer que quando as contradições da luta de classes se acirram ao ponto de os Aparelhos Ideológicos não conseguirem mais contê-las – momentos de “crise de hegemonia” (GRAMSCI, 2000, p. 59) – e a iminência de levantes populares revolucionários se apresentam, historicamente vimos o aparecimento de golpes de Estado de direita (ou, menos frequentemente, de esquerda), dos quais derivaram mudanças na forma de dominação do polo social dominante sobre o polo subordinado. Alguns golpes de Estado, no entanto, podem ser motivados apenas pela investida imperialista quando esta precisa ampliar seus regimes de expropriação/acumulação. Para Mascaro (2018), foi essa a motivação do golpe de 2016 em

²⁷ Como foi o caso do supracitado governo da prefeita Luiza Erundina (PT), que foi sucedida por nada menos que o direitista Paulo Maluf (PPR - Partido Progressista Reformador).

nosso país, considerando que a hegemonia por ideologia é tamanha entre nós que nem foi necessário a passagem ao regime de hegemonia por ditadura direta²⁸.

É importante dizer que não há regime político em que a hegemonia se dê unicamente por ideologia ou somente por ditadura direta. Portelli (1977), afirma que “a classe dirigente, mesmo em um sistema hegemônico, não dirige toda a sociedade, mas somente classes auxiliares e aliadas que lhe servem de base social e usa a força para com as classes opositoras: a hegemonia jamais é total” (p. 69). Deste modo, não há Estado por meio do qual uma classe social consiga manter sua dominação apenas por meio da ideologia ou somente por meio da força coercitiva. Quando a ideologia predomina, a coerção se faz moderadamente necessária. Quando a coerção domina, a ideologia é parcialmente utilizada. Isso quer dizer que o mais comum é encontrarmos sistemas híbridos de dominação política, isto é, situações nas quais a predominância da ideologia ou a predominância da força repressiva depende dos espaços territoriais em que se localizam tais ou quais classes. Basta vermos como, mesmo em tempos de governo por hegemonia ideológica, o Estado capitalista emprega práticas ditatoriais/militares quando se trata de intervenções (praticamente diárias) em favelas de grandes cidades, já que nesses Territórios as contradições sociais e a pauperização da população são tão acintosas que apenas os Aparelhos Ideológicos do Estado não conseguem aplacar os ânimos reivindicatórios e/ou violentos²⁹ (esses, via de regra manifestados de forma inadvertida e caótica).

Por fim, em relação às funções do Estado capitalista e aos paradoxos das políticas públicas, encontramos em uma música uma das mais precisas definições:

²⁸ Sobre a conjuntura do golpe de 2016, Mascaro (2018) afirma que “em tal processo, a estratégia de acumulação burguesa passa também pela extração de maiores taxas de mais-valor, pelo rebaixamento das condições de trabalho, pelo cerceamento de aparelhos de luta dos trabalhadores – partidos de esquerda, sindicatos e, incidentalmente, intelectuais e universidades etc. – e pela mercantilização ainda maior de esferas da vida comum – perecimento da educação, da saúde e da previdência públicas em favor da expansão dos serviços privados nessas mesmas áreas” (p. 91).

²⁹ Quanto a esse aspecto, é eloquente o comentário de Freud (1927/2010) de que “é de se esperar que as classes desfavorecidas invejem as vantagens das privilegiadas e façam de tudo para se livrar de seu próprio acréscimo de privações [...], o que pode levar a rebeliões perigosas. Se, porém, uma cultura não conseguiu ir além do ponto de que a satisfação de certo número de seus membros tenha como pressuposto a opressão de outros, talvez a maioria – e esse é o caso de todas as culturas atuais –, é compreensível que esses oprimidos desenvolvam uma hostilidade intensa contra a cultura que por meio de seu trabalho eles mesmos possibilitam, mas de cujos bens lhes cabe uma cota muito pequena. Não se deve, pois, esperar uma interiorização das proibições culturais entre os oprimidos; pelo contrário, eles não estão dispostos a reconhecer essas proibições, antes estão empenhados em destruir a própria cultura e, eventualmente, até em abolir os seus pressupostos” (p. 48).

[Chico Buarque:] Eu te adivinhava e te cobiçava e te arrematava em leilão. Te ferrava a boca, morena, se eu fosse o teu patrão.
 Aí, eu te cuidava, como uma escrava, aí, eu não te dava perdão. Te rasgava a roupa, morena, se eu fosse o teu patrão.
 Eu te encarcerava, te acorrentava, te atava ao pé do fogão. Não te dava sopa, morena, se eu fosse o teu patrão.
 Eu encurralava, te dominava, te violava no chão. Te deixava rota, morena, se eu fosse o teu patrão.
 Quando tu quebrava, e tu desmontava, e tu não prestava mais não. Eu comprava outra, morena, se eu fosse o teu patrão.
 [Elba Ramalho:] Pois eu te pagava direito, soldo de cidadão. Punha uma medalha em teu peito, se eu fosse o teu patrão.
 O tempo passava sereno e sem reclamação. Tu nem reparava, moreno, na tua maldição.
 E tu só pegava veneno, beijando a minha mão. Ódio que brotava, moreno, ódio do teu irmão.
 Teu filho pegava gangrena, raiva, peste e sezão. Cólera na tua morena, e tu não chiava não.
 Eu te dava café pequeno, e manteiga no pão. Depois te afagava, moreno, como se afaga um cão.
 Eu sempre te dava esperança d'um futuro bão. Tu me idolatrava, criança, seu eu fosse o teu patrão.
 [Dueto de vozes:] Mas, se tu cuspiasse no prato, onde comeu feijão. Eu fechava o teu sindicato, se eu fosse o teu patrão. Se eu fosse o teu patrão. Se eu fosse o teu patrão. Se eu fosse o teu patrão...³⁰

Como se pode notar, conseguiremos avançar pouco em termos de produção de saúde e subjetividade singularizadas se desconsideramos os limites concretos das práticas empreendidas por meio das políticas públicas estatais, pois “as lutas de classes são constantemente jungidas à constrição da forma política estatal e a dinâmica do capitalismo absorve, em suas formas sociais, a maior parte dos antagonismos sociais” (MASCARO, 2013, p. 61). Cientes disso, *a nossa atuação por essa via precisa ser meio e não fim último*. Do contrário, a Reforma Psiquiátrica não passará de uma contínua revolução passiva, que muda de forma cosmética alguns aspectos da Atenção em Saúde Mental, mas acaba contribuindo para que tudo continue organicamente igual. Se o Processo de Estratégia de Hegemonia visa a manter em conciliação vetores de forças/interesses opostos, em termos da luta de classes, em favor do polo social dominante, é hora de afirmarmos que diante disso teremos que colocar como horizonte a revolução do modo de produção socioeconômico. É nesse ponto que pretendemos desdobrar ao menos parcialmente a afirmação de Lacan de que teria sido Marx o inventor da noção de sintoma, seguindo também as proposições de Rozitchner (1989), que teoriza a mútua determinação dialética entre o Aparato Psíquico (Freud) e o Aparato Social (Marx).

Rozitchner (1989, p. 67) chama o modo de produção conceituado por Marx de “Aparato Produtivo”, a fim de trabalhar a hipótese da inter-relação causal com o “Aparato Psíquico” dos

³⁰ RAMALHO, ELBA; BUARQUE, CHICO. *Se eu fosse o teu patrão*. Composição de Chico Buarque. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=L6nWd6qd9zQ> >. Acesso em 08 maio 2021.

sujeitos. Desse modo, Rozitchner junta-se a uma série de autores que tentam reparar e avançar sobre uma importante limitação da leitura de Freud (1930/2010e) acerca do mal-estar na Cultura, entendendo que a essa interpretação faltaria a especificação histórica da Cultura, segundo a determinação de diferentes modos de produção. Mas, é importante frisar que, ao modo de uma leitura sintomal – ou seja, captando no próprio discurso freudiano aquilo que ele não enunciou explicitamente, mas possibilita como desdobramento lógico – todo o trabalho realizado por Rozitchner é situado no âmbito da própria teoria freudiana.

Tanto a sociedade quanto os sujeitos sociais são divididos. Aquela por um conflito entre classes sociais e estes por um conflito entre instâncias psíquicas. Divisão do sujeito e divisão social do trabalho (essa, derivada da expropriação histórica dos meios de produção dos trabalhadores, que Rozitchner chama de “expropriação dos poderes do corpo”). Ambas as divisões são negadas pelo imaginário e pela ideologia. Todo sintoma é sustentado por um não sabido. Enquanto Freud (1900/2012), no que diz respeito ao sujeito, fala de “formação de compromisso” para nomear o arranjo sintomático derivado do conflito entre instâncias psíquicas contraditórias, Gramsci (2000), em relação à formação social, homologamente, fala em “equilíbrio de compromisso” entre classes sociais contraditórias e em sintomas mórbidos em termos sociais amplos. Escreve que “a crise consiste justamente no fato de que o velho morre e o novo não pode nascer: neste interregno, verificam-se os fenômenos patológicos mais variados” (Ibidem, p. 184). As neuroses e demais impasses subjetivos aparecem como amarras dos sujeitos e o Estado capitalista surge como o responsável por enlaçar e sustentar as classes sociais em suas respectivas posições e funções. Na intersecção entre formações subjetivas e formações sociais (ou entre Sujeito e Cultura) encontramos a vertente crítica de todo sintoma, que Costa-Rosa (2013) propõe como o cerne de uma *Clínica Crítica e ampliada dos processos de subjetivação* necessária à Saúde Coletiva:

O termo crítica refere [...] uma dimensão política, isto é, ética dessa clínica que, dando aos diferentes impasses subjetivos (o sintoma é apenas um dos casos) seu caráter de objeção radical ao contexto sociocultural-territorial em que emergem, deve decantar sempre os momentos paroxísticos sob os quais essa objeção aparece como problemática privada do indivíduo, fazendo-a remontar à situação crítica (originária) da qual o sofrimento e os impasses privatizados são só o efeito mais imediato. Dito de outro modo, fazer as queixas remontarem às suas crises de origem, e restituir às crises à sua força crítica (COSTA-ROSA, 2013, p. 322).

Nesse ponto, faz-se necessário lembrarmos que, segundo aponta Lacan (1971-72/2001a), “o sintoma não se cura, da mesma forma na dialética marxista e na psicanálise” (p. 31). É o que também destaca Dunker (2011) ao afirmar que “tudo se passa como se o núcleo de certos

sintomas (mas não de todos), na forma cristalina de certas angústias [...], encontrássemos algo que precisa ser reconhecido ou destinado, mas não eliminado” (p. 595). A partir de tais reparos, fazendo uso da dialética materialista, proponho a consideração de que os núcleos do sintoma psíquico e do sintoma social não podem ser curados, pois isso é *impossível*. Esses núcleos irreduzíveis só podem ser equacionados e dialeticamente superados, o que é *contingente*. Logo, seja no nível das formações subjetivas ou no nível das formações sociais, a superação dialética do sintoma como horizonte ético-político se coloca como o *necessário* da nossa práxis. São os Ideais socioculturais que sustentam nossos desejos, desejos de mudanças que *não cessam de não se inscrever*³¹. Uma *perspectiva comum* que Gramsci (2000) chamou de vontade coletiva, que é constantemente combatida pela ideologia individualista e privatista capitalista. Em relação ao novo modo de produção – e à sua nova forma de organização econômica, social e política que essa superação dialética exigirá – quanto ao Estado a referência a Engels (1878/2015) continua necessária:

O primeiro ato no qual o Estado realmente atua como representante de toda a sociedade – a tomada de posse dos meios de produção em nome da sociedade – é, ao mesmo tempo, seu último ato {autônomo} enquanto Estado. {De esfera em esfera, a intervenção do poder estatal nas relações sociais vai se tornando supérflua e acaba por desativar-se.} O governo sobre pessoas é substituído pela administração de coisas e pela condução de processos de produção. A sociedade livre não pode utilizar ou tolerar nenhum ‘Estado’ entre ela e seus membros. {O Estado não é ‘abolido’, *mas define e morre*} (p. 316, grifo e comentários entre chaves do autor).

Em seus numerosos textos, são poucas as vezes em que Freud (1927/2010) se posiciona radicalmente à esquerda, como quando afirma que “uma cultura que deixa insatisfeito um grupo tão grande de membros e os incita à rebelião não tem perspectivas de se conservar, nem o merece” (p. 49). Segundo Gramsci (2000) o Estado Socialista, que também denominou de Estado Ético, teria a função transitória de ir se definindo no mesmo movimento em que fosse impulsionando a institucionalização efetiva da democracia popular direta, que ele chamou de sociedade regulada. A construção de uma hegemonia alternativa à capitalista pressupõe um longo processo de luta e de persuasão construída na sociedade civil, com a elaboração de uma nova concepção de mundo, ou seja, de Ideais socioculturais alternativos aos ideais capitalistas.

³¹ “Vemos os seres humanos adoecerem tão frequentemente quando abandonam um ideal como quando querem alcançá-lo” (FREUD, 1912/2017, p. 75). Estamos falando de Ideais socioculturais que, certamente, não cabem no tempo cronológico da vida de um indivíduo.

1.2.6.2 A consistência das instituições

Partimos da definição de instituição como uma formação material e social que consiste em articular saberes e práticas por intermédio de um discurso ideológico lacunar (COSTA-ROSA, 2000, 2012a, 2013). Para essa definição recorremos à Lourau (1970/2014), que toma emprestado de Hegel os três momentos do conceito (o universal, o particular e o singular) para pensar a categoria de instituição que eticamente interessa às práticas do Paradigma Psicossocial, isto é, uma instituição aberta à singularidade. Entendendo que a ideologia atualmente dominante consiste em fazer as *ideias particulares* da minoritária classe burguesa passarem por *universais*, então, a modalidade de instituição necessária à realização dos interesses da classe social subordinada só pode, como tentaremos demonstrar, dar-se a partir da valorização da dimensão *singular* das práticas institucionais. Veremos, por outro lado, que o Paradigma Psiquiátrico, disciplinar por definição, tenta sempre tornar estática a relação entre os saberes e as práticas, não dando abertura à singularização dos sujeitos agentes da instituição (trabalhadores) e dos sujeitos do sofrimento que demandam tratamento.

Lourau (1970/2014) define a instituição como o movimento dialeticamente articulado de três momentos. O primeiro, é o momento da *universalidade* discursiva (enunciados) que delimita ideologicamente uma instituição. São as normas que definem o seu Discurso Oficial. Quanto a isso, temos que observar que algumas instituições se mantêm por longos períodos apenas como discurso, não chegando a fazer Estabelecimentos institucionais. Foi o caso da “nau dos loucos” na história da loucura ou, no contexto brasileiro, do Movimento da Luta Antimanicomial. O segundo momento é o da *particularidade* das práticas, sempre potente em deflagrar alguma dimensão de negação do estabelecido pela universalidade discursiva. E o terceiro, o da *singularidade*, que surge do encontro dos dois primeiros momentos, levando ao que chamamos de práxis. Segundo Netto (1998), “a questão posta por Marx é a questão da análise da particularidade, que ele entende como um campo de mediações entre a universalidade e a singularidade” (p. 82). Neste movimento está presente o choque dialético entre o instituído, que busca a conservação das características oficiais da instituição, e o instituinte, que se expressa no movimento de sua transformação. Cada momento representa, respectivamente, a positividade, a negatividade e a contradição.

Por isso, visando aos aspectos instituintes, na perspectiva do Paradigma Psicossocial privilegiamos a particularidade das práticas (segundo momento da instituição) por entender que é por meio delas que as instituições se mostram como dispositivos capazes de se abrirem para

a dimensão singularizante, pois é onde a negatividade produtiva revela as lacunas de sentido dos discursos.

Considerando essas ferramentas do arsenal teórico-prático da análise institucional, podemos nos colocar em nosso trabalho de modo a poder visualizar quais práticas institucionais dizem respeito ao instituído do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador e, após nos localizarmos quanto a isso, avaliar quais movimentos instituintes poderemos utilizar para imprimirmos um sentido dialeticamente alternativo a essas práticas, a fim de que elas possam alcançar os parâmetros do Paradigma Psicossocial.

Se o Discurso Oficial define uma instituição no momento da universalidade, é o momento da prática que, em alguns aspectos, possibilita a supressão desse discurso universal, o que demandaria (no caso dos trabalhadores capazes tal análise cotidiana) constantes reformulações desse universal discursivo, levando, com isso, a *novos* saberes (técnicos) e, portanto, a *novas* práticas, inovações que chamamos de singularidade da práxis. Cabe lembrar que o trabalhador-disciplinar típico ao Paradigma Psiquiátrico tem pouca ou nenhuma possibilidade de operar uma análise do dispositivo institucional – nisso consistindo sua alienação em relação ao processo de produção que realiza –, permanecendo na “inércia do instituído”: âmbito da (re)produção de saúde e de subjetividade massificadas-serializadas, ou seja, manutenção do dispositivo institucional como mero Aparelho de Estado capitalista à favor do polo social dominante na luta de classes (ALTHUSSER, 1970/1996b). Por isso dizemos que são trabalhadores que atuam de forma funcionalista.

1.2.6.3 O funcionamento das instituições

Não instituímos o novo senão no funcionamento (LACAN, 1967/2003h, p. 248).

A dialética marxiana e o método freudiano têm em comum a distinção entre aparência e “essência” (KOSIK, 1976). Em outros termos, buscam transcender o plano imediato para alcançar o plano mediato das estruturas, o plano daquilo que tende a se passar pelas nossas costas e a nos determinar. A definição dialética de instituição com que estamos trabalhando implica duas consequências no que diz respeito ao seu funcionamento: 1) ela é articulação de contrários; e 2) ela contempla dimensões manifestas e veladas em relação aos seus discursos e às suas práticas.

A instituição social como articulação de contrários significa que toda instituição precisa, interna e externamente, metabolizar interesses de variados grupos sociais. Nos contextos institucionais, embora no nível aparente (fenomênico) as coisas tendam a um *aparente* consenso, os interesses de grupos sociais diversos que ali *concretamente* se apresentam podem ir desde a simples diferença à contradição essencial. Ou seja, “a diversidade [desses interesses] pode chegar à polarização e desdobrar-se em lutas pela hegemonia” (COSTA-ROSA, 2012a, p. 118)³². Dessa primeira consequência da definição dialética de instituição, segue-se uma segunda: o fato de nela sempre existir uma dimensão manifesta (positividade) que vela outras dimensões latentes (negatividade).

O Discurso Oficial de uma instituição oficial. É o que se apresenta como positividade discursiva, manifesta. No que diz respeito às instituições sintonizadas com a formação social capitalista, o Discurso Oficial institucional sempre se pretende como sem lacunas. E as suas lacunas – dimensão recalcada – relaciona-se diretamente com a estrutura de dominação de classes, tal como ela se expressa no âmbito de toda instituição social capitalista (COSTA-ROSA, 1987; LUZ, 1979/2013). Dessa forma, por parte dos agentes institucionais que pretendam operar de forma não funcionalista, será necessária uma ação decifradora dos sentidos recalcados pelos discursos e práticas institucionais em duas etapas. A primeira em relação aos discursos, visando às suas lacunas, e a segunda em relação às contradições entre os discursos e as práticas, que é onde reside a criação propriamente singular de qualquer práxis. Notemos que essa proposta de análise dialética parte do princípio de que os sujeitos das instituições (os trabalhadores da instituição e os ditos “usuários”) devem vir a tornarem-se mais agentes que agenciados, de modo que possam ser “[...] a parte da instituição através da qual ela pode tomar consciência de si mesma e para si” (COSTA-ROSA, 2013, p. 61).

Na formação social capitalista as instituições do Paradigma Psiquiátrico são dominantes e as do Paradigma Psicossocial são subordinadas e lutam por se instalar nas brechas do instituído. Consideremos a análise já realizada por Costa-Rosa (2013), que utiliza a dialética marxiana para a qual o mais positivo é o negativo. A partir dessa análise podemos visualizar nas instituições de tratamento a existência de uma função discursiva positiva (manifesta) – expressa de muitas maneiras, como “remover ou atenuar sofrimentos psíquicos”, “tratar”, “curar”, “reintegrar à sociedade” etc. – e uma função discursiva negativa (velada) subdividida em três.

³² O processo de implantação dos grupos de recepção em um Ambulatório de Saúde Mental que relatamos no ensaio 3 desta tese, que fez deflagrar a oposição e a luta entre dois grupos de trabalhadores com visões paradigmáticas contrárias, parece-nos uma amostra dessa possibilidade.

A primeira subfunção negativa é imprimida pelo Paradigma Psiquiátrico e consiste na extração indireta de mais-valia mediante o cada vez mais alto consumo dos produtos da grande indústria químico-farmacêutica. Cabe notar que essa subfunção negativa pouco se modificou com as experiências das Reformas Psiquiátricas. A segunda subfunção negativa, também regida pelo Paradigma Psiquiátrico, é um desdobramento da primeira. Ela consiste na reprodução das relações sociais capitalistas/disciplinares, isto é, as relações verticalizadas de domínio e subordinação, que aparecem de diversas formas: entre normais e anormais, sãos e doentes, sabedor e ignorante, supridores e carentes etc. Uma análise pormenorizada desse tipo de subfunção institucional já foi realizada por Jean Clavreul (1983), utilizando-se da teoria dos discursos como laços sociais de Lacan³³. Por fim, a terceira subfunção negativa é basilar aos interesses subordinados nas instituições de Saúde Mental, considerando a especificidade dos seus efeitos. É nesse tipo de subfunção que as práticas institucionais podem dar vazão à dimensão instituinte e crítica sempre presente nos conflitos, contradições e sintomas que os sujeitos do sofrimento trazem, exercitando, para tal, novas formas de relações avessas às relações disciplinares dominantes. Essas novas formas advêm dos trabalhadores institucionais com clareza paradigmática, por meio da instalação de práticas que venham a dar espaço e voz aos sujeitos do sofrimento, visando à produção de subjetividade singularizada. Em lugar das relações disciplinares, colocam em ação relações transdisciplinares (intercessoras).

1.3 As classes sociais e a posição dos trabalhadores-intercessores com ciência de classe

Segundo a teoria de Marx, no Modo de Produção Capitalista existem duas classes sociais fundamentais e dialeticamente contraditórias: a classe dos trabalhadores e a dos burgueses. Dizer que são dialeticamente contraditórias significa que cada qual existe em função da outra³⁴. No entanto, precisamos entender as funções sociais das diversas frações da classe trabalhadora.

Entre os trabalhadores encontramos basicamente três frações. Além dos 1) assalariados de baixa qualificação e remuneração chamados de proletários, existem: 2) por um lado, aquele

³³ Acerca de outras importantes análises dos dispositivos institucionais por meio da teoria dos discursos de Lacan, conferir os trabalhos de Costa-Rosa (2011) e Rinaldi (2002, 2005).

³⁴ Como refere Lacan (1971-72/2012), acerca da dialética entre o mestre e o escravo antigos: “o escravo nunca é escravo senão da essência do senhor. E quanto ao senhor, se não houvesse o S₂, o saber do escravo, o que faria ele de sua essência?” (p. 128).

grupo de sujeitos que Marx e Engels chamaram de lumpemproletariado (literalmente, “proletariado esfarrapado”) ou subproletariado, isto é, os radicalmente excluídos do trabalho e do consumo; e, 3) por outro lado, o que chamaram de pequenas burguesias ou classes médias. Estas são as classes de transição entre os polos dialeticamente opostos da luta de classes. Mas, antes de adentrarmos nas especificidades da classe média, especifiquemos o que é um proletário.

Proletários são os trabalhadores reduzidos à condição de pura e simples força de trabalho, sujeitos socioeconomicamente constrangidos a uma existência corporal produtiva a ser explorada, negando-lhes as condições materiais mínimas necessárias para se alcançar as dimensões do desejo (como proposto pela psicanálise) e do carecimento (especificado pelo materialismo histórico³⁵), dimensões facilitadoras da posição (cri)ativa do sujeito humano produzida e sustentada no intercâmbio social. Como afirmam Marx e Engels (1845-46/2007),

o primeiro pressuposto de toda a existência humana e também, portanto, de toda a história, a saber, o pressuposto de que os homens têm de estar em condições de viver para poder ‘fazer história’. Mas, para viver, precisa-se, antes de tudo, de comida, bebida, moradia, vestimenta e algumas coisas mais. O primeiro ato histórico é, pois, a produção dos meios para a satisfação desses carecimentos [*Bedürfnisse*]³⁶ (p. 32-33).

Em termos psicanalíticos e homólogos, podemos dizer que os proletários são sujeitos socioeconomicamente reduzidos ao corpo pulsional, já que a eles é imposto uma condição altamente limitante em relação às possibilidades do exercício do desejo singular tanto pela via do trabalho – marcado pela alienação do produto e no processo de produção – quanto pela limitação do carecimento, ou seja, do acesso ao consumo dos bens socialmente produzidos (incluindo, entre tantos, a própria oferta de tratamento psicanalítico). Nas palavras de Marx (1844/1999), na economia política capitalista “a mais próspera condição da sociedade [...] é uma situação de miséria estacionária para os trabalhadores”, pois proletário é “aquele que vive, sem capital ou renda, apenas do trabalho [...], como simples trabalhador. Consequentemente, [...] tal como um cavalo, deve receber tanto quanto precisa [apenas] para ser capaz de trabalhar” (p. 5). Engels (1847/1981) afirma que

o proletariado é a classe social que obtém os seus meios de subsistência exclusivamente da venda do seu trabalho, sem se beneficiar de qualquer lucro extraído de qualquer capital. É a classe, cuja felicidade e dor, vida e morte, e cuja completa existência dependem da procura de trabalho, ou seja, dos períodos de crise e de prosperidade dos negócios, das flutuações de uma concorrência desenfreada (p. 82).

³⁵ Acompanho aqui a hipótese de Costa-Rosa (2013, p. 29), para quem a concepção de carecimento de Marx, *avant la lettre*, inclui a dimensão do desejo tal como definida pela psicanálise.

³⁶ Tradução modificada.

Vejamos o caso da dita classe média. Mesmo que do ponto de vista estrutural ela não se diferencie do proletariado, por não ser mais que uma variação da própria classe trabalhadora, ela se difere pelo fato de (mesmo que em proporções bem menores que os burgueses) beneficiar-se do lucro extraído de *algum* capital. Dada a alienação (por não se reconhecerem como trabalhadores) da qual partem – mas também devido ao relativo conforto econômico de que gozam – os sujeitos da classe média têm a incumbência de garantir a manutenção e a propagação da dominação ideológica da classe burguesa, não só por esse quinhão de riqueza social que abocanha, mas também por se identificar com os valores e os ideais dessa classe dominante. É essa função social que dá à classe média a alcunha de classe auxiliar da exploração – incluindo os “profissionais da ideologia” (ALTHUSSER, 1970/1996b, p. 108) –, ou seja, a função de administradores da miséria (MARX, 1844/1999).

Em sua grande maioria, os profissionais de classe média são as correias de todo o Modo de Produção Capitalista. É onde situamos os trabalhadores de Saúde Mental do Paradigma Psiquiátrico, como trabalhadores-disciplinares agentes sociais do Capital. Trabalhadores assim adjetivados porque os efeitos ético-políticos do trabalho que exercem junto aos sujeitos do sofrimento “aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência)” (FOUCAULT, 1975/2013, p. 133).

É preciso ressaltar que as classes médias se beneficiam, de uma forma ou de outra, da exploração dos debaixo, como é o caso, por exemplo, dos pequeno-burgueses que vivem parcial ou exclusivamente do aluguel de imóveis, pois “uma vez terminada a exploração do operário pelo fabricante mediante pagamento de salário em dinheiro, caem sobre ele outras parcelas da [pequena] burguesia: os proprietários de imóveis, o dono da mercearia, o agiota, etc” (MARX; ENGELS, 1848/2008, p. 21). No entanto, Chauí (2013) é precisa ao afirmar que os sujeitos da classe média que se encontram na linha tênue debaixo vivem constantemente o conflito entre o sonho de tornarem-se classe dominante e o pesadelo de serem proletarizados. E no Modo de Produção Capitalista, estruturalmente concentrador de renda, o pesadelo tende a se sobressair.

Por fim, para o propósito que nos interessa nesse ensaio, é necessário acrescentar que não é somente de sujeitos política e ideologicamente conservadores ou reacionários que se compõe essa classe intermediária, já que entre esses trabalhadores em melhores condições socioeconômicas e de acesso ao pensamento crítico pode haver sujeitos politicamente vanguardistas, localizados à esquerda da luta política. Entre eles, propomos situar os trabalhadores sociais/públicos referidos à psicanálise e ao materialismo histórico, de tipo

transdisciplinar, que convencionamos chamar de trabalhadores-intercessores³⁷. Mesmo conservando algo da extraterritorialidade da psicanálise como ciência e profissão (LACAN, 1955/1998, p. 327) – mas também não a excluindo de todo de uma perspectiva político-ideológica, já que também são orientados pelo materialismo histórico – nossa hipótese é a de que afirmarmos a nossa posição de trabalhadores de Saúde Mental deve ser tanto um princípio ético-político quanto uma tomada de posição na luta política. Mas, não se trata de tomar partido diretamente nos conflitos e contradições que os sujeitos do sofrimento apresentam em sua demanda de Atenção em Saúde Mental. Trata-se de tomar o partido da *condição de trabalhador* que também é a nossa (e não é a essa posição que todo sujeito chega ao longo e sobretudo ao fim de uma psicanálise?). O trabalhador-intercessor é um trabalhador público de novo tipo, que tem como meta *reunir as condições* para que os sujeitos com os quais lida também se desloquem para o lugar do trabalho, pois “a psicanálise se vale da técnica de, tanto quanto possível, receber de seus próprios analisandos a solução para seus próprios enigmas” (FREUD, 1916-17/2014, p. 135).

1.4 Os quatro parâmetros da análise paradigmática

Como vimos acima, um modo de produção é definido como a unidade dialética entre as forças produtivas e as relações sociais que essas forças imprimem. Em nossa análise paradigmática, entendemos que o primeiro parâmetro diz respeito às “forças produtivas” (a força de trabalho mais os meios de produção), ao passo que os três parâmetros restantes dizem mais respeito às “relações sociais de produção”. Nossa hipótese de base é a de que o tipo de processo de produção está diretamente relacionado ao tipo de relações sociais de produção, considerando que “toda produção é, segundo Marx, caracterizada por dois elementos indissociáveis: o processo de trabalho [...] e as relações sociais de produção, sob a determinação das quais este processo de trabalho é executado” (ALTHUSSER, 1968/1980, p. 119).

³⁷ Para mais detalhes sobre esse tipo de trabalhador de Saúde Mental, conferir a nota de rodapé número 3, na página 102, e todo o ensaio 2 nesta tese.

1.4.1 Parâmetro um: as concepções do “objeto” e dos meios de trabalho

O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 30).

Retomemos a descrição dos componentes de um processo de trabalho (Figura 1, acima). Além de ser orientado por um determinado fim produtivo (quarto parâmetro dessa análise paradigmática), Marx (1867/2013) define como componentes do processo de trabalho, “[...] em segundo lugar, seu objeto e, em terceiro, seus meios” (p. 256). O objeto de trabalho é aquilo com que se trabalha e que se almeja transformar, e os meios de trabalho são as ferramentas e demais dispositivos por intermédio dos quais o trabalho se efetiva. Por isso, esse primeiro parâmetro da nossa análise diz respeito ao que Marx chamou de “meios de produção”, que é composto pelo objeto mais os meios de trabalho.

Diferentemente do caso da produção comum onde os trabalhadores proletários transformam a natureza em produtos úteis a toda a sociedade, no processo de produção de saúde e saúde mental o dito objeto das práticas dos trabalhadores são outros sujeitos sociais. Isto é, em vez de um objeto propriamente dito, inanimado ou animal, lidamos com sujeitos em sofrimento psíquico que vivenciam processos de subjetivação com impasses menores ou maiores. Em um sentido mais amplo, o “objeto” das práticas de Saúde Mental é o processo de produção saúde-adoecimento, e os meios de trabalho são as ferramentas ou dispositivos clínicos e políticos com que operamos para lidar com esse “objeto”.

No Paradigma Psiquiátrico o “objeto” de trabalho é a doença, os sintomas ou os conflitos a serem suprimidos. Prevalece a ênfase na concepção de que a dimensão orgânica é o determinante principal dos fenômenos com os quais se lida, mesmo algumas reformas da psiquiatria já adicionaram teorias mais ou menos sociologizantes e psicologizantes de concepção do “objeto”. Dessa forma de concepção do “objeto” deriva a especificidade dos meios de trabalho. Da concepção do “objeto” como corpo orgânico ou, no máximo, como indivíduo, desconsiderando a sua dimensão de sujeito propriamente dito, deriva a não consideração dele como participante ativo no tratamento. Por isso, há a perspectiva de que o medicamento é o principal meio de trabalho, ao qual se agrega oficinas e psicoterapias baseadas no poder da sugestão e no convencimento por meio de saberes universalizantes e normativos. A instituição típica desse paradigma é o hospital psiquiátrico, apesar de a tecnologia medicamentosa propiciar cada vez mais o dito “manicômio químico”. Mesmo algumas reformas chegaram a introduzir a equipe multiprofissional como meio de trabalho, ela costuma

se organizar de um modo ainda equivalente à da produção de mercadorias do Modo de Produção Capitalista³⁸, ou seja, segundo a versão taylorista que divide e parcializa as ações de tratamento entre as diversas especialidades profissionais (COSTA-ROSA, 1987, 2013). Por consequência, nesse paradigma de tratamento a relação dos meios de trabalho com o “objeto” é de objetificação e não de subjetivação.

No Paradigma Psicossocial, para definir o “objeto” com que lidamos, Costa-Rosa (2011, 2013) propõe a noção de um sujeito constituído e constantemente atravessado por um “duplo entre” dialeticamente relacionados. O sujeito do inconsciente definido pela psicanálise, sujeito dividido entre significantes ($S_1 - \$ - S_2$), e o sujeito social entre outros sujeitos sociais, dimensão essa que, além do que a psicanálise já considera³⁹, pode ser ampliada pelo materialismo histórico. Esse duplo entre diz respeito à circunstância estrutural de que o sujeito humano, para se constituir, precisa ingressar no simbólico e no social. Isso quer dizer que um efeito de sua constituição é que ele venha a “habitar” simultaneamente o plano da existência social e o plano do saber inconsciente (ex-sistência): “Não há existência senão contra um fundo de inexistência e, inversamente, *ex-sistere* é extrair a própria sustentação somente de um exterior que não existe” (LACAN, 1971-72/2012, p. 131). Falamos de um sujeito que habita simultaneamente os planos da ex-sistência (sujeito do inconsciente) e da “existência-sofrimento” (sujeito social). “O sujeito é, então, tanto o homem em sua divisão (às vezes dito ‘eu do enunciado’ e ‘Eu da enunciação’ ou sujeito), quanto os efeitos-sujeito evanescentes dessa divisão” (COSTA-ROSA, 2013, p. 260). A consideração dessa dupla via determinante do sujeito é a melhor forma de captar a complexidade do “objeto” das nossas ações de Saúde Mental. Se os psicanalistas, salvo exceções, costumam não considerar suficientemente o “entre social” do qual o materialismo histórico se ocupa, também é comum os marxistas não considerarem o sujeito do inconsciente (com exceção dos althusserianos). Em sua sagacidade de artista, Clarice Lispector (1978) captou bem esse duplo entre, ao dizer que “nunca chego ao fim de cada um dos modos de existir. Vivo de esboços não acabados e vacilantes. Mas equilibro-me como posso, entre mim e eu, entre mim e os homens” (p. 85).

³⁸ Quanto a isso, consideramos a *teoria da derivação* proposta pelo materialismo histórico, que concebe a forma-social-mercadoria como sendo o átomo a partir do qual *tende* a se edificar as relações sociais no Modo de Produção Capitalista: “A dinâmica da reprodução capitalista se estabelece por meio de formas sociais inexoráveis a esse modo de produção. A mercadoria, sendo o seu átomo, estabelece os parâmetros pelos quais as relações sociais se apresentam” (MASCARO, 2013, p. 115).

³⁹ Nos textos de Lacan, encontramos muitas passagens em que o termo “sujeito” é utilizado para se referir tanto ao sujeito social quanto ao sujeito do inconsciente. Por exemplo, quando afirma que: “nesse inconsciente, aquele que fala é um sujeito dentro do sujeito, transcendendo o sujeito” (LACAN, 1974/2004, p. 168).

Conforme Lacan (1953/1998f), “o sujeito vai muito além do que o indivíduo experimenta ‘subjettivamente’” (p. 266). O sujeito do inconsciente é o que destitui qualquer pretensão de unidade do eu, deslocando-o de suas certezas. O efeito-sujeito do inconsciente é o que aparece como um significante-mestre (S_1) no Outro, ou seja, no campo simbólico (S_2). O S_1 que representa o sujeito do inconsciente é o significante ex-sistente – existente fora – da cadeia de significantes (S_2). A passagem evanescente do S_1 no buraco do Outro movimenta a cadeia de significantes e areja as pulsões, tornando-as palatáveis à experiência humana: Freud (1915/2017c, p. 25) fala em suprassunção dos estímulos pulsionais. Essa passagem do S_1 produz um sentido simbólico ($\rightarrow$) matematizado como um encontro bifurcante entre significantes ($S_1 \rightarrow S_2$). Nos processos de subjetivação, *esse um* (S_1) aparece como *enxame*, “[...] S_1 que soa em francês *essaim*, um enxame significante, um enxame que zumbe” (LACAN, 1972-1973/2008d, p. 154). Isso quer dizer que, em um tratamento psicanalítico, uma certa soma de variadas formações do inconsciente, vários S_1 (lapso, esquecimento, chiste, sonho, certas dimensões questionadas dos sintomas), pode desembocar em novos sentidos em movimento ($S_1 \rightarrow S_2$), capazes de desfazer/deslocar sentidos imaginários e alienantes. É o que está por trás da definição lacaniana do sujeito do inconsciente como aquilo que é representado por um significante (S_1) para outros significantes (S_2), processo mediante o qual uma parte de gozo (a) é extraída da experiência do sujeito: “O sujeito [...] não pode reunir-se em seu representante de significante sem que se produza [...] uma perda, propriamente chamada de objeto a [...]. Nada pode produzir-se aí sem que um objeto seja perdido” (LACAN, 1968-69/2008c, p. 21). É dessa extração constante que ressurge o desejo do sujeito como movimento.

Para a psicanálise, o desejo é menos a conquista de um objeto almejado do que o próprio movimento em direção a objetos sempre cambiantes. O fato de um paciente chegar na clínica tomado por conflitos angustiantes e/ou às voltas com sintomas que o inibem e fazem sofrer, indica uma dificuldade em produzir esses movimentos simbólicos propiciados pelos efeitos-sujeito. São esses movimentos/deslocamentos entre significantes que chamamos de efeitos-sujeito, considerando que “uma vez que o sujeito advém pela linguagem é, portanto, no próprio ato da articulação significante, isto é, na enunciação, que ele advém” (DOR, 1989, p. 118). É na relação fundamental entre S_1 e S_2 que o sujeito emerge como efeito do inconsciente, como emergência de uma diferença que maximiza *processos de subjetivação* que eventualmente se encontravam em impasses. Sendo o sujeito de um significante “o indivíduo que é afetado pelo inconsciente” (LACAN, 1972-1973/2008d, p. 152), esse sujeito desejante é aquele que se coloca em constante mudança, na medida em que pode ser representado de forma sempre provisória entre um significante (S_1) e outras possibilidades de representação de si ainda por

tornar-se (S₂). O psicanalista sabe que são esses movimentos significantes – maximizados pela sua escuta flutuante e o seu manejo da transferência – que produzem no sujeito analisante um novo saber-fazer com os seus sintomas e demais impasses psíquicos e sociais.

Entretanto, esse sujeito do inconsciente habita em sujeitos sociais historicamente determinados, originados em dadas classes sociais⁴⁰. Sendo o psicanalista de consultório particular um sujeito social de classe média, ele costuma atender principalmente sujeitos da sua mesma classe social. Os conteúdos com os quais costuma lidar são, principalmente, os impasses do desejo que seus pacientes trazem para as sessões. Quando alguma dificuldade econômica se apresenta a esses analisantes, ela costuma ser temporária e quase nunca chega a comprometer o âmbito das necessidades básicas deles e de suas famílias. Já na clínica pública lidamos sobretudo com sujeitos proletários e subproletários que, além dos impasses do desejo, têm que lidar constantemente com situações socioeconômicas precárias, às vezes à beira do insuportável. Somado a isso, vários tipos de violências urbanas comuns aos territórios periféricos se sobrepõem. Em muitos casos podemos até dizer que sequer há um estado pós-traumático, pois prevalece uma repetição cotidiana de eventos violentos. Assim sendo, uma coisa, por exemplo, é lidar com as dificuldades de elaboração de um luto pela morte de um ente querido, outra coisa é ter que processar um luto ao mesmo tempo em que a sobrevivência depende de um subemprego, em trabalhos fisicamente desgastantes, socialmente desvalorizados e economicamente mal pagos, além de muitas vezes acompanhados de humilhações constantes de superiores. Não se trata, obviamente, de desconsiderar os sofrimentos radicais de sujeitos que chegam aos consultórios privados dos psicanalistas, mas de apontar para as sobredeterminações do sofrimento psíquico que recai sobre os sujeitos das classes proletárias. Nesse sentido concordamos com Jorge Alemán (2010) ao afirmar que

[...] quando não há mais esquerda, a psicanálise mesma entra em suas ruminaciones pequeno-burguesas, como por exemplo falar de precariedad simbólica sin analizar ainda que seja um pouco de que precariedad estamos falando. Não digo que o sujeito da forclusão que tem uma grande fortuna não se dê um tiro por um delírio melancólico de ruína [...]. Mas, convenhamos que se alguém vê o exército de fracassados escolares, os excluídos das escolas secundárias, os psicóticos cronificados, volta a constatar o mesmo e mais ainda que nos anos 70, que é no mesmo setor social que se encontram, com alguma exceção ⁴¹ (p. 45).

40 Optamos por destacar o recorte de classe social, sem deixar de lembrar a importância de outras características sociais que venham a ser particularmente marcantes para cada sujeito, como as de gênero ou transgênero, cor de pele, orientação sexual etc.

41 O texto em língua estrangeira é: “[...] cuando no hay más izquierda, el psicoanálisis mismo entra en sus ruminaciones pequeño-burguesas, como por ejemplo hablar de precariedad simbólica, sin analizar aunque sea un instante de qué precariedad hablamos. No digo que el sujeto rechazado que tiene una gran fortuna no se pegue un tiro por un delirio melancólico de ruina [...]. Pero convengamos que si uno ve el ejército de fracasados escolares los desinsertados de las escuelas secundarias, los psicóticos cronificados, vuelve a constatar lo mismo y más aún

Na Saúde e na Saúde Mental no contexto do SUS, como afirmam Costa-Rosa (2013, 2019d) e Figueiredo (2002), lidamos com uma realidade psíquica (*Realität*), com o detalhe de que, enfatiza o primeiro autor, trata-se da realidade psíquica de um corpo situado socioculturalmente. Localizar essa realidade psíquica no “entre social” é fundamental no caso da Atenção pública ao sofrimento psíquico, pois constatamos como essas particularidades aparecem tanto como fatores sobredeterminantes do sofrimento, quanto da evolução desses problemas. Em relação a isso, Freud (1912/2017) fala dos fatores desencadeantes das neuroses e afirma que determinados impasses radicais com que os sujeitos se deparam em suas vidas podem “[...] trazer à luz neuroses que, de outro modo, apesar de toda predisposição, teriam ficado latentes” (p. 78). Sobre o entendimento do processo saúde-adoecimento na perspectiva do Paradigma Psicossocial:

[...] é necessário discriminar fatores que são mais determinantes dos processos de subjetivação, de outros que são mais determinantes no processo de desencadeamento dos problemas. Embora essas duas ordens de fatores estejam estritamente relacionadas, a sua ênfase pode variar conforme as circunstâncias. Por exemplo, hoje em dia são cada vez mais raras as teorias que afirmam que os contextos socioculturais são produtores das psicoses. Entretanto, não há dúvidas sobre a influência dos contextos no seu processo de desencadeamento e, sobretudo, nos processos de sua evolução como problemas. Porém, quando se trata de outros problemas, como por exemplo ‘doença dos nervos’, alcoolismo, drogadições, os determinantes socioculturais parecem fundamentais, tanto como determinantes do processo de subjetivação, quanto nas circunstâncias de desencadeamento e evolução (COSTA-ROSA, 1999, p. 15).

Por fim, ainda sobre a concepção do “objeto” no Paradigma Psicossocial, é preciso enfatizar que tanto o sujeito do inconsciente quanto o sujeito social se opõem ao indivíduo solipsista. Lacan chega a falar em “conhecimento paranoico” para se referir ao eu do indivíduo moderno, que a ideologia liberal define como *self made man*: “evidentemente, é preciso haver um eu forte para ser um bom empregado” (LACAN, 1967/2006, p. 28). Esse indivíduo nascido e cada vez mais cultuado no seio do Modo de Produção Capitalista aparece como negação da capacidade humana de recriar-se no mesmo movimento em que recria coletivamente o mundo ao seu redor, negação das pulsações criativas individuais e coletivas, pois, como diz mais uma vez a poetisa, “meu não-eu é magnífico e me ultrapassa” (LISPECTOR, 1978, p. 33).

Os meios de trabalho no Paradigma Psicossocial precisam ser os mais variados possíveis e em sintonia com o que exige a complexidade do “objeto” com que lidamos em cada situação em particular. De maneira geral, podemos dizer que no Paradigma Psicossocial o principal meio

secundarias, los psicóticos cronicados, vuelve a constatar lo mismo y más aún que en los años ‘70, que es un mismo sector social que en general nutre todo, con alguna excepción”.

de trabalho é o simbólico, acionado por meio da fala dos sujeitos do sofrimento. Esses meios de trabalho, operados por trabalhadores de diversos matizes, superando o modo de organização interprofissional taylorista, terão que se organizar segundo articulações interprofissionais integradas, pois trata-se por meio da “práxis da [...] transdisciplinaridade como estratégias para superar o princípio sujeito-objeto herdado das especialidades, superação já operada pela psicanálise” (COSTA-ROSA, 2013, p. 81). Se no paradigma de tratamento dominante a relação dos meios de trabalho com o objeto é de objetificação, no Paradigma Psicossocial a relação dos meios com os “objetos” deve propiciar processos de subjetivação e singularização.

1.4.2 Parâmetro dois: as formas da organização das relações intra e interinstitucionais

A inclusão desse parâmetro de análise decorre da constatação de que a instituição é um intermediário necessário nos tratamentos em Saúde Mental no campo público. Porém, se a instituição como intermediação é necessária, a forma da intermediação é contingente (COSTA-ROSA, 2011). Isso quer dizer que dependendo da *forma social* como a instituição se organiza, a partir de um dado modo de produção, teremos efeitos produtivos específicos. Na análise paradigmática que estamos utilizando, as formas de intermediação são efeitos de dois modos de produção dialeticamente contraditórios. Para Costa-Rosa (1987, 2013), as formas de organização das relações de produção nas e entre as instituições do Paradigma Psiquiátrico são derivadas do Modo de Produção Capitalista, enquanto as relações no interior do Paradigma Psicossocial almejam o estabelecimento de um Modo de Produção Cooperado. Dentro desse parâmetro, incluímos a caracterização dos fluxos de decisão e execução das atividades, o modo de divisão do trabalho interprofissional e os elementos institucionais determinantes das formas de vínculos com os sujeitos do tratamento e população em geral.

No Paradigma Psiquiátrico os fluxos de decisão e execução são verticais/piramidais. A direção do saber e do poder tem apenas o sentido do ápice em direção à base, de modo que poucos determinam e a maioria obedece. Poder de coordenação e poder decisório (relacionado ao Saber) estão amalgamados. “Geralmente o fundamento das posições de mando é referido a atributos de competência técnica, setorial ou pessoal, na realidade argumentos velados para disputas corporativas” (COSTA-ROSA, 2000, p. 158). A institucionalização dessas formas verticalizadas de relações disciplinares de saber-poder nas e entre as instituições tendem a ser transladadas para as relações terapêuticas entre os agentes institucionais e os pacientes. Nessas

formas de relacionamento, impera os espaços interditados aos sujeitos do tratamento e à população em geral no que diz respeito às decisões e à gestão dos estabelecimentos de Saúde e Saúde Mental.

Em relação ao modo de divisão do trabalho interprofissional, mesmo quando a multidisciplinaridade já se estabeleceu, ela se estrutura segundo a forma fragmentada do modo taylorista ou linha de montagem (COSTA-ROSA, 1987). Entre os trabalhadores, o saber médico se coloca no topo hierárquico da equipe ditando o que será executado. Nesse paradigma, o médico psiquiatra costuma ocupar o lugar do trabalho decisório e do trabalho intelectual como dirigente, ficando a cargo dos outros profissionais apenas o “trabalho braçal” (como sinônimo de subordinado executor). Mesmo quando isso não ocorre pela via direta dos médicos, costuma se dar pela inércia do instituído que tem o *discurso médico* presentificado nas várias especialidades do campo da Saúde. As outras especialidades, cujos agentes são muitas vezes referidos como paramédicos, são consideradas saberes acessórios. Tal como na produção comum de mercadorias, os agentes desse paradigma de tratamento não alcançam a compreensão integral daquilo com que lidam e do processo de produção da Atenção no qual estão inseridos. O próprio processo de trabalho em Saúde e Saúde Mental são potencialmente adoecedores e alienantes, consequência imediata da fragmentação do trabalho e da perda do saber e do poder sobre as atividades laborais. O paciente é colocado em uma espécie de linha de montagem, onde vai recebendo ações fragmentadas de vários profissionais. Não só a maioria dos trabalhadores de Saúde e Saúde Mental, mas também os sujeitos do sofrimento e a população em geral são excluídos de qualquer participação que não seja a de objeto de um Saber-Poder disciplinar. A subjetividade produzida nesse paradigma, tanto entre os trabalhadores de Saúde Mental quanto nos sujeitos atendidos, tende a ser a de tipo alienada ou serializada.

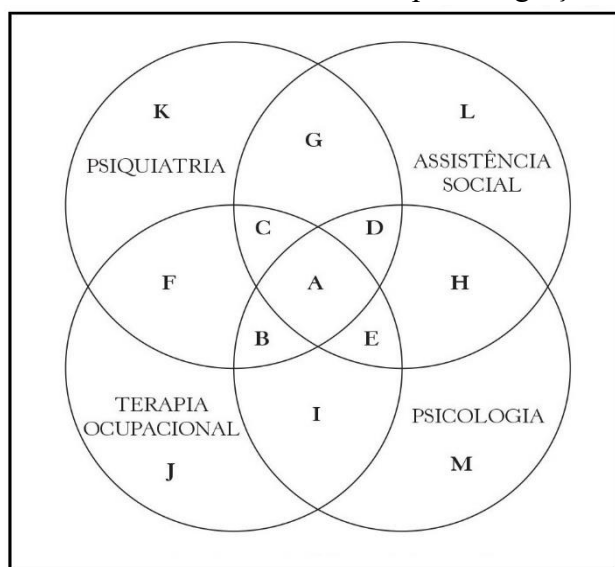
No Paradigma Psicossocial as instituições devem estabelecer a horizontalização e a transversalização das relações de saber e poder entre os trabalhadores, e entre esses e os sujeitos do sofrimento e a população em geral. Nesse paradigma, poder de coordenação e poder decisório não são fundidos. Inspirados por referenciais teórico-práticos transdisciplinares, visa-se à participação dos trabalhadores de Saúde Mental e da população no poder decisório. Os meios para isso são os espaços de interlocução em Reuniões de Equipes de Trabalhadores de Saúde Mental, Assembleias de “Usuários” e Familiares, e Organizações e Fóruns de Trabalhadores de Saúde Mental, onde o poder decisório seja igualitariamente distribuído. Em relação a esse aspecto, destaca-se o grande passo dado pela Oitava Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), marco histórico da Reforma Sanitária brasileira, a primeira a efetivar a participação popular. A partir dela, foi instituída a descentralização político-administrativa da

Saúde, deslocando para os municípios o compromisso de cogerir seus recursos e demandas junto com trabalhadores de Saúde e população por meio dos Conselhos de Saúde, tanto a nível macro (Secretarias de Saúde estaduais e municipais) quanto no nível micro dos estabelecimentos de Saúde⁴². Em relação ao poder de coordenação, este é operado por representatividade, sempre no intuito de colocar em prática o que foi anteriormente decidido coletivamente:

Com a distinção entre ‘poder decisório’, de natureza política, portanto compartilhável igualmente entre todos os participantes da instituição [incluindo “usuários” e população em geral]; e ‘poder de coordenação’, de natureza técnica, portanto delegável pelo ‘coletivo decisório’ com base em competências de saber; deixamos o campo aberto para a possibilidade de superação da divisão entre trabalho intelectual ou decisório e trabalho braçal ou executor. A partir dessa distinção se dificultam as manipulações ideológicas que tomam o trabalho intelectual como sinônimo de decisório e o trabalho braçal como sinônimo de subordinado e simples executor. Fica claro que todo o braçal supõe um intelectual (não como decisório, mas como práxis de elaboração teórica) e todo o intelectual supõe um executor (como práxis prática) (COSTA-ROSA, 2013, p. 144).

O modo de divisão do trabalho interprofissional no Paradigma Psicossocial não pode se contentar com a multidisciplinaridade. Precisa alcançar a transdisciplinaridade, que se estrutura segundo o que Costa-Rosa definiu como “modo integração em profundidade” (Figura 4).

Figura 4 – Representação das inter-relações entre quatro especialidades profissionais na modalidade de divisão do trabalho do tipo “integração em profundidade”.



Fonte: COSTA-ROSA, 2013.

⁴² É importante notar o quanto esses dispositivos democratizantes, conquistados a duras penas por variados movimentos sociais, são insuficientemente ocupados devido à incidência da ideologia capitalista que despolitiza os sujeitos.

Nessa forma de relacionamento interprofissional temos as atividades mais restritas a cada especialidade (áreas J, K, L e M) e outras realizadas em conjunto (demais áreas). Um exemplo hipotético, entre outros possíveis, seria o de uma situação clínica que demandasse o trabalho conjunto de um psicólogo e um terapeuta ocupacional (intersecção I). Poderia ser o caso do tratamento de sujeitos com impasses relativos ao que a psicanálise define como esquizofrenia. Após discussão coletiva na equipe transdisciplinar (discussão que sempre pode ser retomada), a partir da proposta da “construção do caso clínico”, seria traçado seu “projeto terapêutico singular”, ou seja, uma proposta de “direção do tratamento” partilhada no coletivo de trabalhadores. Partilhando da lógica dos processos de subjetivação, seus impasses e possíveis equacionamentos, o psicólogo e o terapeuta ocupacional instrumentariam possibilidades de reconstrução subjetiva pelo delírio, não sem – como demandam esses casos – a intermediação do manuseio artístico material. Nessa situação clínica poderia ser de suma importância a ação de um psiquiatra psicossocial (o que nos levaria à intersecção B) diante de eventuais necessidades do uso da medicação como dispositivo de maximização da fala do sujeito quando em momentos de angústia paroxística ou de paralisações extremas. O ponto máximo da transdisciplinaridade, nesse exemplo, seria produzido caso fossem necessárias ações do assistente social (intersecção A). Outras atuações conjuntas podem se dar nos dispositivos de ambiência e oficinas de Saúde Mental, nos grupos de recepção, em outros tipos de interconsultas etc. Por fim, é importante dizer que a forma e a proporção da junção das várias especialidades serão sempre condicionadas pelas exigências das demandas de tratamento em questão, em cada caso específico⁴³.

Nesse paradigma de tratamento a forma como as instituições devem se organizar contribui para a produção de subjetividades singularizadas tanto entre os trabalhadores de Saúde Mental quanto nos sujeitos do tratamento. As transformações em relação à distribuição do saber e do poder tornam-se fundamentais no que tange à revolução paradigmática nos campos da Saúde e da Saúde Mental, na medida em que partimos de um pressuposto básico da Reforma Sanitária brasileira segundo o qual a concepção de saúde-adoecimento inclui a própria luta política (não só pelo direito à Saúde) como um dos fatores da produção de saúde e subjetividade (BRASIL, 1986).

⁴³ Para mais detalhes sobre esse importante assunto, conferir a discussão feita por Costa-Rosa (2013) no ensaio “Interprofissionalidade, disciplinas, transdisciplinaridade: modos da divisão do trabalho nas práticas da Atenção Psicossocial”.

1.4.3 Parâmetro três: as formas do relacionamento transferencial com os sujeitos do sofrimento, a população em geral e o Território. E a recíproca.

A produção não produz, pois, unicamente o objeto do consumo, mas também o modo de consumo, ou seja, não só objetiva, como subjetivamente. Logo, a produção cria o consumidor (MARX, 1859/1974, p. 9).

Esse parâmetro remete às diferentes possibilidades de laços transferenciais entre a instituição e os sujeitos do sofrimento, a população em geral e o Território⁴⁴. Diz respeito às modalidades de ofertas transferenciais operáveis pelos agentes de uma instituição de Saúde ou de Saúde Mental. Consideramos também a recíproca: como os sujeitos do sofrimento e a população em geral percebem e se relacionam com as instituições de Saúde e seus agentes. “A inclusão desse parâmetro tem relação direta com o tema da escuta clínica e, especificamente, com o da transferência, requisito fundamental dos tratamentos psíquicos em Saúde Coletiva” (COSTA-ROSA, 1999, p. 17).

Partimos da hipótese marxiana e freudiana de que o tipo de oferta (de transferência) delimita as formas iniciais das demandas de tratamento. Nesse parâmetro está em questão o modo como a instituição e seus agentes se apresentam e se situam no imaginário, no simbólico e no Território: a) com que significantes se apresenta do ponto de vista do imaginário social; b) até que ponto seus recursos, em termos amplos, mantêm alguma possibilidade de cumprir suas promessas, isto é, de *sustentar uma práxis* e dar vazão às pulsações da Demanda Social (simbólico); e c) como operam as ações de Atenção no espaço geográfico (Território).

Se no Paradigma Psiquiátrico a *concepção do “objeto”* é pautada pelo princípio doença-cura, a forma de relação com os sujeitos do sofrimento e a população em geral só poderá ser de tipo disciplinar, em suas várias versões: *entre loucos e sãos*, carentes e supridores, ignorantes e sabedores, impotentes e poderosos etc. A produção de subjetividade nesse paradigma de tratamento reproduz as relações intersubjetivas verticais que são típicas do Modo de Produção Capitalista. Do ponto de vista do imaginário dos sujeitos do sofrimento e da população em geral, as instituições desse paradigma são vistas como lugares de depósito daqueles que serão tratados como desviantes e problemáticos. Das instituições se espera que os sujeitos-problemas sejam restabelecidos segundo a forma como eram antes de tornarem-se um problema familiar e/ou social. No que diz respeito à especificidade mais diretamente clínica das problemáticas, as

⁴⁴ Sobre o conceito de Território, ler a nota número 2 na página 124 desta tese.

ações dos profissionais para com os sujeitos do sofrimento e a população em geral não passam do estágio inicial de transferência (imaginária), ou seja: os agentes-trabalhadores desse paradigma se identificam com o lugar de suposição de saber e de poder no qual os sujeitos do sofrimento e a população em geral os colocam. Pelo fato de as ações de Atenção serem de tipo disciplinar, nesse paradigma os trabalhadores de Saúde Mental respondem diretamente às demandas subjetivas e às encomendas a eles dirigidas. No Paradigma Psiquiátrico, a forma de atuação no Território, quando há, dá-se por meio da estratificação da Atenção por níveis: primária, secundária e terciária. Essa divisão por níveis é um resquício histórico da primeira experiência de Reforma Psiquiátrica brasileira, inspirada na Psiquiatria Preventiva Comunitária estadunidense, que, após o surgimento do Centro de Atenção Psicossocial, foi delegando a ele o lugar secundário e mantendo o Hospital Psiquiátrico como terceiro nível de Atenção.

Por outro lado, como no Paradigma Psicossocial a *concepção do “objeto”* é construída a partir do princípio dos processos de subjetivação singularizantes, a forma de relação com os sujeitos do sofrimento, a população em geral e com o Território só poderá ser de tipo transdisciplinar, de “interlocução”, de “intercessão”. A produção de subjetividade neste paradigma de tratamento se contrapõe às relações intersubjetivas verticais que são típicas do Modo de Produção Capitalista. É somente com essa forma de relacionamento, operada por meio de uma *escuta analítica*, que o sujeito do sofrimento poderá trabalhar a partir da sua própria fala. Diferentemente do Paradigma Psiquiátrico, que opera a partir da reposição imediata de suprimentos (medicamentosos, de saber-poder etc.) inicialmente demandados, com a escuta analítica buscamos o reposicionamento subjetivo e sociocultural do sujeito do sofrimento. Para isso, a instituição e seus agentes “devem apresentar-se e funcionar como espaço de interlocução e instância de ‘suposto-saber’; sustentar desde o primeiro encontro [...] a oferta de um tipo de possibilidade transferencial compatível com a ética da singularização” (COSTA-ROSA, 2000, p. 162). Neste paradigma, trabalhamos com a necessária *redução da faixa do tratável* (Ibidem), quer dizer, redirecionamos a outros *lócus* de ações quando se tratar de problemáticas que transcendam o âmbito da Saúde Mental. Dito de outra forma, não respondemos diretamente às demandas subjetivas e às encomendas sociais que nelas se expressam, almejando com isso operar como caixas de ressonância das variadas pulsações da Demanda Social que sobredeterminam (ou, em alguns casos, que determinam diretamente) os sintomas e demais sofrimentos com que os sujeitos chegam até nós. Isso implica a integralidade e a territorialização das ações de Atenção, superando a estratificação por níveis e imprimindo uma perspectiva a partir da qual as instituições se colocam como focos onde se entrecruzam as

diferentes linhas de ações já presentes no Território. As instituições não são lugares de depósito, pois, neste paradigma de tratamento, elas passam a ser consideradas lugares de passagem⁴⁵.

1.4.4 Parâmetro quatro: as concepções dos efeitos das práticas em termos terapêuticos e ético-políticos

A divisão do trabalho na ciência disciplinar espelha a divisão do trabalho na produção em geral. Na ascensão do Modo de Produção Capitalista, ao passo que os trabalhadores foram sendo despojados do saber e do sentido social sobre seu fazer laboral, o cientista especializado também foi se produzindo. Com essa cisão disciplinar entre fazer e saber, tanto os trabalhadores quanto os cientistas foram perdendo a conexão e o interesse sobre os fins éticos e políticos dos resultados das suas ações. Daí a multiplicação dos comitês de ética (COSTA-ROSA, 2013). Desse modo, se quisermos sustentar uma práxis (transdisciplinaridade) precisaremos começar por situar as perspectivas éticas das práticas de Saúde Mental considerando os efeitos políticos dos tratamentos, isto é, segundo os fins socioculturais para os quais esses efeitos convergem.

Quanto a esse parâmetro da análise paradigmática, situaremos dois tipos de éticas dialeticamente contraditórias entre si, encontradas no campo da Saúde Mental: a ética da adaptação norteadora do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, pautada nos especialismos disciplinares; e a ética da singularização respectiva ao Paradigma Psicossocial, referenciada no saber-fazer do materialismo histórico – norteador dos princípios e diretrizes do nosso Sistema Único de Saúde – e na concepção psicanalítica de sujeito. Enquanto a ética da adaptação é de tipo disciplinar e, logo, no máximo conservadora, a ética da singularização estabelece a transdisciplinaridade necessária à sustentação de uma práxis transformadora dos sujeitos e dos coletivos. A ética da adaptação, por tomar os sujeitos como objeto, também pode ser nomeada como “ética do cuidado”, e a ética da singularidade, por visar ao protagonismo dos sujeitos do sofrimento, será ainda chamada de “ética do cuidar-se”. Veremos que para o horizonte do Paradigma Psicossocial se faz necessário pautar-nos numa ética não deontológica⁴⁶.

⁴⁵ Para um estudo mais amplo desse parâmetro fundamental da nossa análise paradigmática, ver o ensaio “A Estratégia Atenção Psicossocial: novas contribuições”, no livro de Costa-Rosa (2013).

⁴⁶ A deontologia diz respeito a um conjunto de normas que, de maneira universal, regem as condutas de um grupo profissional específico, como os Códigos de Ética das profissões liberais de médicos, psicólogos etc.

1.4.4.1 As éticas do cuidado do Paradigma Psiquiátrico

Antes de discorrer sobre a ética da singularidade que convém ao Paradigma Psicossocial, retomarei criticamente, como pré-texto, um trabalho de Jurandir Freire Costa (1996) que situa as diversas éticas da psiquiatria. Essas vão desde a vertente mais asilar do Paradigma Psiquiátrico, chamada de ética da tutela manicomial, até as várias éticas da psiquiatria reformada, quais sejam: a ética da interlocução, a ética da ação social e um desdobramento desta última, chamada de ética do cuidado-compaixão. Todas englobáveis na locução “éticas do cuidado”, já que, umas mais, outras menos, permanecem no domínio disciplinar.

Costa (1996) começa descrevendo a *ética da tutela*, que parte de uma concepção do sujeito do sofrimento como sem razão e, assim, passível de ser destituído de vontade própria; por isso a justificativa para as ações de interdição judicial. “Esta ética da tutela objetiva o sujeito, ou na sua realidade biológica, ou enquanto abstração jurídica” (Ibidem, p. 20). Na contramão da “razão crítica”, por ser fundada na “razão instrumental” e na concepção de causalidade fisiológica do sofrimento, a ética da tutela estabelece os trabalhadores de Saúde Mental exclusivamente no lugar do trabalho do processo de produção da Atenção, como detentores últimos dos meios para sanar os problemas dos sujeitos do sofrimento que são colocados na posição de carentes de quaisquer meios de produção de suas próprias possibilidades de subjetivação.

Em seguida, Costa descreve a *ética da interlocução*, também chamada de ética da moral privada. Notamos que ela convive relativamente bem com a ética da tutela, por estruturalmente não contradizê-la, quanto por ser usada de forma suplementar. Sob certos aspectos superficiais, difere da ética da tutela por passar a considerar o sujeito como dotado de razão e vontade próprias. A partir disso, passa-se a ver no sujeito do sofrimento uma espécie de protagonismo possível, contudo, restrito ao plano da consciência e do indivíduo, o que dá base para o tipo de ações terapêuticas orientadas por essa ética.

Por focar na visão liberal de indivíduo *self made man*, indivíduo competente, as práticas orientadas por essa ética ficam impossibilitadas de acessar o plano das contradições sociais amplas, contradições que os parâmetros do Paradigma Psicossocial apontam como determinantes (ou ao menos sobredeterminantes) dos impasses psíquicos dos sujeitos que nos demandam ajuda nos Estabelecimentos de Saúde. Também se coloca anos-luz da complexidade da concepção de subjetividade e da subjetivação que a psicanálise descortina. Basicamente, é a

ética sob a qual opera toda a psicologia disciplinar hegemônica, de cuja crítica Althusser, Foucault e Lacan já se ocuparam expressivamente. Entre as psicoterapias e demais práticas terapêuticas realizadas sob o enfoque da ética da interlocução, podemos incluir a vertente “psicanalítica” assepsiada pela ideologia dominante (dita psicologia do ego), as de origem cognitivo-comportamental, as de esteio humanista e toda uma diversidade de práticas terapêuticas igualmente centradas na consciência.

A terceira ética da psiquiatria, visualizada por Costa (1996), é a *ética da ação social*, também referida como ética pública, que tenta se contrapor à ética da moral privada que acabamos de descrever. Pode-se dizer que as Reformas Psiquiátricas antimanicomiais se iniciam com ela. Entre, nessa tentativa de contraposição, mesmo que já signifique uma ampliação do escopo de análise e atuação dos trabalhadores de Saúde Mental, muitas vezes a clínica é negada em prol de ações que visam à inclusão dos sujeitos do sofrimento, desprovidos dos seus direitos sociais, na comunidade e na família, elidindo que é na “comunidade de consumidores”. Nova lógica manicomial: excluir pela inclusão ou incluir excluindo (COSTA-ROSA, 2013). Retomarei esse ponto abaixo.

Recorrendo às críticas de Lacan (1962-63/2005), Costa-Rosa (2011) situou no campo da Saúde Mental a existência da *ética do cuidado-compaixão*, embasada na empatia, como um desdobramento da ética da ação social. Localizou na ética do cuidado-compaixão uma apropriação indevida do conceito heideggeriano de “cuidar-se” (*Sorge*), que passa a ser traduzido por “cuidar de”, espécie de assepsia cristianizadora das teorizações desse filósofo. O autor cita o trabalho de Ferreira (2000) como exemplo emblemático da perspectiva ética do cuidado-compaixão.

Por fim, após apresentar essas possibilidades de éticas para o campo da Saúde Mental, Costa (1996) propõe que as três éticas supracitadas poderiam ser mantidas e usadas pragmaticamente, segundo a necessidade de cada situação em particular, bastando apenas a precaução em evitar ações que nos fariam escorregar para a crueldade: “e qual seria essa ética mais geral, que eu chamaria ética dos cuidados?”. É aquela que tem como limite “[...] a crueldade, aquilo que de pior podemos fazer aos outros” (p. 32). É exatamente essa sugestão que leva Ferreira (2000) a formular a ética do cuidado-compaixão. E é nesse ponto que nos desligamos das proposições de Costa. É nesse ponto também que Rinaldi (2002, 2005) indica como essa vertente da Reforma Psiquiátrica brasileira recai, sobremaneira, nas mesmas práticas excludentes que se propõe combater.

Segundo Rinaldi, tal vertente costuma orientar-se apenas a partir da Psiquiatria Democrática italiana encabeçada por Franco Basaglia (FLEMING, 1976), movimento histórico

frequentemente mal compreendido. Junto à negação da ética da tutela e da sua clínica asilar, muitos trabalhadores de Saúde Mental acabam por desvalorizar a dimensão propriamente clínica do tratamento. Nesse afã, a clínica da singularização que a psicanálise pode sustentar *junto a outras práticas de mesmo estatuto ético-político* é indevidamente colocada no balaio das práticas asilares.

No entanto, é fato que a experiência de Reforma Psiquiátrica em nosso país não se constituiu monoliticamente, considerando que também recebeu influências de outras experiências internacionais, como é o caso da Psicoterapia Institucional (COSTA-ROSA, 2013; TENÓRIO, 2001; RINALDI; LIMA, 2006). Trata-se de uma experiência de Reforma iniciada na França, de dupla inspiração teórico-discursiva: uma de especificidade psicanalítica e parcialmente marxista, imprimida por Jean Oury (2009), um importante continuador de Jacques Lacan, e uma de inspiração esquizoanalítica, inicialmente fomentada por Félix Guattari (1974/2004)⁴⁷.

É pela via aberta por Oury que muitos trabalhadores de Saúde Mental travam embates com aqueles que, prescindindo da psicanálise, restringem as práticas de Saúde Mental à reinserção dos sujeitos do tratamento na sociedade. Mas, justiça seja feita à gigantesca contribuição da Psiquiatria Democrática de Basaglia ao campo da Saúde Mental, em relação ao destaque que esse autor, arguto leitor de Marx, sempre deu ao necessário protagonismo dos sujeitos do tratamento. *Quando a psicanálise é bem exercida*, como afirma Costa-Rosa (2011), “o princípio freudiano do protagonismo do sujeito inclui os aspectos do protagonismo social e coletivo, mas vai além, pondo em destaque um aspecto fundamental do sujeito no sentido psicanalítico, que é o saber inconsciente” (p. 751).

A principal crítica dialética de Rinaldi e Costa-Rosa à perspectiva da ética da ação social, que culmina na negação da *clínica do sujeito* e na bandeira de inclusão dos excluídos, aponta para o risco desse horizonte ético e político recair em dois grandes problemas, o primeiro apontado a partir da psicanálise e o segundo pelo materialismo histórico: 1) na impossibilidade de apreender o que está em jogo em toda demanda de ajuda, como detalharemos abaixo, as ações de Saúde Mental podem se reduzir a práticas pautadas na identificação compassiva com o sofrimento do outro, desembocando, inadvertidamente, na imposição de modos de gozo e ideais que não seriam os dos sujeitos do tratamento, mas sim os dos trabalhadores de Saúde Mental; e 2) sob a ideia de “sujeito de direitos” *como fim e não como meio*, o risco de cair na

⁴⁷ Essas duas vertentes da Psicoterapia Institucional conviveram no contexto francês e, atualmente, ainda convivem também em vários cantos do mundo, ora aproximando-se em alguns pontos, ora repelindo-se mutuamente.

lógica liberal da inclusão na sociabilidade capitalística, o que só podemos definir como “inclusão excludente”, por entendermos que por trás dos Direitos Universais do Homem se esconde – velado pela ideologia jurídica – a forma social que sustenta a própria exploração capitalista (MASCARO, 2018; PACHUKANIS, 1924/2017; ZIZEK, 1996).

Passemos agora à descrição da ética que convém ao Paradigma Psicossocial, aquela que, como propõe Costa-Rosa (2011, 2013), tem como base duas éticas homólogas: a ética do desejo, explicitada pela psicanálise, e a ética do carecimento, constituída pelo materialismo histórico.

1.4.4.2 Crítica da ética do cuidado: a ética do desejo e a não-resposta do analista

Ao longo de sua obra, Lacan (1953-54/2009a, 1959-60/2008a) se posicionou firmemente contra os ideais analíticos instituídos pela *Internation Psychoanalytical Association* (IPA) da qual foi integrante até 1963, posicionamento, entre outros, que lhe custou a expulsão dessa associação. Dentre esses ideais merecem destaque as concepções de “amor genital” e de “identificação com o analista” como metas finais de uma análise. Para Lacan, os analistas da IPA teriam reduzido a psicanálise a uma teoria desenvolvimentista e deontológica. Foi para ele o efeito de uma psicologização que, após a morte de Freud, soçobrou pouco a pouco o edifício psicanalítico, o que Althusser (1964/1984a) chamou de revisionismo da psicanálise pela ideologia liberal/capitalista. Estabeleceu-se uma forma de conceber a finalidade do tratamento regida por uma moral, avessa, portanto, à ética psicanalítica.

No campo da moral, a relação do homem com sua ação segue um ideal de conduta que visa a um bem que é medido por esse ideal. No entanto, a crítica de Lacan segue o pressuposto de que o ideal moralista vislumbra uma universalidade imaginária, enquanto o desejo, que deve sempre estar no horizonte ético-político da psicanálise, só pode ser considerado na particularidade de cada sujeito. De acordo com Lacan (1959-60/2008a), a única universalidade que podemos atribuir à ética psicanalítica é o fato de que há em cada sujeito uma particularidade. É somente a partir do entendimento de que “o sujeito está realmente ali, no âmago da diferença” (LACAN, 1966/1998b, p. 871), que podemos afirmar que “esse desejo que não se submete à normalização não tem o caráter de uma lei universal” (RINALDI, 1996, p. 68).

Lembrando que uma análise é uma experiência dialética (LACAN, 1951/1998g), podemos dizer que a única coisa que é universal entre os seres humanos é o fato de haver a

particularidade de cada um, uma particularidade em processo ininterrupto de confrontação com as dimensões instituídas da experiência humana (*universalidade*) pode sempre expressar uma diferença radical (*singularidade*). Assim, ao nos pautarmos na diferença que constitui o desejo de *cada um*, podemos afirmar que a psicanálise se opõe a qualquer forma de universalização moral (RINALDI, 1996, p. 67). E como situamos a ética do desejo singularizado?

Para a psicanálise, do ponto de vista estrutural, buscar o bem ou o mal pode ter os mesmos efeitos. Por causa disso, ela não toma esses adjetivos como parâmetros para definir a ética que orienta seus fins. Também nisso notamos a homologia ética e política com o materialismo histórico⁴⁸. Para poder demonstrar a hipótese de que as pretensões de fazer o bem ao outro podem desaguar no pior, Lacan (1959-60/2008a) resgata no “Projeto para uma psicologia científica” de Freud (1895/1995) a noção de *das Ding* (a Coisa).

A Coisa é o que do real padece do significante. Na metapsicologia lacaniana, seria a face real do objeto *a*, sempre parcialmente recobrida/mediatizada pelas faces imaginária e simbólica. É o que, ao longo do processo de constituição estrutural do sujeito, é incluído fora da estrutura, mas permanece em uma relação intrínseca com ela. Em outros termos, é aquilo que passa a ter relação de *extimidade* – neologismo cunhado por Lacan para falar dessa inclusão fora – em relação à estrutura do aparelho psíquico. Dessa forma, “a Coisa está no centro do psiquismo e lhe é exterior, como primeiro estranho em relação ao qual o sujeito constitui o seu caminho desejante” (RINALDI, 1996, p. 72). Isso porque Ela, a despeito de nunca ter concretamente existido, deixa como marcas no psiquismo as suas “coordenadas de prazer”. Ou seja, apesar de ter que ser mantida à distância, “distância íntima” (LACAN, 1959-60/2008a, p. 91), a *maneira particular* como a Coisa foi subjetivada “provoca uma poderosa impressão e determina o caminho de desejo do sujeito” (RINALDI, 2011, p. 2). Vejamos isso mais de perto.

O desejo de cada sujeito advém da forma particular como cada um conseguiu subjetivar o real da Coisa, esse objeto primordial perdido e jamais reencontrado a não ser parcialmente em seus traços marcantes. A subjetivação da Coisa – como ponto mais enigmático do desejo do Outro – poderá se abrir para o mais singular no processo produção do sujeito (via privilegiada pela psicanálise), quanto levar ao acirramento da fúria superegoica (deflagrando impasses nesse processo). Esta fúria costuma se expressar no aumento das intolerâncias às diferenças, tão

⁴⁸ Pois, “a partir do momento em que o processo do movimento dialético se reduz ao simples procedimento de opor o bem ao mal, de colocar problemas destinados à eliminação do mal e de apresentar uma categoria como antídoto da outra, a partir deste momento as categorias perdem sua espontaneidade: a ideia [...] já não tem mais vida em si mesmo. [...] A dialética não é mais o movimento da razão absoluta. Não há mais dialética; há, no máximo, a moral pura” (MARX, 1847/1985, p. 110).

presentes no momento atual, com destaque para aquelas dirigidas ao racismo, à xenofobia e às sexualidades ditas desviantes⁴⁹.

A tese de Lacan (1959-60/2008a), inspirada no texto freudiano, é a de que o imperativo da lei moral é efeito da presença invasiva do real (da Coisa) no aparelho psíquico. Em suas palavras, “a lei moral, o mandamento moral, [...] é aquilo por meio do qual, em nossa atividade enquanto estruturada pelo simbólico, se presentifica o real” (LACAN, 1959-60/2008a, p. 30). Alguns anos antes, Lacan (1953-54/2009a) havia afirmado que, junto com o amor e a ignorância, o ódio é uma das três paixões do ser, definindo-o como a invasão do real no imaginário devido a um rebaixamento da potência dialetizante do simbólico. Para melhor situar a questão da ética, Lacan propõe ainda a crítica da ética do Bem Supremo aristotélico.

Aristóteles aborda o ser humano pelo caminho da virtude. A causa do “agir virtuoso” é o desejo do “bem”. Então, a ética para Aristóteles está referida a uma ordem que visa à justiça e à felicidade, sendo esta definida como o Supremo Bem do homem. Recuperando o que afirmamos acima, na via oposta, para Freud não há um Bem Supremo a ser recuperado, já que o objeto originário, *das Ding*, jamais tido senão imaginariamente, é desde sempre perdido. Desse objeto ficam apenas os traços que – como as migalhas de pão em “João e Maria”, do conto dos irmãos Grimm – são os rastros por onde o desejo circulará no desdobramento das experiências cotidianas dos sujeitos, mas também em uma análise⁵⁰. Como afirma Rinaldi (2000), “se é no próximo que o homem busca sua via de satisfação, é aí mesmo que não encontra o que busca. Ele apenas encontra seus rastros, o que o faz retomar” (p. 89). Por isso, o risco de qualquer tratamento que almeje *cuidar do* outro é o de querer dar a ele isso que não se tem, por nunca ter existido, implicando sempre um (des)encontro maléfico entre o pretendo cuidador e aquele que é colocado no *lugar de objeto* do cuidado. Dar o que nunca existiu, o que não se tem, é impossível, sendo a psicanálise uma prática que parte da subjetivação do impossível amoroso.

Resultado de uma “razão correta” (*orthos logos*), a “tolice” da ética aristotélica é responder a um sujeito em busca da felicidade do Bem Supremo. Diferentemente, retomando “O mal-estar na Cultura” de Freud (1930/2010e), Lacan reafirma que a psicanálise, ao mesmo

⁴⁹ Esse aspecto nos coloca diante de um paradoxo atualmente exacerbado. Por um lado, há uma crítica feita por psicanalistas a vários movimentos sociais – em que se agrupam sujeitos que são alvos dessas intolerâncias – argumentando que neles haveria uma tendência à formação de grupo-massa, ao se fixarem nessas próprias insígnias ditas identitárias. Por outro lado, sem mudanças sociais estruturais, parece que essa é uma importante forma de se fortalecerem e de combaterem essas mesmas intolerâncias a eles dirigidas.

⁵⁰ Na análise, “há um saber que se extrai [...] do tropeço, do ato falho, do sonho, do trabalho do analisando que resulta esse saber. Esse saber, este não é suposto: ele é saber, saber caduco, migalha de saber, *submigalha* de saber” (LACAN, 1971-72/2012, p. 76, grifo do autor).

tempo que desvela o real da castração, possibilita que cada um, ao seu modo singular, descubra as alternativas capazes de construir as possíveis e sempre provisórias porções de felicidade. Trata-se do reposicionamento de cada sujeito frente à incompletude de si e do Outro, ambas correlatas, reposicionamento que advém desta destituição subjetiva. Cabe ao analista conduzir o tratamento, e não o sujeito, para que este possa ir da passividade da demanda de Felicidade ao (cri)ativo⁵¹ desejo de saber, que é o saber sobre o seu próprio desejo, seu próprio “cuidar-se”. Daí que “a ética da psicanálise dirige-se ao sujeito em sua diferença radical para que ele mesmo trace o caminho possível para a sustentação de seu desejo” (RINALDI; LIMA, 2006, p. 59). É a ética do bem-dizer, que não é a do dizer bonito, mas a cura pela fala que causa a diferença que o sujeito pode produzir a partir da posição de trabalho, oposta ao que Lacan definiu como ética capitalista dos serviços dos bens de consumo que objetaliza os sujeitos, afogando-os de mercadorias.

O trabalho que almeja garantir o bem do sujeito, típico às psicoterapias da consciência e demais terapêuticas pautadas no discurso do mestre – base da ética adaptacionista dos cuidados – é uma espécie de manipulação. Lacan (1970) afirma que “a psicoterapia é uma manipulação bem-sucedida, enquanto a psicanálise é uma operação em sua essência destinada ao fracasso. É isso que constitui o seu sucesso”⁵² (p. 166, tradução nossa). A psicanálise, horizonte do Paradigma Psicossocial, se coloca fora da “falcatura benéfica do querer-o-bem-do-sujeito” (LACAN, 1959-60/2008a, p. 262). Não é demais dizermos que se não há Bem Supremo é porque a Coisa gozosa, que beneficiaria completamente o sujeito, existe apenas no imaginário.

Isso nos leva a outra maneira de formular a ética da psicanálise: uma ética da castração simbólica. Assim, o horizonte de um sujeito em análise aponta para a castração simbólica capaz de barrar tanto quanto possível o gozo angustiante. E quanto ao gozo, ou se aceita sua perda ...ou pior (LACAN, 1971-72/2012). A castração simbólica (de)limita o gozo da angústia. E, para a psicanálise, colocar limite ao gozo é a função do desejo como aquilo que o parcializa. No entanto, essa questão do limite ao gozo, que retomarei detalhadamente à frente, se complexifica enormemente quando se trata da Atenção pública ao sofrimento, que trata principalmente de sujeitos proletarizados que na maior parte das vezes vivem às voltas com a pauperização econômica imprimida pelo Modo de Produção Capitalista, situação que muitas vezes os arremessa na angústia.

⁵¹ “[...] e o que é vida senão atividade?” (MARX, 1844/1999, p. 26).

⁵² O texto em língua estrangeira é: “c’est qu’une psychothérapie est un tripotage réussi, au lieu que la psychanalyse, c’est une opération dans son essence vouée au ratage. Et c’est ça qui est sa réussite”.

Para operarmos a partir da ética da psicanálise, ética do bem-dizer o desejo, ética do “cuidar-se”, em contraponto às éticas disciplinares do cuidado que estão a serviço dos bens de consumo, será preciso que reconheçamos o lugar transferencial em que somos inicialmente colocados por aqueles que nos demandam tratamento. Se Freud (1895/1995, p. 431) conclui que o desamparo inicial dos seres humanos é a fonte originária dos motivos morais, não é por menos que a psicanálise nos mostra, sobretudo nas instituições públicas de Saúde Coletiva, que quanto mais dilacerados pela angústia maior é a tendência dos sujeitos do sofrimento a nos colocarem no lugar transferencial de quem detém o saber e o poder sobre eles. Então, ao ser colocado pelos sujeitos que se queixam no lugar do mestre supridor, é necessário que o trabalhador de Saúde Mental seja capaz de entender que a suposição de poder-saber a ele dirigida é consequência da posição de alienação daqueles que sofrem. Segundo Costa-Rosa (2011), reconhecer esse “equívoco” é a condição necessária para a realização dos remanejamentos transferenciais que devolverão aos próprios sujeitos do sofrimento o protagonismo no processo do “curar-se” e, conseqüentemente, no reposicionamento frente aos conflitos e contradições de que vieram se queixar.

O trabalhador de Saúde Mental orientado pela ética da Atenção Psicossocial precisa fazer o tratamento operar *por meio* dessa demanda do sujeito e não respondendo *desse lugar* em que é transferencialmente investido, pois se ele inicialmente opera por meio do lugar do Outro é para, paulatinamente, destituí-lo. Como o seu horizonte ético é a singularização do sujeito que a ele se queixa, suas ações precisam visar à liquidação da transferência, que promove a destituição do saber-poder disciplinar depositada no Outro, destituição necessária a qualquer experiência de emancipação, sempre relativa (SAFATLE, 2020). Ao mesmo tempo em que o trabalhador-intercessor não responde do lugar de Saber-Poder em que é colocado pelos sujeitos do sofrimento, também não deve desvirtuá-lo direta e abruptamente, para que, no percurso do tempo de um tratamento *sob transferência*, a figura desse Outro possa ser decifrada e *destituída*; o que é o mesmo que dizer “barrada”, fazendo com que o Outro imaginário, supri-dor, dê lugar ao Outro propriamente simbólico. Trata-se de barrar a figura do Outro onisciente e onipotente para que o analisante, com isso, possa sair da posição de objeto (também das ofertas de mercadorias) rumo à posição (cri)ativa de sujeito. Dito de outra maneira, para que possa se deslocar da posição de objeto de cuidado para a posição autopoietica do “cuidar-se”.

A posição de analista eventualmente encarnada por um trabalhador de Saúde Mental intercessor, que paulatinamente pode vir a se instalar mediante o manejo transferencial da demanda de suprimientos feita pelo sujeito, é o que maximiza a falta-a-ser do lado deste. Onde é demandado a responder como semelhante cuidador, o analista precisa *fazer falta*. Por

intermédio de sua não-resposta – o que é diferente de ficar em silêncio – vai corroborando a instalação de um lugar central vazio de saber-poder (VIGANÒ, 2006), lugar onde vão aparecendo os semblantes do objeto no qual o sujeito está fixado em sua fantasia fundamental, que terá que ser analisada e atravessada para nela se reposicionar como sujeito⁵³. Sempre aberto à surpresa, será a palavra do analisando que atribuirá ao analista o semblante no qual ele virá a se transformar.

No discurso do analista, o analista coloca o seu saber enciclopédico (S₂) em suspenso (no lugar da Verdade), para operar com uma modalidade absolutamente singular de saber que Lacan (1971-72/2001a) nomeou como “ignorância douda”: um saber ajudar o outro a saber, que também chamamos de saber intercessor. Isso quer dizer que a psicanálise, diferentemente de qualquer ciência disciplinar, “não situa a teoria como agente, mas como verdade recalcada de sua prática” (ELIA, 1992, p. 13). Do lado do analisante situado no lugar do trabalho, o fato da análise desvelar “um saber que não se sabe” – ou seja, um saber inconsciente – não quer dizer que esse saber não possa ser articulado, estruturado como uma linguagem. Articular o saber inconsciente é movimentá-lo, o que só se processa diante de um Outro que não responde de forma imaginariamente complementar.

Quanto a isso, vejamos uma passagem do caso de uma jovem mulher com impasse neurótico e pouco mais de um ano de tratamento por mim realizado em uma Unidade Básica de Saúde. O tempo do tratamento em que a transferência já estava bem estabelecida permitiu que o analista sustentasse com mais assiduidade seu silêncio, para que o sujeito potencializasse sua divisão e se colocasse a trabalho:

Vir aqui me deu muito autoconhecimento das coisas. Mas tudo o que eu sei agora fez diminuir, mas ainda não resolveu meus sintomas. Voltei a machucar meu rosto [ato compulsivo que dizia aliviar suas angústias]. A minha psicóloga anterior me falava que o transtorno obsessivo compulsivo era uma energia sexual saindo pelo lugar errado. Quando eu estava namorando e tinha vida sexual não precisava tanto espremer minhas espinhas, mas acho que não tem nada a ver.
(Fica em silêncio. Também não digo nada).
Fala! Às vezes parece que você tem algo para me dizer.
(Silêncio).

⁵³ O conceito lacaniano de fantasia (ou fantasma) fundamental, matematizado por S₂a, é definido nos seguintes termos: no processo primário de subjetivação, o sujeito se identifica a um objeto que ele acredita que possa satisfazer o Outro, naquilo que lhe falta. A fantasia é uma *construção imaginário-simbólica* que o sujeito institui a partir da interpretação que ele dá ao enigma do desejo do Outro. Agindo inconscientemente, a fantasia fundamental passa a regular a posição sexual e todas as escolhas do sujeito, sendo a matriz a partir da qual ele estabelecerá suas relações com seus semelhantes. Portanto, essa fantasia é fundamental por estruturar a realidade psíquica (*Realität*) do sujeito. Assim sendo, a cura psicanalítica é definida como a desalienação relativa do sujeito em relação ao desejo do Outro que estruturou sua fantasia, situação que dará a ele a possibilidade de melhor deliberar sobre suas escolhas.

Me dá raiva seu silêncio. *Fica aí me observando.*

Eu já percebi que essa é a forma da sua terapia. Mas o seu silêncio não me ajuda. É como se eu estivesse fazendo um bolo. Você poderia me dar os ingredientes. Você não vai falar nada? Um conselho, *um puxão de orelha?*

É como eu te disse: tudo na minha vida é muito confuso, um emaranhado. Há sempre duas possibilidades e eu fico nem lá nem cá. E eu preciso que você me ajude a puxar o fio certo. Me dá raiva o seu silêncio. Mas, ao menos me sinto melhor por ter conseguido dizer isso para você.

Isso foi importante (digo e encerro a sessão).

Ah, você não falou nada!! (me diz já saindo porta afora).

(E o tratamento se seguiu por mais um ano, com melhoras bastante significativas para essa analisante).

Na psicanálise, não é o saber do analista que opera, mas sim *um saber produzido e simultaneamente apropriado* por um sujeito no ato da fala, isto é, um saber como valor de uso (MAGNO, 2007), um tipo de saber cujo o “gozo do seu exercício é o mesmo do da sua aquisição” (LACAN, 1972-73/2008d, p. 104).

Do lado do trabalhador de Saúde Mental que pretenda operar como analista, conforme Julien (1996, p. 102), quando não se consegue superar a ideia de que haja um Outro onipotente e onisciente, pode-se cair no que Freud chamou de *furor sanandi*, posando de Outro cuidador do sujeito do sofrimento, que é reduzido à condição de objeto. Essa é a posição dos mestres-psicoterapeutas do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. Na vertente do Paradigma Psicossocial, faz-se necessária a operação psicanalítica que consiste em furar o Outro, correspondente ao que Lacan chamou de destituição subjetiva. Esta tem que ser realizada tanto pelo trabalhador-intercessor, quanto pelo sujeito do sofrimento, considerando que, para que se possa operar a partir da ética da psicanálise, o dito “cuidador” precisa passar para a posição de intercessor, posição que só é ocupável por aquele que fez em si mesmo, e logicamente antes do sujeito que ele escuta, esse trabalho de destituição. Disso decorre a importância da análise pessoal dos trabalhadores de Saúde Mental. Como afirma Costa-Rosa (2019d), a destituição subjetiva

tem relação direta com as possibilidades de posicionar-se sob transferência: emprestar o corpo e a subjetividade (sua própria realidade psíquica) sem ter que pagar em excesso em narcisismo e em gozo (sob as formas comuns da angústia ou do regozijo bondoso); isso vale tanto diretamente no trabalho com os sujeitos que se queixam, quanto no contato com os efeitos advindos da posição de trabalhador dos coletivos institucionais (grupos de trabalho diversos) e da própria instituição (p. 10).

Sem a análise pessoal, apenas saber sobre a teoria e a técnica da psicanálise não garante que se consiga, de fato, colocar-se na posição discursiva de analista. Esta é dada por aquilo que Lacan chamou de desejo do analista, como desejo de produzir a pura diferença. Uma posição discursiva, um laço social, que assume os limites do impossível, base para a superação do saber-

poder disciplinar. Isso quer dizer que para sustentar uma práxis analítica é preciso poder não saber *sobre* o sujeito, a fim de que ele venha a se apossar do seu lugar de trabalho.

1.4.4.2.2 O carecimento em Marx

A ‘natureza’ do homem é a sua relação ao homem (LACAN, 1936/1998i, p. 91).

A fim de refletir sobre a inter-relação entre os processos de produção da vida material de um dado modo de produção e os seus processos de subjetivação prevalentes, recorro aos “Manuscritos Econômico-Filosóficos de 1844” e às “Formações Econômicas Pré-capitalistas” de Marx (1844/1999, 1857-58/2006). Sigo a trilha apontada por Costa-Rosa (2000, 2013), para quem o conceito de carecimento humano (*Bedürfnis*) teorizado por Marx, junto ao conceito freudiano de desejo, são indispensáveis norteadores éticos para as práticas públicas de Saúde Mental. Mas, o que é o carecimento na teoria de Marx? Iniciemos com sua definição mais complexa para em seguida examiná-la em detalhes.

Carecimento, por oposição ao conceito de carência ou de necessidade, abarca uma dimensão do homem que inclui o desejo (como se o propõe na psicanálise) e toda a abertura para os ideais, possíveis ou não de imediato. Mas abrange também a abertura para a produção e usufruto de todos os bens da produção social, muito além do preenchimento de necessidades. Pode-se considerar que aqui estão incluídas também as criações da filosofia, da arte, da ciência e até da religião, mas não sem passar pela aspiração pertinente ao usufruto das comodidades socialmente produzidas no mais alto grau da sua evolução histórica (COSTA-ROSA, 2013, p. 235).

Inicialmente, destaco o fato de que os carecimentos são resultantes de tudo o que é produzido pela soma de trabalhos humanos. Posto isso, é preciso destacar o constante processo de expropriação imprimido pelo Modo de Produção Capitalista, que não apenas aparta dos trabalhadores os frutos dos seus trabalhos, mas também fazem dos próprios processos sociais (de produção, circulação e consumo de mercadorias) dispositivos de produção de subjetividades alienadas⁵⁴. Historicamente, nas sociedades não divididas em classes sociais os sujeitos

⁵⁴ Para o entendimento do que se segue, é necessário distinguir na teoria de Marx o que ele chama de exteriorização (*Entäusserung*) e alienação ou estranhamento (*Entfremdung*). A exteriorização é um processo inerente ao trabalho humano, relativo à objetivação/materialização das ideias humanas nos produtos do trabalho. Já a alienação social não é imanente ao trabalho em si, mas ao tipo específico de trabalho capitalista caracterizado pela crescente negação da humanidade do trabalhador, enfim, pela supressão do desejo e do carecimento. Também é preciso explicitar que, diferentemente do que costumam atribuir a ele, não há em Marx a concepção de uma desalienação absoluta. Como veremos em detalhes, a sua definição de riqueza (do carecimento) como um desvencilhar-se do

humanos estavam organicamente ligados à natureza e a produção tinha por objetivo a criação de valores de uso: a satisfação das necessidades, desejos e carecimentos dos sujeitos humanos *em comunidade*.

Na sociedade capitalista, diferentemente, o objetivo principal passa a ser a produção de valores de troca: produção, reprodução e valorização sem fim do Capital em detrimento do desejo e do carecimento humanos. De tal modo, sob o capitalismo

o trabalhador se torna tanto mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção cresce em poder e volume. O trabalhador se torna uma mercadoria tanto mais barata, quanto mais mercadorias produz. *Com a valorização do mundo das coisas aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens* (MARX, 1844/1999, p. 24, grifo nosso).

A separação histórica entre o trabalho e os meios de produção, incluindo o saber sobre o fazer, levou ao tempo em que o proprietário da força de trabalho se viu socioeconomicamente coagido a vendê-la ao proprietário privado dos meios de produção em troca de salário. No Modo de Produção Capitalista tudo tende a ser reduzido a uma mercadoria comprável ou vendível, mas a força de trabalho adquire o *status* de mercadoria especial (especificidade recalcada pela ideologia liberal): a de ser a única mercadoria capaz de gerar a riqueza, e uma riqueza a ser expropriada dos que a produzem. Esse é o segredo da mercadoria de que Marx nos fala no capítulo que abre a sua obra máxima.

Marx (1857-58/2006) analisa algumas das primeiras formações sociais comunistas (a asiática, eslava, antiga clássica e germânica), que se lastreavam pela forma social da propriedade comum. Aponta que nelas a propriedade “[...] originalmente significa uma relação do sujeito atuante (produtor) (ou um sujeito que reproduz a si mesmo) com as condições de sua produção ou reprodução como suas, próprias” (p. 90). Nesse caso, vemos como a relação dos sujeitos que trabalham com o que ele chama de *condições objetivas de trabalho* – isto é, tudo de que se precisa para produzir e se reproduzir – era de propriedade. Quer dizer que tanto os meios de produção quanto os produtos eram propriedades daqueles que trabalhavam, que produziam. Tais condições objetivas de trabalho são o que Marx chama de “pré-requisitos históricos sem os quais o trabalhador não pode aparecer como trabalhador livre” (Ibidem, p. 93). Essa unidade entre o trabalho e condições objetivas de trabalho forma para o trabalhador livre o próprio “corpo objetivo de sua subjetividade” (Ibidem, p. 67)⁵⁵. Isso nos leva à

passado por meio de um processo ininterrupto de constante transformação (MARX, 1857-58/2006, p. 81) não deixa dúvidas quanto a isso.

⁵⁵ É oportuno lembrar aqui a definição basagliana de uma “existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social” (ROTELLI, 2001. p. 91).

compreensão de que um sujeito nesse *modo arte* de trabalho é o que produz singularmente a si mesmo à medida que produz e reproduz as condições materiais da sua existência, pois “aqui, o próprio trabalho é, em parte, a expressão da criação artística e, em parte, sua própria recompensa” (Ibidem, p. 92). Marx afirma que *essa relação de imanência do exercício do trabalho com os meios de produção é o que faz com que o trabalhador, como sujeito social, seja senhor das condições de produção da sua realidade*⁵⁶. Não por acaso, foi a partir do despojamento dessas condições objetivas de trabalho que se acentuaram as mais altas abstrações humanas (metafísicas), como a filosofia idealista e, destacadamente, a religião, esta última definida por Marx e Engels (1845-46/2007) como o cúmulo da ideologia. Vejamos mais detalhadamente como a riqueza na sua forma social capitalista aparece como negação do desejo e do carecimento dos trabalhadores.

O conceito de atividade (*Tätigkeit*) é central na teoria de Marx. Ele é mais amplo que o conceito de trabalho, que é apenas um dos variados tipos possíveis de atividades humanas. Como expressa a comparação entre a melhor abelha e o pior arquiteto em “O Capital”, Marx diferencia as atividades humanas das dos animais pelo caráter teleológico: “o animal identifica-se imediatamente com a sua atividade vital. Não se distingue dela. É esta atividade. Mas o homem faz da atividade vital o objeto da vontade e da consciência” (MARX, 1844/1999, p. 27). O que diferencia os animais dos sujeitos humanos é o fato de que esses possuem uma consciência *em si* e, no caso dos sujeitos singulares, *para si*. Superando dialeticamente a condição de animal determinada pela natureza, os sujeitos humanos passam à capacidade de interagir *ativamente* com ela. Chamamos a isso de mediação recíproca entre sujeito e objeto.

Com a categoria de atividade, Marx relaciona intrinsecamente outros dois importantes conceitos: a exteriorização (*Entäusserung*) e a objetivação (*Vergegenständlichung*). Da exteriorização das forças essenciais humanas deriva a objetivação efetivada nos produtos das suas atividades. Dessa forma, “todas as capacidades humanas, todas as forças e aptidões do homem são exteriorizadas, objetivadas mediante o seu agir no mundo” (MARTINS, 1992, p. 23). Entretanto, no Modo de Produção Capitalista essas potencialidades dos seres humanos são restringidas/reduzidas pelo trabalho alienado (*Entfremdete Arbeit*).

Nos “Manuscritos”, a questão principal de Marx é a forma como o sujeito humano se efetiva: como e em quais condições socioeconômicas, incluindo as de classe social, ele tem

⁵⁶ E não seria também esse o objetivo da psicanálise: restituir ao sujeito o protagonismo subjetivo e social? Em outros termos, a capacidade de deliberação frente aos conflitos e contradições que o atravessam e nos quais pode, por isso, passar a ser ativamente atravessador? Freud (1912/2017, p. 103) expressa reiteradamente que uma análise tem por objetivo restituir ao sujeito a capacidade de realizar e fazer fluir a própria vida.

menor ou maior liberdade de exteriorizar o que tem de mais singular. De saída, Marx evidencia a maneira como o Modo de Produção Capitalista nega a exteriorização da singularidade, pois a efetivação do trabalho alienado aparece como desefetivação do trabalhador. Os trabalhadores são alijados dos meios de produção, de modo que todas as atividades humanas potenciais são cada vez mais reduzidas ao trabalho forçado e ao consumo de mercadorias. É o que leva à negação do desejo e do carecimento e, logo, à constante produção de alienação social que mantém os sujeitos na dimensão das carências/necessidades mais primitivas, brutalizando-os (lembramos que é dessa vivência material precarizada que surgem as ideologias mais abstratas). Contudo, essa brutalização tende a ser tanto maior quanto piores forem as condições de vida e de trabalho:

A formação dos cinco sentidos é um trabalho de toda a história universal até nossos dias. O sentido que é prisioneiro da grosseira necessidade prática tem apenas uma significação limitada. Para o homem que morre de fome não existe a forma humana da comida, mas apenas seu modo de existência abstrato de comida (MARX, 1844/1999, p. 39, grifos do autor).

A leitura atenta destes manuscritos de Marx permite elencarmos quatro níveis simultâneos e interligados de alienação social, operados pelo trabalho capitalista como forma degradada da atividade “humana”: a alienação em relação ao produto, ao processo de produção, aos outros sujeitos humanos e em relação à genericidade humana. Detalhemos essas cinco formas.

1) Primeiramente, o trabalhador se aliena por não se reconhecer naquilo que produz, fazendo com que o produto do seu trabalho se volte contra ele como uma coisa estranha e hostil:

[...] o objeto produzido pelo trabalho, seu produto, o afronta como ser estranho, como um poder independente do produtor. O produto do trabalho é o trabalho que se fixou, concretizado num objeto, é a objetivação do trabalho. A efetivação do trabalho é sua objetivação. Esta efetivação do trabalho na economia política [burguesa] aparece como desefetivação de trabalhador, a objetivação como perda e servidão dos objetos (Ibidem, p. 24).

2) A segunda forma de alienação do trabalhador se dá em relação ao processo de produção, que o trabalhador experimenta como sofrimento (*Tripalium*). Em vez de ser um meio de exteriorização de vida – Freud (1930/2010e, p. 70) diz da necessária utilização sublimatória de “inclinações existentes” nas atividades laborais –, o trabalho torna-se a negação de si mesmo, negação do desejo/carecimento. O processo de produção é vivido como “[...] atividade estranha (*Fremden*), que não lhe pertence, atividade como passividade, força como impotência” (MARX, 1844/1999, p. 27).

3) No mesmo movimento em que o trabalhador se aliena em relação ao produto e à atividade do seu trabalho, se aliena em relação aos outros sujeitos humanos, o que produz/incrementa a agressividade para com seus semelhantes. Isto é,

[...] a relação do homem consigo mesmo só é *real, objetiva*, através da sua relação com os outros homens. Se ele se relaciona com o produto do trabalho, com o seu trabalho objetivado, como com um objeto estranho, hostil, poderoso, independente, se relaciona com ele de tal modo que outro homem estranho, hostil, poderoso e independente, é o senhor deste objeto. Se ele se relaciona à própria atividade como a uma atividade não livre, então se relaciona a ela como à uma atividade ao serviço, sob o domínio, a coerção e o jugo de outro homem (MARX, 1844/1999, p. 28, grifo do autor).

4) E, finalmente, o trabalhador se aliena em relação ao que Marx chama de genericidade (*Gattungswesen*) humana. Ao invés de cada sujeito apreender a si mesmo e os outros sujeitos como pertencentes a um mesmo gênero humano, no Modo de Produção Capitalista há uma tendência ao cultivo de uma individualidade negacionista dos interesses comuns, coletivos. À medida que a existência do trabalhador passa a confundir-se com a sua cega atividade laboral, vai perdendo a consciência do universal e, com isso, limitando o carecimento à carência/necessidade imediata. Em outros termos, a dimensão social dos sujeitos é tendencialmente reduzida à produção de indivíduos-ilhotas que tendem a orbitar exclusivamente em torno dos seus interesses privados.

Enquanto o trabalho estranhado torna o homem estranho primeiro à natureza, segundo a si mesmo, sua própria função ativa, sua atividade vital, torna o homem estranho ao gênero: faz da sua *vida genérica* um meio da vida individual. Primeiramente torna estranha a vida genérica e a vida individual, em seguida faz da última, reduzida à abstração, em finalidade da primeira, igualmente em sua forma abstrata e estranhada (Ibidem, p. 27, grifo do autor).

O que caracteriza a nossa genericidade humana é a possibilidade que temos de suprassumir a dimensão natural (plano das necessidades), no mesmo movimento em que suprassumimos a natureza ao nosso redor, processos por meio dos quais adquirimos consciência, sempre não-toda e em transformação, dessas atividades ao longo da história individual e social. Mas, diferentemente de Hegel, Marx enfatiza as características sensíveis (vivas) desse sujeito social ativo na interação com seus “objetos” humanos e materiais. É por meio dessas atividades com as coisas e com os outros sujeitos humanos que cada sujeito pode vir a exteriorizar as suas potencialidades singulares. Em outras palavras, é quando subjetiva o mundo objetivo, incluindo nele outros sujeitos sociais, que ele o transforma ao passo que é por ele transformado: “o comportamento *efetivo* e ativo do homem para consigo mesmo, na

qualidade de ser genérico [...], isto é, como ser humano, somente é possível porque ele efetivamente cria e exterioriza todas as suas *forças genéricas*” (Ibidem, p. 55, grifos do autor). Daí sua afirmação de que “um ser não objetivo é um não ser” (Ibidem, p. 57). Para Martins (1992), esse axioma marxiano “é desconcertante quando se tem em conta que boa parte da tradição filosófica anterior [metafísica] trabalhava no sentido de desvencilhar o ser do domínio da objetividade” (p. 15). Como já fizemos notar, o mundo objetivo do sujeito humano inclui, decisivamente, os outros sujeitos humanos aos quais ele está intimamente entrelaçado numa tessitura movente.

Nesse ponto é impossível não lembrarmos de uma passagem do texto de Lacan que, apesar de frequentemente evocada, talvez dela não se tenha extraído as devidas consequências. Nossa hipótese é a de que, nela, Lacan (1953/1998f) aborda a homologia entre o desejo e o carecimento: diz que o fim de um tratamento psicanalítico

[...] satisfaz a circularidade sem fim do processo dialético que se produz quando o sujeito se apercebe de sua solidão, quer na ambiguidade vital do desejo imediato, quer na plena assunção de seu ser-para-a-morte. Mas nele se pode apreender, ao mesmo tempo, que a dialética não é individual, e que a questão do término da análise é a do momento em que a satisfação do sujeito encontra meios de se realizar na satisfação de cada um, isto é, de todos aqueles com quem ela se associa numa obra humana [...]. Isso também se dá porque ela exige uma longa ascese subjetiva, e que jamais será interrompida, não sendo o fim da própria análise didática separável do engajamento do sujeito em sua prática. Que antes renuncie a isso, portanto, quem não conseguir alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época. Pois, como poderia fazer de seu ser o eixo de tantas vidas quem nada soubesse da dialética que o compromete com essas vidas num movimento simbólico (p. 322).

Nessa passagem de Lacan, propomos ler “movimento simbólico” como movimento social. Tomamos essa proposta de homologia de Rozitchner (1989, p. 67), para quem as “formações econômicas pré-capitalistas” são “formações simbólicas pré-capitalistas”.

Agora estamos munidos dos recursos prévios para definirmos melhor o carecimento segundo Marx (1857-58/2006), recorrendo à diferenciação entre a riqueza capitalista, que tende a manter os sujeitos humanos na esfera da carência, em face da riqueza do carecimento como potencialidade humana:

quando despida de sua estreita forma burguesa, o que é a riqueza, senão a totalidade dos carecimentos [*Bedürfnisse*], capacidades, prazeres, potencialidades produtoras etc., dos indivíduos, adquirida no intercâmbio universal? O que é, senão o pleno desenvolvimento do controle humano sobre as forças naturais – tanto as suas próprias, quanto as da chamada ‘natureza’? O que é senão a plena elaboração de suas faculdades criadoras, sem outros pressupostos salvo a evolução histórica precedente que faz da totalidade desta evolução – isto é, a evolução de todos os poderes humanos em si, não medidos por qualquer padrão *previamente estabelecido* – um fim em si mesmo? O que é a riqueza, senão uma situação em que o homem não se reproduz a si mesmo

numa forma determinada, limitada, mas sim em sua totalidade, se desvencilhando do passado e se integrando ao movimento absoluto do tornar-se? Na Economia Política burguesa – e na época de produção que lhe corresponde – este completo desenvolvimento das potencialidades humanas aparece como uma total alienação (p. 80-1, grifo do autor).

Articulando a discussão acerca do carecimento com a do desejo realizada no tópico anterior, pensamos ter evidenciado a hipótese de Costa-Rosa de que o conceito de carecimento inclui, *avant la lettre*, o conceito psicanalítico de desejo, demonstrando que não foi apenas a noção de sintoma que Marx inventou. Lacan (1959-60/2008a) afirma que “numa obra de arte trata-se sempre de cingir a Coisa” (p. 175), sendo a Coisa, essa espécie de Outro pré-histórico inesquecível, aquilo que “existe” de mais particular para cada sujeito e que demanda ser singularizado. Marx (1844/1999; 1857-58/2006), por sua vez, discorreu sobre o trabalho no “modo arte” necessário à produção/apropriação dos carecimentos humanos em contraponto ao trabalho alienado do Modo de Produção Capitalista que, negando a singularidade, tende a manter os trabalhadores/consumidores no âmbito restrito da carência.

No Modo de Produção Capitalista o desejo e o carecimento são tendencialmente negados independentemente da classe social. Marx (1844/1999) aponta, por exemplo, que o proletário constringido pelas urgências das carências básicas está longe de poder apreciar um belo espetáculo artístico do mesmo modo que o comerciante de minérios só vê o valor mercantil e não a beleza do mineral. Todavia, a negação do desejo e do carecimento não se dá na mesma intensidade para os sujeitos de cada classe social. A situação socioeconômica e laboral dos proletários e subproletários proporciona uma negação brutal do desejo e do carecimento, o que, em um certo sentido, não escapou a Freud (1919/2010, p. 291), que a isso chamou de “carga de privações”.

1.4.4.3 Ética da adaptação *versus* ética da singularização

Para pensar os fins ético-políticos dos paradigmas de tratamento em Saúde Mental, Costa-Rosa propôs o seguinte quadro, aqui reproduzido com algumas atualizações (Quadro 1).

Quadro 1 – O estatuto ético-político dos efeitos do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador e do Paradigma Psicossocial, segundo a psicanálise e o materialismo histórico

	Paradigma Psiquiátrico	Paradigma Psicossocial
Psicanálise	Eu-realidade	Sujeito-desejo
Materialismo Histórico	Carência-suprimento	Carecimento-Ideais
Ética	Desimplicação subjetiva e sociocultural (adaptação)	Implicação subjetiva e sociocultural (singularização)

Fonte: COSTA-ROSA, 1999.

Como no Paradigma Psiquiátrico está em questão uma dimensão do sujeito tendencialmente reduzível ao plano da necessidade, há a tentativa de alinhar carências e suprimentos-mercadorias, dentro do princípio disciplinar queixa-solução. Esses suprimentos podem ser de ordem psíquica (saber de mestre), sociais (assistência tutelar) e materiais (medicalização). Correspondente a isso, temos nessas práticas terapêuticas a pretensão de alinhar o Eu dos sujeitos à realidade social, restituindo a funcionalidade adaptativa dos sintomas, seja pelo imaginário, seja pela química medicamentosa. Pode-se dizer que se visa a tratar o real da angústia pelo imaginário e pelo “real” da química diretamente no corpo. De tal forma, os efeitos terapêuticos desse paradigma se apresentam como manutenção/produção de subjetividades alienadas e os efeitos ético-políticos aparecem como (re)adaptação social dos indivíduos adoecidos/problemáticos tomados como desviantes de um padrão de normalidade.

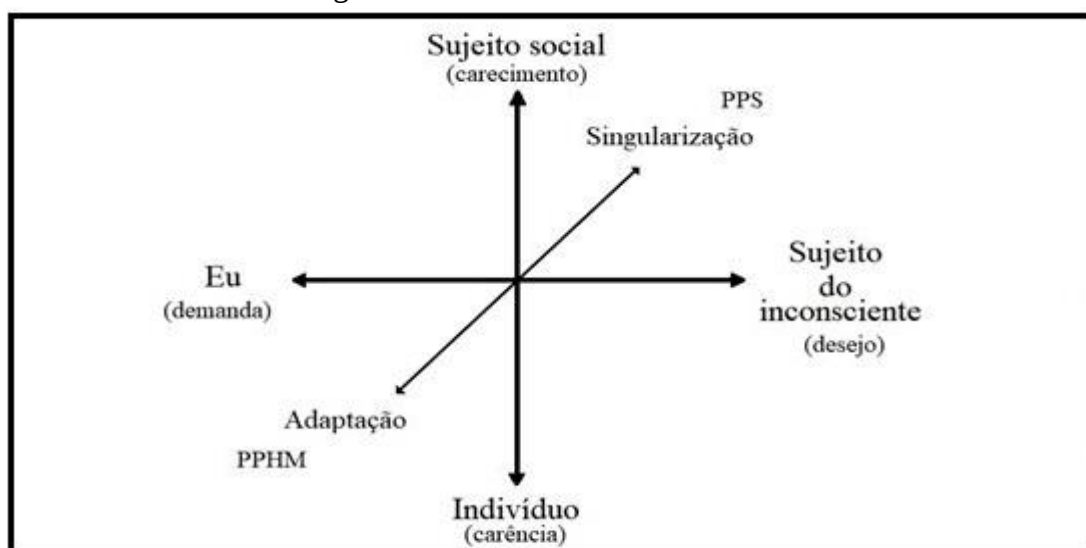
Diferentemente, no Paradigma Psicossocial partimos da consideração do sujeito do inconsciente em relação ao desejo e do sujeito social em relação ao carecimento, como um duplo eixo para os quais não há um alinhamento possível e, por isso, pretendido. Por mais difícil que isso seja de início, o horizonte terapêutico desse paradigma de tratamento se expressa como produção de subjetividade singularizada, definida pela relação dos sujeitos com o desejo e o carecimento como abertura para os Ideais socioculturais em direção aos quais constantemente se movem. “Quanto aos Ideais, na mesma perspectiva do conceito de desejo, é preciso sublinhar seu caráter totalmente fora da dimensão teleológica” (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 41). Isto

é, não se trata de vislumbrar nenhum porvir ilusório para a formação social, mas sim de movimentos de transformações conectados com realidade concreta, prática.

É urgente a necessidade de refletir sobre os Ideais socioculturais no campo da Saúde Coletiva, pois, no atual tempo histórico marcado por uma formação social capitalista neoliberal, *como falar em singularização dos sujeitos sem cair no individualismo?* (COSTA-ROSA, 2013)⁵⁷. Se a terapêutica desse paradigma visa à singularização, o efeito ético-político se expressa como implicação subjetiva e sociocultural: um reposicionamento do sujeito “de tal modo que ele, em vez de apenas sofrer os efeitos desses conflitos, passe a se reconhecer, por um lado, também como um dos agentes implicados nesse ‘sofrimento’; por outro, como um agente da possibilidade de mudanças” (COSTA-ROSA, 2000, p. 155). Mesmo não dispensando *eventuais* usos da química medicamentosa e do imaginário – o dito cobre da sugestão (FREUD, 1919/2010) – no Paradigma Psicossocial o tratamento do real da angústia deve ser realizado prioritariamente pelas ferramentas do simbólico.

Para visualizarmos esses dois horizontes ético-políticos no campo da Saúde Mental, propomos o seguinte esquema gráfico (Figura 5).

Figura 5 – Os efeitos ético-políticos do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador e do Paradigma Psicossocial



Fonte: O autor, 2021.

Considerando pontos formais-abstratos antagônicos e pontos intermediários encontrados nas práticas, dois paradigmas de tratamento dialeticamente alternativos tendem a

⁵⁷ Para Marx (1857-58/2011a): “A produção do singular isolado fora da sociedade [...] é tão absurda quanto o desenvolvimento da linguagem sem indivíduos vivendo juntos e falando uns com os outros” (p. 40).

produzir efeitos terapêuticos e ético-políticos que se encaminham em sentidos opostos. O Paradigma Psiquiátrico tende à produção de subjetividade como reposição dos sujeitos adoecidos nos circuitos de produção e consumo capitalistas. A produção de subjetividades alienadas, na medida que mantém os sujeitos desimplicados, subjetiva e socioculturalmente, diante dos conflitos e contradições aos quais estão circunscritos. Na via oposta, o Paradigma Psicossocial tem como horizonte o reposicionamento dos sujeitos do sofrimento nos conflitos e contradições de que vieram se queixar.

Se o Paradigma Psiquiátrico mantém os sujeitos na dimensão da demanda psíquica e da carência socioeconômica, é o desejo e o carecimento o horizonte ético-político do Paradigma Psicossocial. Se a dimensão da carência é efeito das limitadas formas de sociabilidade e de riqueza capitalistas, o carecimento, negado por esse modo de produção, só poderá advir da implementação de outras formas sociais, a começar pela transformação do modo de produção institucional.

1.5 Considerações finais

O coletivo não é nada senão o sujeito do individual (LACAN, 1945/1998h, p. 213)

Todas as instituições sociais são palcos da luta política entre modos de produção, ou paradigmas, que se confrontam por tempo indeterminado. No setor Saúde em geral, Mendes (2006) situa a luta entre o Paradigma Flexneriano (Assistencial-Privatista e Medicalizador) hegemônico e o Paradigma da Produção Social da Saúde (Saúde Coletiva) que, com muita dificuldade, tenta implantar-se. Inserido na mesma arena, mas especificando a Saúde Mental, Costa-Rosa (2013) aponta para o duelo entre o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador e Paradigma Psicossocial. Se o Paradigma Flexneriano e o Paradigma Psiquiátrico são derivados do Modo de Produção Capitalista, o Paradigma da Produção Social da Saúde e o Paradigma Psicossocial só poderão *vir a ser* no horizonte de transformações da sociedade rumo a um outro modo de produção.

Uma análise paradigmática nos possibilita pensar a complexa luta política concernente aos avanços e retrocessos das políticas públicas em dois planos: o superestrutural, relativo às instâncias jurídico-político-ideológica (discurso oficial do Ministério da Saúde) e o infraestrutural, respectivo às práticas concretas efetivadas. Essa análise dialética mostra que a

dimensão jurídico-político-ideológica pode estar bem à frente das práticas que ela almeja fazer avançar, configurando-se como importantes alavancas. Em nosso país, o Paradigma Flexneriano sempre conservou a sua hegemonia nas práticas concretas, mesmo que o Paradigma da Produção Social da Saúde tenha durante algumas décadas alcançado o lugar de discurso dominante no âmbito jurídico-político-ideológico. Porém, na conjuntura do pós-golpe de Estado de 2016 temos presenciado um processo galopante de retrocessos do Paradigma da Produção Social da Saúde nos dois planos. A mesma análise conjuntural deve ser estendida à luta paradigmática no campo específico da Saúde Mental.

A análise política das instituições que a teoria marxiana possibilita é basilar para entendermos o que está em jogo na limitada implementação da Saúde Coletiva e da Atenção Psicossocial. Pelo fato desses novos paradigmas de tratamento visarem aos interesses do polo subordinado da luta de classes, seus princípios e parâmetros se encaminham necessariamente na contramão dos interesses privados dos capitalistas, ferindo não apenas os negócios da “saúde” capitalista (incluindo importantes setores da classe média), mas, igualmente, os interesses da minoritária classe burguesa que vive da exploração dos trabalhadores em geral. Os projetos originários dessas “reformas” setoriais de políticas públicas têm em seus horizontes ético-político a transformação radical da sociedade. A luta paradigmática nos campos da Saúde e da Saúde Mental expressa uma *guerra de posições* que se estabelece por caminhos tortuosos, em que atores a favor e contra defendem seus ideários e entram em luta, de forma velada ou aberta, nos mais diversos âmbitos: no seio da sociedade, no Congresso, na base da formação universitária, nas instituições de Saúde, de Assistência Social, de Educação, entre outras.

Althusser emprestou da psicanálise o conceito de sobredeterminação para refletir sobre o fenômeno da ideologia. Com isso, deixou mais claro que as ideologias se erigem das relações socioeconômicas, ao mesmo tempo em que elas, as ideologias, retroalimentam, sobredeterminam, essas mesmas relações. Disso decorre o fato de que *qualquer mudança social ampla só pode passar pela teorização do processo de mudança a partir da prática*. Do contrário, as reformas se restringem às mudanças que acompanham o automatismo da “mão invisível” do mercado capitalista, “mudando” para continuar sempre o mesmo, quer dizer, girando e caindo sempre no mesmo lugar.

A inércia do instituído enseja o fato de que os trabalhadores do Paradigma Psiquiátrico não precisam pensar racionalmente suas práticas para que eles operem como engrenagens desse modo de produção de Saúde Mental. No caso do Paradigma Psicossocial dá-se o exato oposto. Por tratar-se do paradigma subordinado, exige que os seus trabalhadores tenham clareza paradigmática para que ele possa *vir a ser*. Para tal, os agentes-trabalhadores desse paradigma

iniciam seus movimentos por meio de ações de ocupação de brechas abertas no paradigma dominante, estratégias micropolíticas que não podem deixar de incluir a análise da macropolítica como bússola. Os trabalhadores-intercessores sabem que é nas brechas do “entre significantes” e do “entre social” – respectivamente, no desejo e no carecimento – que o sujeito do individual e a Demanda Social pulsam e “pedem” para ser ouvidos.

Tendo como base o trajeto deste ensaio, resta afirmar que não temos a ilusão de que o Paradigma Psicossocial possa, isoladamente, tornar-se hegemônico em um país da periferia do Sistema Global Capitalista como o Brasil, sem que passemos por um extenso processo de transformações econômicas, subjetivas, sociais e culturais. Nesse processo, a política pública de Saúde Mental, como as demais políticas públicas, não podem ser fins, mas apenas meios: saídas intermediárias para a efetivação de algo maior. Considerando que sem teoria revolucionária não há movimento revolucionário (LENIN, 1902/2020), os parâmetros do Paradigma Psicossocial se colocam como uma pequena parte de um movimento mais amplo, sem o qual ele não pode avançar.

ENSAIO 2 - PSICANÁLISE, TRANSDISCIPLINARIDADE E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A NECESSÁRIA FORMAÇÃO DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL DE UM NOVO TIPO¹

Mantemos a aposta em um ‘intercessor complexo’ de composição interprofissional e ação transdisciplinar [...] que seja capaz de criticar e superar o princípio sujeito-objeto que habita as disciplinas que operam no campo da Atenção Psicossocial, condenando-as a uma ética de objetivação do sujeito – como objetificação (COSTA-ROSA, 2013, p. 109).

2.1 Introdução

Partindo de um arsenal analítico multirreferenciado que possibilita uma análise estrutural do campo da Saúde Mental Coletiva, temos constatado que o máximo alcançado pelas práticas da Reforma Psiquiátrica brasileira tem atingido apenas um ponto intermediário entre dois paradigmas de tratamento dialeticamente contraditórios, que lutam por se efetivarem na realidade: o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, ainda dominante, e o insurgente Paradigma Psicossocial que tenta se efetivar entre as brechas do seu paradigma antípoda². Essa análise estrutural é fundamentada no materialismo histórico de Marx e na psicanálise do campo de Freud e Lacan. Nesse sentido, para além da concepção mais comum que o situa no campo das reformas, temos definido o Paradigma Psicossocial como o “conjunto de ações, saberes e políticas que têm procurado transcender a Reforma Psiquiátrica considerada como reforma estrita da Psiquiatria” (COSTA-ROSA, 2013, p. 13). Mesmo porque a revolução paradigmática necessária implica a superação dialética (suprassunção) não apenas da psiquiatria, mas também das demais especialidades profissionais que compõem as equipes multiprofissionais. Como hipótese de trabalho, sustentamos que o passo necessário a essa superação dialética parte da radicalização das contribuições da psicanálise e do materialismo histórico, dois campos teórico-práticos potencialmente transdisciplinares (ALTHUSSER, 1964/1984a; COSTA-ROSA, 2013).

¹ As ideias preliminares deste ensaio foram publicadas na forma de artigo na “Revista de Psicologia da Unesp” (PÉRICO, 2019).

² Acerca da análise paradigmática do campo da Saúde Mental, confira o ensaio 1 nesta tese.

É com o crivo ético-político freudiano e marxiano que almejamos ir além das importantes conquistas já operadas pela Reforma Psiquiátrica brasileira, com a condição de que delas possamos nos servir. Se entendemos que o paradigma de tratamento atualmente dominante se estabelece absolutamente imerso na reprodução das práticas disciplinares, ressaltamos a necessidade de estabelecer um plano prático e epistemológico transdisciplinar como exigência para uma *Clínica Crítica* e ampliada dos processos de subjetivação no contexto público, bem como, e para isso, a formação de trabalhadores de um novo tipo que nomeamos como trabalhadores-intercessores³. Por “processos de subjetivação” entendemos aquilo que diz respeito à consideração simultânea de processos psíquicos e sociais dialeticamente interligados. Isso quer dizer que, levando às últimas consequências a tese freudiana de que a psicologia individual é ao mesmo tempo psicologia social (FREUD, 1921/2013a), entendemos que sempre lidamos com a subjetividade de um corpo socioculturalmente contextualizado junto a uma formação social⁴.

2.2 Ponto de partida: o que a experiência nos ensina

Consideremos o que um mundialmente reconhecido geógrafo brasileiro nos diz, em uma frase axiomática do seu sistema de pensamento: “a história não se escreve fora do espaço. O espaço, ele mesmo, é social” (SANTOS, M. 1982, p. 10). Tomando por base o que se passa entre os ensinamentos da geografia marxista de Milton Santos e as proposições da psicanálise – bem como o que se produz entre o contato com a experiência e o saber sempre em reelaboração – somos levados à ampliação desse axioma, concluindo que *o espaço territorial é psicossocial* (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). É o que constato a partir do percurso de um sujeito por mim atendido em um Ambulatório de Saúde Mental. Trata-se do que podemos

³ Para Deleuze (1992) os intercessores estão na origem de toda criação. São quaisquer encontros capazes de movimentar o pensamento e a vida, isto é, tudo aquilo que tem a qualidade de nos fazer sair da imobilidade da repetição sem diferença. Em suas palavras: “O essencial são os intercessores. A criação são os intercessores. Podem ser pessoas – para um filósofo, artistas ou cientistas; para um cientista, filósofos ou artistas – mas também coisas, plantas, até animais [...]. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores” (p. 156). É importante notar que Costa-Rosa (2012b, 2013, 2019a, 2019b, 2019d) faz uma apropriação crítica do conceito de “intercessores” de Deleuze, redimensionando-o a partir da psicanálise e do materialismo histórico: “na construção do Dispositivo Intercissor estamos pautados nos conhecimentos do Materialismo Histórico e da Psicanálise, onde a noção de intercessor já é antiga, embora não designada desse modo” (COSTA-ROSA, 2019b, p. 14).

⁴ Para o entendimento do conceito de formação social na teoria de Marx, confira o subtópico 2.2 no ensaio 1 desta tese.

chamar de um caso paradigmático do campo da Saúde Mental Coletiva, quer dizer, um caso que reúne características do que é mais comum entre os sujeitos que são tratados nesse contexto.

Pedro tem sessenta e cinco anos e é apenas mais um em uma longa sucessão de gerações de trabalhadores proletários alcoolistas. Trabalhador braçal, nas últimas décadas como pedreiro, diz ter vivido sempre à sombra do subemprego. Hora tinha, hora não tinha trabalho. Chega para tratamento depois que o médico lhe diz que “se não parar de beber morrerá em pouco tempo”. Ao longo do tratamento relata como iniciou-se no uso da bebida. Diz que, ainda criança, quando ia trabalhar na colheita de arroz, na região fria onde morava, recebia frequentemente café com pinga dos pais para esquentar o corpo quando sentia muito frio e começava a tremer. Era uma medida de sobrevivência para não adoecer e continuar trabalhando, sendo que algumas crianças eventualmente acabavam morrendo de doenças causadas por essa exposição. Precisamos lembrar que não havia sequer um Sistema Único de Saúde (SUS) nesse tempo. Após quase dois anos de intenso trabalho analítico, indaga-se:

doutor, eu já melhorei muito, não sinto mais tanta vontade de beber, mas como faço para parar de uma vez por todas se além da falta de serviço que me deixa triste e nervoso os meus melhores amigos são alcoólatras e no meu bairro tem um bar em cada esquina?⁵.

O que esse caso clínico e tantos outros com os quais nos deparamos no campo público nos mostram é a forma como os impasses de subjetivação são sobredeterminados pelas consequências do lugar sociocultural desses sujeitos, o que nos leva à constatação prática de que um tratamento psicanalítico terá um limite bastante reduzido se a ele não forem congregadas outras ações de Atenção.

Essas verificações práticas e teóricas, na perspectiva da práxis que cabe ao Paradigma Psicossocial, leva-nos a conceber o “objeto” das nossas ações clínicas e políticas como um sujeito necessariamente constituído e constantemente determinado a partir de um “duplo entre”: o entre social (sujeito social entre outros sujeitos sociais) e o entre psíquico (sujeito do desejo dividido entre significantes). Inspirados nas formulações da Psiquiatria Democrática italiana de Franco Basaglia (1985), no campo da Saúde Mental tratamos dos impasses da subjetivação de *um corpo* que expressa uma “existência-sofrimento” em sua relação necessária com o *corpo social*. A partir disso, não temos dificuldades em ver que, nesse contexto, ofertar um tratamento capaz de produzir subjetividade singularizada envolve um processo complexo e difícil, que transcende o âmbito de uma prática clínica estrita de cunho individual-privatista, que é

⁵ Uma discussão ampliada desse caso clínico se encontra no tópico 4.1 do ensaio 4 desta tese.

incompatível com a perspectiva ético-política da psicanálise que dá suporte às práticas do Paradigma Psicossocial, pois “os termos em que aqui formulamos o problema da intervenção psicanalítica deixam bastante claro [...] que sua ética não é individualista” (LACAN, 1955/1998c, p. 417)⁶; um tratamento que seja capaz de ter como efeito a implicação subjetiva e sociocultural dos sujeitos nos conflitos e contradições que os atravessam, a fim de que, para além de sofrer passivamente suas conflituosas psíquicas e sociais, possam equacioná-las de forma (cri)ativa. Uma clínica que critica (COSTA-ROSA, 2012b, 2013). Uma *Clínica Crítica* do sintoma social, pois todo sujeito constitui a sua fantasia fundamental⁷ no lugar social e no Território em que vive. Considerando que não há sujeito sem Outro, é preciso levar em conta que o sintoma individual está sempre em inter-relação com a Cultura. Podemos dizer que a Cultura é a definição freudiana conceitualmente homóloga ao que Marx, munido de maiores recursos, chama de formação social. Por “maiores recursos” queremos dizer que apesar das ricas contribuições que a psicanálise pode dar à compreensão dos fenômenos sociais – como a ideologia, o fascismo etc., sem as quais o próprio projeto revolucionário pouco avança – o materialismo histórico é a melhor ferramenta para a compreensão da formação social. Bem como a recíproca: a despeito de já haver os germes de uma potente teoria da subjetividade no materialismo histórico (CHAGAS, 2013; ELIA, 2014; MARX, 1844/1999; SILVEIRA; DORAY, 1989), é na psicanálise que encontramos as mais sofisticadas ferramentas de compreensão e atuação junto aos impasses da subjetivação.

Paim e Almeida Filho (1998, p. 308) definem o campo da Saúde Coletiva a partir de dois âmbitos dialeticamente relacionados, o teórico-científico e o prático: por um lado, a Saúde Coletiva é concebida como “um campo científico, onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto ‘saúde’ e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos”; por outro lado, “como âmbito de práticas, onde se realizam organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como ‘setor saúde’”.

Se partimos da Saúde Coletiva como um paradigma de tratamento que ampliou a concepção de saúde (BRASIL, 1986), não podemos desconsiderar a necessária Integralidade das ações de Atenção, um dos princípios fundamentais do SUS. Por efeito, concordamos com vários autores (COSTA-ROSA, 2013; ELIA, 2015; FIGUEIREDO, 2002; RINALDI, 2005;

⁶ A despeito da sua ética não ser individual-privatista, salvo honrosas exceções, a prática psicanalítica tem sido hegemonicamente a do consultório privado caracterizado por ser acessível apenas a uma pequena parcela da sociedade. Se mesmo no dispositivo do um a um a escuta psicanalítica não é privada, isso não elide o fato de que, em uma sociedade capitalista, a oferta de psicanálise seja hegemonicamente um privilégio de poucos.

⁷ Sobre esse conceito, confira a nota 53, na página 87 desta tese.

YASUI; COSTA-ROSA, 2008) que afirmam que não há disciplina ou campo de saber que, isoladamente, seja suficiente para contemplar a complexidade do “objeto” das práticas de Saúde e de Saúde Mental. Se partirmos da concepção de que existe uma sobredeterminação dos fatores do adoecimento (COSTA-ROSA, 2019b; FREUD, 1913/2017g), adoecimento não apenas psíquico, poderíamos de outra forma proceder? É preciso partir do fato de que, diferentemente daqueles que geralmente chegam aos consultórios privados dos psicanalistas, os sujeitos atendidos no campo público se situam majoritariamente no proletariado e no subproletariado. Nesses estratos das sociedades de classes, os impasses do desejo comuns a qualquer sujeito são potencializados por precarizações materiais muitas vezes inimagináveis por quem não as viveu ou, no mínimo, não se depara com elas em seu campo de trabalho. Freud (1912/2017h; 1919/2010a; 1927/2010d) foi muito sagaz ao descrever psicanaliticamente essa situação socioeconômica precarizada como “carga de privações”.

Se no campo da Saúde Mental a psicanálise é a pedra de toque da nossa caixa de ferramentas, diante de tal complexidade ela não deve ser a única ferramenta de trabalho, ao custo de chegarmos a resultados muito insatisfatórios (FREUD, 1919/2010a). Ao longo da história das reformas da psiquiatria, à medida que se operou ampliações na forma de conceber o “objeto” dessas práticas, buscou-se ampliar também as ferramentas de tratamento e, por isso, as categorias profissionais do campo. Essa multiprofissionalidade é uma necessidade há muito destacada e debatida pelo Movimento da Reforma Sanitária brasileira que deu origem à Saúde Coletiva como um paradigma de tratamento que se propõe alternativo àquele que ainda é dominante (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, 2000). É dentro desse paradigma de tratamento em Saúde Coletiva que situamos as práticas do Paradigma Psicossocial, nas quais a multiprofissionalidade também se faz imprescindível.

A ampliação da clínica em Saúde Mental não se refere apenas a um “multi” e a um “inter” disciplinas. Isso as reformas psiquiátricas já se encarregaram de introduzir, sem romper estruturalmente com o paradigma de tratamento dominante. Mais do que isso, se quisermos avançar para outro paradigma de tratamento, a ampliação da clínica precisa almejar um “para além” das disciplinas. Entendemos que as especialidades disciplinares (psicologia, psiquiatria, terapia ocupacional, serviço social, etc.) possuem um modo de operação caracterizado pela separação entre saber e fazer, da qual derivam outras dicotomias. Em suas práticas, essa cisão se expressa na relação entre um sujeito trabalhador de Saúde que se posiciona como aquele que sabe *sobre* o paciente tomado como objeto passivo. É o que Clavreul (1983), utilizando a teoria lacaniana dos discursos, definiu como *discurso médico*, isto é, um modo de tratamento que bascula apenas entre os laços sociais discurso da universidade e discurso do mestre, não dando

espaço para o discurso da histeria e o discurso do analista, que são os laços sociais da singularização do sujeito. A consequência ética e política dessa forma de tratar é a reprodução das mesmas subjetividades alienadas já operantes no laço social capitalista. A fim de superar o modo disciplinar do discurso médico, preconizamos a implementação de um modo de produção da Atenção em Saúde Mental capaz de restituir aos sujeitos do sofrimento o lugar de protagonistas dos seus próprios processos de produção de saúde e de subjetivação. Nos termos da teoria lacaniana dos discursos, significa um modo de tratar que privilegie o discurso da histeria e o discurso do analista⁸.

Para a superação desse laço social de tipo disciplinar, a transdisciplinaridade pressupõe um alargamento das fronteiras disciplinares, o que implica intersecções e intercessões transdisciplinares (COSTA-ROSA, 2013). Elia (2017), por sua parte, nomeou essas intersecções de “entrecruzamento discursivo” entre campos de saberes de mesmo estatuto ético-político, como é o caso da psicanálise e do materialismo histórico, sempre com um cuidado para não cairmos em justaposições de conceitos como aquelas realizadas pelos freudo-marxistas, já exaustivamente criticadas por Althusser (1976/1984b). Sobre isso, concordamos com Joel Birman (1993), para quem “esse diálogo entre a psicanálise e outras modalidades de saber somente é possível de ser realizado numa perspectiva transdisciplinar, *onde os diferentes saberes reconheçam os limites de seu campo conceitual*” (p. 32, grifo nosso). Dessa forma, evitando as justaposições simplistas de conceitos, o desafio maior consiste em propiciar uma cuidadosa e nem sempre fácil articulação entre diversos campos de saberes e práticas. Se categorias e conceitos são ferramentas formais e abstratas que possuem validade dentro de uma lógica encadeada coerentemente, para se fazer empréstimos de categorias e conceitos de campos externos é necessário bastante cuidado para não gerarmos incoerências teórico-metodológicas (ELIA, 1992), o que levaria a interpretações e práticas inconsistentes da realidade. Na perspectiva transdisciplinar, podemos chegar à suprassunção de alguns conceitos ou à criação de novos conceitos exigidos por essa práxis complexa. Isso nos dá margem para explicitarmos melhor um dos aspectos mais fundamentais relativos ao “além da Reforma Psiquiátrica”.

⁸ O leitor não iniciado na teoria lacaniana dos discursos, antes de prosseguir na leitura, pode conferir o Apêndice final desta tese.

2.3 Para além das especialidades disciplinares

Na Saúde e na Saúde Mental, o estabelecimento de um campo prático e epistemológico transdisciplinar com a finalidade de alcançar o máximo de integralidade das ações de Atenção, e das ações no processo de saúde-adoecimento junto ao Território, exige uma permanente formação em ação do nosso arsenal analítico. Sempre atento a uma ética da singularidade, que é o nosso parâmetro invariável, somos constantemente convocados a ampliar nossa caixa de ferramentas, a fim de diminuir tanto quanto possível os pontos cegos das nossas concepções teóricas e técnicas. Em um dos vetores dessa ampliação,

A psicanálise, como conceitualizada por Lacan, não é apenas um discurso com um fundamento específico, mas também um discurso que está numa posição de analisar a estrutura e o funcionamento de outras ‘disciplinas’ [...], apresentando *uma visão nova* de suas molas mestras e pontos cegos (FINK, 1998, p. 13, grifo nosso).

Esse importante apontamento, no entanto, precisa considerar o vetor contrário: a medida em que o estudo de outros campos de saber pode e deve contribuir para a constante crítica da psicanálise, crítica que ela mesma, dentro do seu próprio desenvolvimento interno, não pode deixar de fazer⁹. Essa crítica necessária à sustentação de uma práxis leva à constante ampliação da teoria e à constante redução dos nossos pontos cegos. No método dialético inaugurado por Marx é o que, indo sempre do fenômeno imediato à estrutura latente, definimos como um processo de sucessivas aproximações ao “objeto” (KOSIK, 1976). É nesse sentido que a teoria do materialismo histórico sobre a formação social se faz imprescindível aos psicanalistas, especialmente aos que, como nós, aventuram-se longe do seu local de origem.

Mesmo sem nomeá-los, Márcia Montezuma (2000) aborda a existência de paradigmas de tratamento antagônicos e o desafio da necessária superação dialética das especialidades disciplinares na Saúde Mental, ao afirmar que “há duas Psiquiatrias: a que faz falar e a que faz calar”, para em seguida arrematar que o mesmo “se aplica à Terapia Ocupacional, à Psicologia, ao Serviço Social, etc.” (p. 118). Avançando nesse problema, entendemos que se trata de virar pelo avesso essas profissões que são responsáveis pela sustentação das misérias do mundo (LACAN, 1973/2003c), na medida em que só fazem reiterar a objetificação alienante dos

⁹ Segundo Freud (1919/2010a): “Nunca nos gabamos da completude e inteireza de nosso saber e de nossa capacidade; estamos prontos, agora não menos que antes, a admitir as imperfeições de nosso conhecimento, aprender novas coisas e mudar em nossos procedimentos o que puder ser melhorado” (p. 280). Para Lacan (1971-72/2012): “Se a verdade nunca pode ser senão meio-dita, se é esse o núcleo, a essência do saber do analista, é porque no lugar da verdade se coloca S₂, o saber. Trata-se, portanto, de um saber que deve sempre, ele mesmo, ser questionado” (p. 77).

sujeitos operada no laço social capitalista, tendo como auxílio os discursos do mestre e da universidade.

Essa superação dialética nos demanda a difícil tarefa de modificar radicalmente os contornos e a estrutura dessas especialidades profissionais originariamente disciplinares, retirando-as daquilo que Marx (1867/2013) chamou de “estupidificação do trabalhador parcial” (p. 436)¹⁰. Disso deriva o fato de que esse ir além das especialidades já presentes no campo da Saúde Mental pressupõe que, antes, delas possamos nos servir. Pois, nas condições dadas desse momento histórico haveria outra forma de superar dialeticamente essas especialidades profissionais que não fosse estabelecendo a cada uma delas o estatuto de práxis? A esse respeito, Costa-Rosa (2013) escreve que isso só se tornará possível se

consideramos que pôr em ação a transformação do estado da contradição *saber versus fazer*, presente nas práticas da Atenção Psicossocial, exige juntar aos saberes, tradicionalmente em ação nesse campo, a hipótese freudiana de que quando se trata de sofrimento psíquico (sem desconsiderar os casos em que fatores orgânicos podem ser determinantes principais), está em ação um saber que só o sujeito será capaz de saber fazer (p. 105, grifo do autor).

Em outras palavras, parafraseando o dizer de Lacan (1959-60/2008a, p. 137) acerca do processo de sublimação, se os trabalhadores de Saúde Mental quiserem alcançar os parâmetros do Paradigma Psicossocial, deverão elevar suas práticas à dignidade da práxis. Em termos marxianos, trata-se da difícil e necessária passagem do trabalho alienado ao trabalho no “modo arte” (MARX, 1844/1999, 1857-58/2006). Seguindo as exigências éticas do Paradigma Psicossocial (COSTA-ROSA, 2011), a necessária superação dialética dessas especialidades profissionais já se encontra em curso. Munidos da psicanálise e do materialismo histórico, alguns pesquisadores já têm partido das suas próprias experiências como trabalhadores de Saúde Mental a fim de subverterem a psicologia (CURY JÚNIOR, 2015a, 2015b; COSTA, M. F. 2019; COSTA, M. F.; COSTA-ROSA; AMARAL, 2017; PÉRICO, 2014) a psiquiatria (COSTA-ROSA, 2013; COSTA-ROSA; YASUI, 2009) e a terapia ocupacional (SHIMOGUIRI, 2016, 2021; SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017). Em relação a esses trabalhos, convém sublinhar que eles têm desenvolvido alguns pontos preliminares que apenas convidam à ação e

¹⁰ Lembremos que “essas divisões [disciplinares] nada possuem de natural. São históricas, portanto criações dos homens: instituições. Ao assinalar essas características do trabalho na sociedade produtora de mercadorias não estamos descaracterizando a necessidade da divisão em especialidades. Está claro que em certos setores da prática humana pode ser extremamente vantajoso dividir a produção em ‘especialidades’. O que se trata de questionar é a fragmentação dentro de cada especialidade (especialismos) e o alijamento dos trabalhadores, individualmente ou em conjunto, das decisões a respeito, tanto do planejamento do processo de trabalho, quanto dos destinos da produção. Também não estranhemos que tudo isso seja legitimado no Modo Capitalista de Produção” (COSTA-ROSA, 2013, p. 131).

reflexão, restando muitos aspectos para serem trabalhados e desdobrados a partir da prática (trans)formadora. Além disso, é urgente dar início à subversão paradigmática de outras especialidades profissionais presentes nesse campo. Merece destaque, ainda, o fato de que alguns trabalhadores de Saúde Mental, quando rigorosos, já são de saída transdisciplinares, como é o caso de várias práticas artísticas como as dos arteterapeutas, musicoterapeutas, diretores de teatro etc.

A superação dialética da psicologia como ciência e profissão merece um comentário à parte. Se é por meio da função de psicólogos que boa parte de nós tem se inserido nas instituições públicas, como entender a complexa disjunção entre o cargo de psicologia que legalmente ocupamos e a ética psicanalítica que orienta nossas ações? No caso das demais especialidades a superação dialética necessária em direção ao Paradigma Psicossocial exigirá a manutenção parcial e subvertida de algo das suas especificidades. No caso dos psicólogos, eles deveriam ser integralmente substituídos por psicanalistas? Quando se é psicanalista se deixa de ser psicólogo? Mas como, se a psicanálise não é – e, por motivos específicos, não pretende ser – regulamentada pelo Estado? Nesse ponto concordamos com Figueiredo (2002), para quem

não é imprescindível instituir a psicanálise como mais uma especialidade na lista de ofertas dos serviços. Primeiro, porque a clínica psicanalítica é praticada por profissionais com diferentes designações como psicólogos, psiquiatras e outros. Ao instituí-la, é como se só aqueles designados como psicanalistas pudessem praticá-la. Quem designaria? Segundo, porque, além de não dizer quase nada sobre seus procedimentos, cria expectativas e idealizações que, na melhor das hipóteses, decepcionam e, na pior, aumentam a resistência tanto de outros profissionais quanto da clientela (p. 10).

Para alcançarmos a transdisciplinaridade no campo da Saúde Mental, temos que ir além da simples multidisciplinaridade que, segundo Japiassu (1976), mantém intactos os diversos campos disciplinares, consistindo em uma prática que apenas faz justaposição de olhares que continuam esquartejando um dado “objeto”. Nessa forma de relacionamento interprofissional, o processo de trabalho é fragmentado e fragmentador daquilo com que se lida. Por isso, é alienante também para o trabalhador de Saúde Mental, que, espelhando o processo de produção comum de mercadorias (BRAVERMAN, 1987), torna-se incapaz de acompanhar a integralidade do processo de produção do qual participa. A simples multidisciplinaridade, típica ao paradigma de tratamento ainda dominante na Saúde Mental mesmo em suas versões reformadas, “é homóloga à divisão social do trabalho na produção comum de mercadorias: trabalho fragmentado segundo a lógica taylorista” (COSTA-ROSA, 2009, p. 17).

Passos e Barros (2000) afirmam que, diferentemente, a transdisciplinaridade “subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos” (p. 76). O prefixo “trans” diz respeito àquilo que está simultaneamente entre as disciplinas, através das disciplinas e além de qualquer disciplina (NICOLESCU, 1999). De tal forma, supressando também a interdisciplinaridade – que faz surgir zonas de intersecções e cria disciplinas anfíbias – a transdisciplinaridade possibilita a intercessão (transformação/ampliação mútua) de uma disciplina sobre a outra. Isso quer dizer que não se trata necessariamente de acabar com uma disciplina para se criar outra, mas sim de transdisciplinarizar as disciplinas já presentes em nosso campo de atuação.

2.3.1 Materialismo histórico e psicanálise: dois campos em intercessão

Por definir a realidade concreta como síntese de múltiplas determinações, é inquestionável a especificidade transdisciplinar do materialismo histórico. Quanto a isso, Eric Hobsbawm (1964/2006) afirma que Marx se recusou a parcelar o continente científico por ele inaugurado em diversas disciplinas acadêmicas, e lembra que um dos mais inteligentes opositores de Marx, Joseph Schumpeter, “tentou estabelecer uma distinção entre Marx, o sociólogo, e Marx, o economista – e [...] o Marx historiador” (p. 20). Em relação a essa tentativa, Hobsbawm diz que “tais classificações mecânicas resultam [...] inteiramente contrárias ao método de Marx” (Ibidem). E seria a psicanálise, como o materialismo histórico, também um campo transdisciplinar? Apesar do uso que algumas vezes se costuma fazer dela, sustentamos que sim.

A psicanálise é um campo discursivo transdisciplinar não apenas por ser constitutiva e rigorosamente “leiga”, não se limitando, portanto, a qualquer campo das especialidades profissionais médica ou *psis* (FREUD, 1926/2017b). Afinal, quem mais senão Lacan, seguindo Freud, utilizou conceitos emprestados de outras ciências para fazer avançar a própria psicanálise, no mesmo ato em que, muitas vezes, intercedeu nas ciências de cujo campo fez tais empréstimos? Quem mais, senão Freud e Lacan, constantemente transbordaram as fronteiras das disciplinas, denotando, com isso, a especificidade potencialmente transdisciplinar da

psicanálise? ¹¹ Para Freud (1923/2011a), “por mais que a psicanálise se empenhe em desenvolver suas teorias de modo independente das demais ciências, ela é obrigada [...] a buscar apoio” (p. 306). Segundo Lacan (1968-69/2008c), sempre que tentamos fazer avançar a psicanálise chegamos “na encruzilhada em que [...] talvez tenhamos que colher as lições provenientes da experiência de outras dimensões” (p. 204). Em decorrência disso, Magno (1982) nos propõe uma “trans-epistemologia”, e afirma que “a psicanálise não tem pavor do sistema, como não tem medo da dissolução”, pois “o pavor do sistema equivale [...] ao pavor do anarquismo” (p. 219). Por fim, segundo uma bela metáfora de Vanier (2005), podemos dizer que a psicanálise é como o pássaro cuco (ou o chupim, da fauna brasileira) que bota seus ovos nos ninhos de outros pássaros.

Além da especificidade transdisciplinar, o que mais aproxima os continentes científicos abertos por Freud e Marx? Vejamos outras homologias entre a psicanálise e o materialismo histórico. Althusser (1976-1984/1996a) afirma que

Marx e Freud estariam, pois, unidos um ao outro pelo materialismo e pela dialética, com a estranha vantagem por parte de Freud de haver explorado figuras da dialética, muito próximas as de Marx, mas às vezes também mais ricas que elas, e como esperadas pela teoria mesma de Marx¹² (p. 195, tradução nossa).

Convergindo com essa hipótese de Althusser, Jorge Alemán (2009, p. 44) é da opinião de que, em um certo sentido, a psicanálise surgiu como uma espécie de “sintoma da esquerda”. Sua conjectura é de que a psicanálise pode proporcionar ao campo prático e teórico da experiência política revolucionária o que ela, sem o saber psicanalítico, não é capaz de entender e metabolizar. O próprio Freud, mesmo tecendo algumas infundadas críticas à teoria de Marx (depois parcialmente retificadas por Lacan), faz uma afirmação muito interessante acerca da ampliação do campo do materialismo histórico a partir da psicanálise. Afirmou que

estivesse alguém em condições de mostrar detalhadamente a maneira como esses diferentes fatores – a disposição humana geral, herdada, suas variações raciais e suas transformações culturais – se inibem e se estimulam uns aos outros sob as condições de categoria social, profissão e capacidade de realização; se alguém fosse capaz de fazê-lo, teria suplementado o marxismo de modo que este se teria tornado autêntica ciência social (1933/2010b, p. 175).

¹¹ Especificidade que Rinaldi (1996, p. 12), por sua vez, chamou de “caráter pluridimensional”.

¹² O texto em língua estrangeira é: “Marx y Freud estarian pues unidos el uno al otro por el materialismo y la dialéctica, con la extraña ventaja por parte de Freud de haber explorado figuras de la dialéctica, muy cercanas a las de Marx, pero a veces también más ricas que ellas, y como esperadas por la teoría misma de Marx”.

Segundo Engels (1883/1978), cada nova e genuína ciência pode ser um catalisador do materialismo histórico. E se Althusser (1964/1984a, 1976/1984b) não foi o primeiro a entender isso, é visível que foi um dos mais exitosos na busca por ampliar o materialismo histórico incluindo nele o saber psicanalítico, êxito que o próprio Lacan (1964/1996) reconheceu dizendo-se “muito honrado por um tal esforço e confortado por seu pleno sucesso” (p. 264). E não seria o materialismo histórico uma ciência não só capaz de incluir o sujeito da psicanálise, mas, como afirma Althusser, que demanda a contribuição da psicanálise? Ora, quando Lacan (1966/2003i) afirma que a efetividade de qualquer projeto revolucionário depende de deixar vazio o lugar da verdade, não estaria ele suplementando o que já se encontra na concepção marxiana de riqueza como “uma situação em que o homem não se reproduz a si mesmo numa forma determinada, limitada, mas sim em sua totalidade, se desvencilhando do passado e se integrando ao movimento absoluto do tornar-se?” (MARX, 1857-58/2006, p. 81). É preciso enfatizar que para Marx essa riqueza humana *potencial*, por ele chamada de *carecimento*, tem na supressão da limitante forma social capitalista¹³ a sua condição de potencialização.

No mesmo sentido da afirmação de Foucault (1969/2006b) de que eles criaram novas discursividades, Althusser (1968/1989) defendeu que Marx e Freud haviam inaugurado “continentes científicos”, respectivamente, o continente do inconsciente e o continente da história. Para esse autor, toda ciência rigorosa é necessariamente crítica-da-ideologia. Ainda sobre esse aspecto, Althusser (1966/1996c, p. 131), no que pese às pretensões de um efetivo projeto revolucionário das formações sociais, afirma que a psicanálise deveria ser incluída como um saber-fazer particular (regional) no continente do materialismo histórico, o que nos leva a uma questão recíproca: se é inegável o fato de que a psicanálise pode ampliar o projeto socialista de revolução do modo de produção social (ampliando a sua concepção de sujeito e de subjetividade), poderia o materialismo histórico dar sua contribuição à psicanálise, possibilitando, entre outras coisas, que ela alargue seu campo de atuação na medida em que (e por causa disso mesmo) possa ajudá-la a se despir dos resquícios liberais ainda presentes nas suas práticas de consultório? Para ficarmos apenas em um dos mais importantes exemplos desses resquícios, compartilhamos da constatação de Elia (2019) de que, em relação ao pagamento das sessões de análise, “os psicanalistas não conduzem com todo esse rigor a sua prática, e a maioria absoluta segue regulações de mercado” (p. 161)¹⁴.

¹³ Para um estudo exploratório do conceito de forma social na teoria de Marx, conferir o livro de Alysson Mascaro (2013), especialmente o primeiro capítulo.

¹⁴ Nesse sentido, Fernandes e Alves Lima (2019) fazem uma problematização imprescindível no Posfácio do livro “As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social” de Elizabeth Danto: “Se por um lado, é louvável e necessário que as classes populares tenham acesso ao tratamento psicanalítico, a verdade é que não avançamos

2.4 O trabalhador-intercessor e sua caixa de ferramentas

No campo da Saúde Mental agimos de forma disciplinar quando atuamos a partir da posição de mestres detentores do saber e do poder sobre os pacientes. Em termos epistemológicos, trata-se da ação de um sujeito sobre um objeto passivo, negando o princípio de que sujeito e objeto se relacionam dialeticamente. Do ponto de vista psicanalítico, atuar de modo disciplinar significa apresentar-se como um grande Outro que impõe ao sujeito o seu próprio modo de gozar, tomando-o como um subdesenvolvido (LACAN, 1973/2003c). Dessa cisão entre sujeito e objeto derivam outras, como as cisões normal-anormal e queixa-suprimento. Se essas cisões estabelecem o campo disciplinar típico ao laço social capitalista, a Saúde Mental Coletiva precisa superar essa forma de relacionamento e estabelecer uma perspectiva transdisciplinar. O tratamento do real pelas ferramentas do simbólico exige a transdisciplinaridade, forma de Atenção na qual os princípios disciplinares doença-cura e normal-anormal dão lugar ao princípio dos processos de subjetivação (também referido como processo saúde-adoecimento), e o princípio queixa-solução dá lugar ao princípio da interlocução simbólica, ou seja, não mais a ação de mestres supridores sobre sujeitos carentes, mas sim a de trabalhadores-intercessores posicionados como propulsores de processos de subjetivação que os sujeitos do sofrimento já carregam em si e que se encontram em menores ou maiores impasses.

E o que é um trabalhador-intercessor? De início, podemos defini-lo pela sua negação dialética. O seu avesso é o trabalhador-disciplinar agente do saber-poder que ainda prevalece no campo das políticas públicas, caracterizado não apenas por ser alienado em relação ao processo de produção do qual participa, mas, e por isso mesmo, por ser *um agente produtor de subjetividades alienadas*. Em uma perspectiva avessa a essa lógica disciplinar, parto da minha

praticamente nada quanto ao maior desafio, que é o de superar o gargalo da formação psicanalítica. Precisamos formar psicanalistas populares [...]. Uma formação em psicanálise é ainda muito cara e praticamente inviável para a maioria das pessoas, mesmo em escolas progressistas. Isso é crucial [...] porque precisamos de psicanalistas que conheçam profundamente o universo simbólico das classes populares, que tenham sido criados e/ou que vivam nas periferias das metrópoles brasileiras, onde vivem, afinal, a maior parte da população. Enquanto os psicanalistas forem majoritariamente das classes médias e altas, nossos esforços serão muito limitados. Talvez o exemplo de Viena e Berlim nos ajude a avançar nesse sentido. Além de serem clínicas públicas, esses espaços também se constituíram como escolas de formação em psicanálise. Mas, seguindo seu espírito público, organizou-se um sistema de ‘troca de trabalho’: os psicanalistas mais experientes, além de atenderem o público da clínica, também faziam análise didática gratuita dos candidatos à formação psicanalítica. Estes, por sua vez, também atendiam gratuitamente na clínica. Ao mesmo tempo, seminários de formação teórica e grupos de supervisão eram organizados por membros das clínicas. Dessa forma, o [...] ‘tripé da formação’ estava garantido com pouquíssima, ou quase nenhuma, circulação de dinheiro. O que nos impede objetivamente de fazer isso hoje no Brasil?” (p. 393-394).

experiência, junto a de outros, para teorizar sobre um trabalhador de Saúde Mental de um novo tipo, cujas características são demandadas pelos parâmetros do Paradigma Psicossocial. Os trabalhadores típicos a cada um dos paradigmas de Saúde Mental contraditórios partem de perspectivas dialeticamente opostas (Quadro 2).

Quadro 2 – Diferenciação entre as perspectivas disciplinar e transdisciplinar no campo da Saúde Mental

Dispositivo Disciplinar	Dispositivo Intercessor (transdisciplinaridade)
Princípios doença-cura, queixa-suprimento e normal-anormal (Descendentes do princípio da cisão entre sujeito e objeto)	Processos de subjetivação/“existência-sofrimento” (mediação dialética entre sujeito e objeto)
Divisão parcelada e técnica do trabalho entre os que fazem e os que pensam.	Integralidade (práxis)
Prevalência de laços sociais alienantes	Prevalência de laços sociais singularizantes

Fonte: O Autor, 2021.

A psicanálise e o materialismo histórico são as referências básicas do trabalhador-intercessor para lidar, respectivamente, com as formações subjetivas e com a formação social. Como a tessitura da formação social é realizada pelas instituições sociais, ele ainda recorre à análise institucional francesa como saber-fazer acessório. No campo da Saúde Mental pública, o trabalhador-intercessor é caracterizado principalmente por ser precavido pela psicanálise, mas isso dependerá da sua especialidade. Quando se tratar do serviço social ou da terapia ocupacional, por exemplo, o materialismo histórico há de ser a sua base principal. Neste caso, porém, será necessário estar avisado em relação à dimensão inconsciente da subjetividade. Vejamos como o primeiro a discorrer sobre esse trabalhador de novo tipo o definiu:

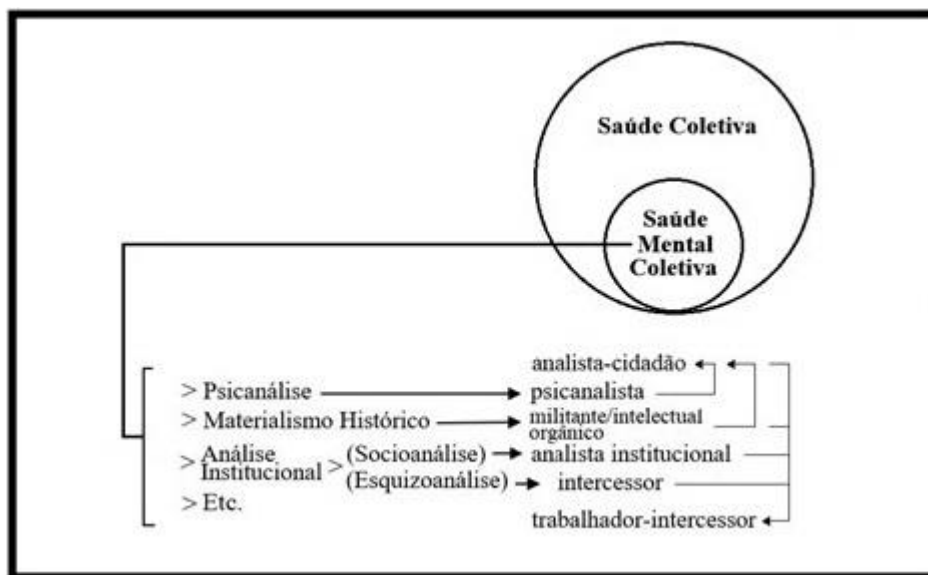
Proponho o conceito de trabalhador-intercessor. São trabalhadores precavidos pela psicanálise do campo Freud-Lacan, pela Análise Institucional, por elementos do Materialismo Histórico e elementos da Filosofia da Diferença (campos transdisciplinares e, por hipótese, correlatos, em alguma medida). Veremos que a esse trabalhador é necessário também um certo atravessamento pelos efeitos da própria análise [...]. Esse trabalhador-intercessor está posicionado em sua ação e sua reflexão sobre ela para trabalhar na construção de um trabalho transdisciplinar, de um conhecimento transdisciplinar e de um saber singular que a psicanálise específica (saber ajudar a saber) – saber que Freud identificou e Lacan especificou quanto às características e quanto aos modos de operar para a sua produção (COSTA-ROSA, 2019d, p. 43).

Em relação à especificidade da psicanálise que o trabalhador-intercessor exercita, cabe alguns esclarecimentos. Em função da complexidade do seu campo de trabalho, ao trabalhador-

intercessor não bastará ser um analista cidadão, mesmo que isso já o colocasse anos-luz distante do trabalhador-disciplinar. O analista cidadão, como propõe Eric Laurent (1999), é o psicanalista que sabe que ao longo da história a sua função social e política se modificou, que para além da sua prática de consultório particular vinculada à eventual posição de intelectual crítico vazio de ideais, ele passaria à posição de responsabilização social frente aos impasses que atualmente têm se apresentado à sociedade: “Há que se passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa; um analista sensível às formas de segregação; um analista capaz de entender qual foi sua função e qual lhe corresponde agora” (Ibidem, p. 8). Conforme Julien (2002, p. 192), o psicanalista no campo público se situa no discurso da histeria, portanto, como sujeito no lugar do agente que interpela os poderes instituídos, as instituições que suprimem as singularidades. No entanto, se o analista cidadão proposto por Laurent já se caracteriza por alargar o *modus operandi* da psicanálise em relação à sua prática originária de consultório, nossa aposta é a de que a ele também conviria acessar outras ferramentas de trabalho acessíveis em outros sítios de saber-fazer. Isso poderia proporcionar à nossa posição de analista cidadão uma acuidade maior para lidar com os difíceis impasses encontrados no trabalho institucional, bem como no entendimento das lutas políticas entre os grupos sociais divergentes que se processam na formação social como um todo e nas instituições em particular como palcos privilegiados desses embates.

Nos campos da Saúde e da Saúde Mental, dentro da perspectiva de um paradigma de tratamento alternativo ao paradigma dominante, encontramos várias figuras de trabalhadores: psicanalistas com variados graus e qualidades de entendimento da ampliação do dispositivo psicanalítico e do seu lugar político; trabalhadores mais referidos ao saber-fazer marxiano, geralmente do serviço social, da terapia ocupacional ou mesmo psicanalistas com diferentes graus de aprofundamento no materialismo histórico; outros cuja ferramenta principal é a análise institucional socioanalítica, e aqueles situados como intercessores esquizoanalistas (estes muitas vezes com uma posição de radical negação da psicanálise). É um fato constatável no cotidiano das nossas práticas que há divergências e tensões entre esses tipos de trabalhadores de Saúde Mental, mesmo que a produção de subjetividade singularizada seja o que os orientam e o que os colocariam em um horizonte ético-político comum. Essas configurações diversas são assumidas por trabalhadores das várias especialidades presentes no campo: psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros etc. Diante dessa pluralidade de possibilidades, almejando promover *alguma* intercessão entre elas, o trabalhador-intercessor tem se apresentado como mais um tipo de trabalhador público nesse campo (Figura 6).

Figura 6 – Alguns tipos de trabalhadores públicos encontrados no campo da Saúde Mental Coletiva



Fonte: O Autor, 2021.

Advertidos pelo materialismo histórico, é necessário um profundo mergulho na história dos movimentos sociais que deram origem ao campo da Saúde Mental Coletiva como proveniente de um paradigma de tratamento dialeticamente alternativo ao paradigma de tratamento dominante que é derivado do Modo de Produção Capitalista. Nessa imersão, apreendemos que a Saúde Coletiva se opõe dialeticamente à Saúde Pública. Enquanto a Saúde Pública se define por simplesmente estender a lógica privatista e médico-centrada de tratamento à população em geral por meio de políticas públicas, a Saúde Coletiva tenta instituir-se como um paradigma dialeticamente alternativo, ao passo que necessariamente se insere em um projeto de construção de uma nova sociedade. Alguns atores da Reforma Sanitária têm discutido essa luta paradigmática nomeando a lógica da Saúde Pública como Paradigma Assistencial Privatista Médico-Centrado e a lógica da Saúde Coletiva como Paradigma da Produção Social da Saúde (MENDES, 2006; PAIM, 2008; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000). No campo específico da Saúde Mental, esses paradigmas essencialmente contraditórios se desdobram, respectivamente, no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador e no Paradigma Psicossocial (COSTA-ROSA, 2013). O materialismo histórico ainda nos ajuda a entender o motivo pelo qual a Saúde Coletiva tem tanta dificuldade de se efetivar nas políticas públicas do nosso SUS, dada a hegemonia do seu paradigma antípoda.

Por fim, é preciso deixar claro que se, por um lado, a busca de compartilhamento da clareza paradigmática possa diminuir as divergências de concepções e posicionamentos entre esses vários tipos de trabalhadores de Saúde Mental, por outro, não se trata de vislumbrar a

inexistência de divergências. Elas sempre existirão, mesmo entre trabalhadores do mesmo tipo paradigmático. Dentro de uma perspectiva dialética de trabalho, temos como ponto de partida o fato de que a busca coletiva por melhores soluções para os problemas encontrados tem nas divergências de visões intercambiadas o motor da reflexão crítica necessária a toda práxis.

2.4.1 A transdisciplinaridade como superação do princípio da cisão sujeito-objeto

O sujeito está [...] em uma exclusão interna a seu objeto (LACAN, 1966/1998b, p. 875).

Em sua conferência “O que é um autor?”, Foucault (1969/2006b) afirma que tanto Marx quanto Freud são instauradores de novas discursividades. Podemos defini-las como discursividades para além do campo científico cartesiano regido pela separação entre sujeito e objeto, da qual deriva tantas outras dicotomias. Costa-Rosa (2013, p. 123) parte justamente de Marx e Freud para afirmar o princípio ético de que “quando se trata do homem fica absolutamente desfeita a díade sujeito-objeto” que caracteriza as disciplinas. Não é demais lembrar que a socioanálise (afirmativamente) e a esquizoanálise (negativamente) têm como ponto de mira inicial esses dois autores.

Ainda estamos longe do tempo em que as Universidades venham a produzir esses trabalhadores de um novo tipo necessários ao Paradigma Psicossocial. Mesmo considerando importantes exceções, a tendência tem sido a formação de profissionais disciplinares sintonizados com o Modo de Produção Capitalista e, conseqüentemente, com o paradigma de tratamento dominante. O que não é um acaso, já que é próprio do saber universitário produzir disciplinas a serem manejadas por trabalhadores incapazes de alcançar a complexidade/integralidade que toda práxis exige. É a cisão sujeito-objeto (plano epistemológico) derivada da cisão saber-fazer (plano prático das relações sociais de produção). Na base econômica da formação social está a produção de mercadorias e o conseqüente trabalho e consumo alienados, base da qual se erigem determinadas tecnociências disciplinares correspondentes. Esse tipo de trabalho é a forma básica de uma dupla expropriação. Os trabalhadores de classe média são expropriados dos produtos dos seus trabalhos e, no caso dos proletários, a essa primeira expropriação se sobrepõe uma segunda: a expropriação do saber

sobre o fazer¹⁵. Em algum momento da história, o saber-fazer expropriado do trabalhador se tornou universitário, disciplinar, o saber de um discurso universalizante que tem como efeito o apagamento da singularidade. “A filosofia, em sua função histórica, é essa extração, essa traição, eu quase diria, do saber do escravo [trabalhador], para obter sua transmutação em saber de senhor” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 21). A alienação advinda do trabalho fragmentado assenta ao mesmo tempo as bases da tecnociência disciplinar alienada e alienante que, por sua vez, retroage sobre essa mesma forma de trabalho. Como afirma Arthur Giannotti (1985), uma ciência que

se limita a retratar as formas cristalizadas do real sem se aperceber que essas figuras alienadas e os correspondentes conceitos abstratos encontram no trabalho alienado seu princípio de constituição. Por instaurar a exterioridade tanto no ser como no saber, o trabalho alienado firma o traço de união entre ambos os domínios, a cada alienação da coisa correspondendo outra no seu conhecimento, de sorte que à realidade fragmentada se segue uma ciência desconhecadora de sua unidade fundamental (p. 142).

Deste modo, a formação universitária de tipo capitalista tende demasiadamente a formar trabalhadores acríticos aplicadores de técnicas e pesquisadores reprodutores dos conhecimentos técnicos para os primeiros. O efeito prático dessa perspectiva disciplinar é a impossibilidade de ultrapassar as aparências fenomênicas para se chegar à complexidade das raízes estruturais dos problemas. Por isso Lacan (1967/2006, p. 35) afirma que, em sua forma hegemônica, é próprio da Universidade cuidar para que tudo permaneça como está, pois o saber de mestre que produz tem como produto o apagamento da dimensão da singularidade da práxis humana. Nessa perspectiva disciplinar só se pode atuar de forma funcionalista e não transformadora. Para sustentar uma perspectiva dialeticamente oposta, recorremos ao materialismo histórico e à psicanálise, dois campos teórico-práticos que já nasceram como superação do campo disciplinar (COSTA-ROSA, 2013).

Partindo da psicanálise e do materialismo histórico como bases, os trabalhadores-intercessores têm como horizonte a sustentação de uma práxis, isto é, a via oposta a todo trabalho alienado e alienante. A definição de práxis como tratamento do real pelas ferramentas do simbólico está na causa dos métodos dialético e psicanalítico (ZIZEK, 1996). Nessas duas formas de práxis há o pressuposto ético-político de que todo *sujeito* deve vir a ocupar o lugar do trabalho como condição para produzir (cri)ativamente suas próprias possibilidades singulares de existência, sempre no intercâmbio necessário com outros sujeitos sociais. Nessa

¹⁵ Lembrando ainda que no capitalismo “quanto mais adverso o trabalho, menor o salário” (MARX; ENGELS, 1848/2008, p. 20).

perspectiva avessa a qualquer trabalho alienado, sujeito e objeto não estão separados, pois nela só podemos estar diante de um sujeito que produz e se apropria do que produz, onde sujeito e objeto se transformam dialeticamente em um “movimento absoluto do tornar-se” (MARX, 2006, p. 81). Nessa relação de mediação imaginário-simbólica entre sujeito e objeto, em que vigoram os processos de subjetivação, temos o *trabalho arte* sustentado por uma práxis (MARX, 1857-58/2006). De tal forma, neste momento histórico, um trabalhador de Saúde Mental capaz de sustentar esse horizonte ético-político só pode vir da superação dialética da disciplina profissional na qual universitariamente se formou.

Portanto, para a constituição desse trabalhador será necessário construir a difícil passagem que vai do trabalhador-disciplinar que temos, ele próprio ainda mal constituído, até o trabalhador transdisciplinar que é exigido pela ética que orienta a clínica e as demais ações do paradigma da Atenção Psicossocial. Sem dúvida alguma essa tarefa deverá interessar profundamente também às Universidades (COSTA-ROSA, 2019d, p. 48).

Se nesse momento histórico não é necessariamente da Universidade que os trabalhadores-intercessores surgirão, temos que apostar na sua formação em ação, em trabalho. Para isso eles terão que encontrar outros intercessores pelo caminho, pois, “como conseguir liberar algo? É aí que o coletivo precisa de cúmplices” (OURY, 2009, p. 278). As Escolas de Psicanálise não conservadoras podem ser um bom ponto de partida de formação desses trabalhadores. Porém, salvo exceções pontuais, nesses espaços de formação de psicanalistas pouco se têm aprofundado no continente científico do materialismo histórico, de importância inquestionável para a práxis desses trabalhadores. E o próprio Lacan (1967/2003h) nota isso, afirmando que “da realidade da exploração inter-humana, não se pode dizer que o psicanalista seja perito” (p. 255). Se, como diz o mesmo Lacan (1959-60/2008a, p. 250), são poucos os marxistas que se dão conta da importância da saber psicanalítico, parece que a recíproca também vem se confirmando: têm sido poucos os psicanalistas que se aprofundam na crítica da economia política capitalista inaugurada por Marx.

Sintetizando as conclusões nas quais chegamos até aqui, podemos dizer que para atuar em Estabelecimentos institucionais públicos, a caixa de ferramentas do trabalhador-intercessor deve ter duas características fundamentais: a multirreferencialidade e a transdisciplinaridade (entendendo que a primeira é suprassumida pela segunda). Seu arsenal deve ser multirreferenciado porque lida com fenômenos sobredeterminados. Principalmente, tem que ser transdisciplinar porque, por ele se pautar numa ética da singularização, as especialidades disciplinares – e os efeitos de saber e poder opressivos que exercem – deverão ser

suprassumidas. Isso quer dizer que no campo da Saúde Mental Coletiva “ninguém está livre de se confrontar com os limites da disciplina a qual corresponde a profissão em que foi formado” (COSTA-ROSA, 2013, p. 227). Por também se tratar de uma ampliação do campo de atuação da psicanálise, não podemos deixar de recorrer a Freud e Lacan para configurar essas duas características básicas do arsenal teórico-prático e ético-político desse trabalhador de um novo tipo.

Sobre a multirreferencialidade, Freud (1933/2010c) diz que a aplicação da psicanálise a outros locais de atuação “requer conhecimentos especializados *que o analista não possui*, enquanto que aqueles que os possuem, os especialistas, nada sabem e talvez nada queiram saber [...] da psicanálise” (p. 306, grifo nosso). Em outra passagem similar diz que “nossos psiquiatras não estudam psicanálise, e nós, psicanalistas, conhecemos poucos casos psiquiátricos” (FREUD, 1916-17/2014, p. 560). Ou em outros momentos da sua obra, como quando, ao falar de uma “psicoterapia para o povo”, considera que “a vida difícil que os espera [durante e após o tratamento] não os atrai” (o que nos remete à questão do caso Pedro acima mencionado), concluindo que somente conseguiremos resultados satisfatórios se unirmos “a terapêutica anímica” com algum tipo de “apoio material” (FREUD, 1919/2010a, p. 292).

Já a menção de Lacan (1958/1998a) à transdisciplinaridade é indireta e advém, portanto, da forma como podemos interpretar e desdobrar o que ele nos diz em *A direção do tratamento e os princípios do seu poder*. Neste texto há uma passagem emblemática onde refere que “a impotência em sustentar uma práxis reduz-se, como é comum na história dos homens, ao exercício de um poder” (p. 592). Disso, extraímos que para se sustentar uma práxis – avesso dialético da sustentação da miséria (LACAN, 1973/2003c) – é necessário que as especialidades profissionais presentes nas políticas públicas, originariamente caracterizadas por operarem a partir das cisões sujeito-objeto e saber-fazer, sejam radicalmente subvertidas, dando lugar ao que chamamos de práticas transdisciplinares ou intercessoras.

Em linhas gerais, podemos dizer que práticas intercessoras são aquelas nas quais, pela via do manejo transferencial (FREUD, 1912/2017e), são capazes de pôr os sujeitos da práxis (tanto os sujeitos do tratamento, quanto os demais sujeitos-trabalhadores das políticas públicas) no lugar do trabalho no processo de produção da Atenção. Nesse laço social contra hegemônico, “o sujeito tomado como objeto pelo discurso da Ciência é devolvido ao seu lugar de ator na produção de sentidos, sempre múltiplos [...], frente aos acontecimentos que o interpelam” (COSTA, M. F., 2019, p. 190). Um processo de produção que, por essas características, merece ser adjetivado como transdisciplinar. Nesse processo de produção singularizante, ao trabalhador-intercessor é reservada a função de um “coadjuvante fundamental” que, recorrendo

à psicanálise, entende que no dispositivo analítico só lhe cabe ocupar *o lugar de semblante do objeto* que o sujeito do tratamento lhe transfere (não desconsiderando as vezes em que a ele será necessária outra forma de ocupação no dispositivo, como na atuação junto aos impasses institucionais e no manejo dos casos específicos de escuta dos impasses da psicose, do autismo etc.). Trata-se de ocupar uma posição de “não-resposta”, de “silêncio em si” (necessariamente alcançada por meio da própria “análise pessoal”¹⁶), uma posição capaz de agenciar/causar o trabalho do próprio sujeito do sofrimento que demanda ajuda, bem como o trabalho dos demais trabalhadores do campo na produção de respostas aos impasses institucionais nos quais ele também está implicado. Ao superar as práticas disciplinares – reconstituindo a relação do *sujeito* que produz e o saber-fazer que ele próprio extrai da relação com seu *objeto* –, o trabalhador-intercessor coloca em operação um trabalho psíquico no qual o objeto é ativo e o sujeito é constantemente subvertido (LACAN, 1967/2003b)¹⁷.

De modo homólogo, tanto a psicanálise quanto o materialismo histórico propõem uma práxis capaz de tratar o real pelas ferramentas do simbólico, isto é, práxis como “capacidade humana de manejar o real utilizando as ferramentas da função simbólica, inerente tanto ao trabalho em geral quanto ao trabalho do pensamento” (COSTA-ROSA, 2013, p. 144). Em outros termos, o estabelecimento da relação entre um objeto-causa de um sujeito em constante processo de subversão de si, um tipo de relação que é cada vez mais negada no Modo de Produção Capitalista, negação essa que tende a ser parcial no caso dos trabalhadores de classe média e radical no caso dos trabalhadores proletários. Nesse modo de produção, o objeto-produto do trabalho alienado se volta de forma hostil contra o trabalhador que o produziu, configurando uma situação em que o objeto também é ativo, mas, diferentemente do que acontece numa práxis, o sujeito é cada vez mais assujeitado ao objeto. Um assujeitamento progressivo que lança o sujeito em uma rota de colisão fatal com o objeto, dada à forclusão da castração operada pelo discurso capitalista (LACAN, 1971-72/2001a). Nessa progressiva abolição da mediação entre sujeito e objeto, a tendência é a produção de sujeitos consumidores fissurados por *gadgets*, que são essas bugigangas cada vez mais descartáveis. É o que Marx chamou de feitiço (fetichismo) das mercadorias. Nesse caso, trata-se de um objeto de gozo que, portanto, tende a desvelar-se cada vez mais em sua face real, quer dizer, sem qualquer anteparo imaginário-simbólico. Parafraseando Freud acerca do fenômeno da melancolia, podemos dizer

¹⁶ A “análise pessoal” do trabalhador de Saúde Mental é fundamental, já que o seu próprio psiquismo deve ser incluído entre as suas principais ferramentas de trabalho.

¹⁷ Homologamente, Foucault (1963/1977) nos fala da “possibilidade do indivíduo ser ao mesmo tempo sujeito e objeto de seu próprio conhecimento” (p. 227).

que nesse modo de produção a sombra do objeto tende a cair sobre o sujeito: tanto no trabalho proletário, pela negação do pensamento (cri)ativo do trabalhador e pela espoliação do seu corpo, quanto no consumismo desenfreado, vemos uma tendência galopante à abolição da mediação sujeito-objeto, empuxo ao gozo que Lacan (1972) formulou como um consumo tão perfeito que finalmente se consuma. Na formação social regida pelo Modo de Produção Capitalista,

o ideal é deixar o desenrolar dos acontecimentos totalmente dependente da ‘lei de mercado’, sua mão invisível; ora, é preciso admitir que a lei do mercado é uma forma absolutamente particular de regulação, na qual esta tende infinitesimalmente a zero. Nos dois casos a regulação e o limite entre as partes em ação são produzidos apenas pela catástrofe, ‘a morte de um no outro’ (COSTA-ROSA, 2013, p. 167).

Mas, na via oposta que definimos como transdisciplinar, o que significa sustentar uma práxis psicanalítica pautada em uma não-resposta, em que sustentamos o semblante do objeto na transferência dos sujeitos do sofrimento que nos demandam ajuda para que eles se desloquem para a posição de trabalho?

Como afirma Elia (1992, p. 12), se a ciência disciplinar “visa a fundar, produzir, como efeito do seu discurso, um objeto, recalcando, em seu movimento, o sujeito”, na via oposta “a psicanálise [...] faz agenciar a sua prática discursiva [...] pelo objeto, dirigindo-se assim a um sujeito, situado [...] em sua singularidade”. Contudo, entendamos bem o que significa fazer agenciar a nossa prática discursiva a partir do objeto. Este objeto não está senão do lado do próprio sujeito (em sua fantasia fundamental), aparecendo do lado do analista apenas como projeção. E o analista, sabendo disso, não responde desse lugar em que é investido, buscando operar de um lugar terceiro em relação a essa linha disciplinar/imaginária na qual a relação sujeito-objeto se projeta. Apenas desse lugar terceiro, para-além da correspondência imaginária, poderemos interceder nos processamentos de subjetivação que o sujeito mesmo já está tentando processar. Somente dessa forma se torna possível operar a partir da ética da singularização, ética que delimita que os sujeitos que nos demandam ajuda possam se apropriar do saber inconsciente que somente eles podem pôr em ação, mediante o nosso posicionamento analítico.

2.5 Considerações finais

De Freud temos a indicação de que a complexidade dos fatores determinantes dos fenômenos com os quais lidamos na Saúde Mental Coletiva demanda adaptarmos e ampliarmos nossas ferramentas de trabalho. De Lacan, amplificando as descobertas freudianas, e na trilha de Marx, temos a indicação de que tais *ferramentas* deverão estar à altura de operar uma práxis, que definimos como tratamento do real da angústia pelas ferramentas do simbólico (LACAN, 1964/2008b); o que, na Saúde Coletiva, só será possível se pudermos, mediante uma diversificada gama de dispositivos clínicos, propiciar aos sujeitos do sofrimento o deslocamento para o lugar do trabalho no processo de produção da Atenção. Se “na sociedade burguesa, o capital é autônomo e pessoal, enquanto o indivíduo que trabalha não tem autonomia” (MARX; ENGELS, 1848/2008, p. 34), somente devolvendo aos sujeitos do tratamento o lugar do trabalho no processo de produção é que será possível fazer com que eles possam se apropriar do que eles mesmos produzem no ato mesmo da produção.

Apenas com a psicanálise ou apenas com o materialismo histórico avançaremos insuficientemente nesse campo. Na Saúde Mental Coletiva é indispensável a sustentação de uma práxis multirreferenciada e transdisciplinar. Em nossa caixa de ferramentas necessariamente diversificada, a psicanálise e o materialismo histórico se apresentam como pilares básicos. Sendo transdisciplinares, o marxismo e a psicanálise se refutam ao passo que não podem ser unidos numa disciplina totalizante. Porém, acerca das relações parcialmente harmônicas e parcialmente tensas entre Marx e Freud, cabe a proposta de Rouanet (1989) de que esses gigantes do pensamento científico podem fazer um duo em contraponto, pois “as duas doutrinas funcionam como limites negativos uma da outra, relativizando-se e relativizando qualquer pretensão totalizante” (p. 76). Em teoria musical, o contraponto diz respeito à escuta da textura em mais de um plano, seja ele instrumental ou vocal. É uma técnica usada nas composições em que duas ou mais melodias são combinadas considerando, simultaneamente, o perfil melódico de cada uma e a qualidade intervalar e harmônica gerada pela sobreposição das duas ou mais melodias que disputam a atenção do ouvinte. São melodias independentes que, ao se entrelaçarem, são ouvidas como diálogo polifônico. Nesse sentido, este escrito é apenas um dos muitos ensaios necessários.

ENSAIO 3 - A REORIENTAÇÃO DAS PRÁTICAS AMBULATORIAIS NA SAÚDE MENTAL COLETIVA A PARTIR DOS GRUPOS DE RECEPÇÃO¹

Se o objeto ao invés de ser ‘a doença’ torna-se ‘a existência-sofrimento dos pacientes’ e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 30).

3.1 Introdução

Entre as contribuições da psicanálise ao campo da Saúde Mental Coletiva, encontramos muitos trabalhos que versam sobre a clínica dos sujeitos com impasses subjetivos limítrofes, os chamados psicóticos e neuróticos graves. Até a inflexão imprimida pelo golpe de Estado de 2016, a nossa Política Pública de Saúde Mental, que nas últimas duas décadas colocou em xeque o tratamento manicomial, estabelecia que estes sujeitos tinham os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como locais privilegiados para o tratamento, não sem o necessário trabalho com outros Estabelecimentos institucionais e demais dispositivos clínicos presentes no Território², visando à formação de uma articulada Rede de Atenção. Em última instância, o que caracteriza esses sujeitos é o fato de que a especificidade dos seus impasses subjetivos lhes acarreta importantes prejuízos ao convívio social, isto é, aos seus modos de *andar* a vida (CANGUILHEM, 1990).

Por outro lado, salvo honrosas exceções (CADERNOS IPUB, 2000; FIDELIS, 2013; FIGUEIREDO, 2002; FERNÁNDEZ, 2001; PÉRICO, 2014; TENÓRIO, 2001), não há muitos trabalhos aprofundados sobre as contribuições da psicanálise à “Atenção ambulatorial não-intensiva”, ou seja, destinada àquela população que não demanda um tratamento intensivo, aos sujeitos que não têm, como resultado do processo saúde-adoecimento, restrições mais graves

¹ Uma versão preliminar e em forma de artigo deste ensaio foi aceita para publicação na “Revista Subjetividades” (PÉRICO; RINALDI, 2022, no prelo).

² Seguimos a histórica Oitava Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), que partiu do geógrafo brasileiro Milton Santos para definir esse conceito. Conforme escrevemos em outro lugar: “o Território é concebido, para além do espaço físico, como espaço vital: econômico, político, sociocultural e subjetivo; o que, aliás, justifica a necessidade da descentralização político-administrativa (municipalização) da Saúde” (SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014, p. 34).

em relação ao convívio social. Em outros termos, aos que *ambulam* sem dificuldades maiores. Trata-se dos casos de sujeitos do sofrimento³ neurótico e de alguns tipos de sofrimento psicótico cujos impasses podem variar de leves até mais graves, mas não ao ponto de justificarem uma “Atenção intensiva” de tipo CAPS. Uma população “que sofre do corpo e da vida mas suporta o ir e vir cotidiano para se tratar” (FIGUEIREDO, 2002, p. 172). Por definição, os tratamentos realizado nos CAPS e Estabelecimentos similares⁴ também são de natureza ambulatorial, entendidos como ações necessariamente situadas num espaço territorial. Dessa forma, a diferenciação mais precisa se dá entre aqueles sujeitos que demandariam uma Atenção ambulatorial intensiva ou semi-intensiva, tratados pela “Estratégia-CAPS”, e aqueles que seriam tratados na Atenção ambulatorial não-intensiva, esta sim relativa às práticas mais propriamente ambulatoriais. No Paradigma Psicossocial de tratamento, segundo Costa-Rosa (2013), as ações ambulatoriais não-intensivas são entendidas como “operações que passam a ocorrer em quaisquer espaços arquitetônicos, em alguns casos mesmo a céu aberto”, e as ações ambulatoriais intensivas são caracterizadas

[...] por tomarem como referentes os casos e as situações que necessitam de continência em tempo integral – só nesses casos o próprio arquitetônico e o mobiliário podem desempenhar uma pequena parte de algumas das ações; aqui são utilizados os Caps-III abertos 24 horas e as ‘Enfermarias de curta permanência em Hospital Geral’ (p. 113).

Dado que os avanços e os retrocessos da Reforma Psiquiátrica em nosso país não se dão de forma linear no tempo e no espaço (MONDONI; COSTA-ROSA, 2010) e considerando sempre a especificidade de cada Território (em relação ao fato de ter ou não certos Estabelecimentos já instalados), essa Atenção ambulatorial intensiva ou não-intensiva devem ser realizadas por trabalhadores de uma gama variada de Estabelecimentos e demais dispositivos clínicos públicos (ou privados conveniados ao Sistema Único de Saúde): Centros

³ Na construção do Paradigma da Atenção Psicossocial, propomos a substituição de algumas formas de nomeação ainda comuns nesse contexto, como “doente mental”, “portador de transtorno mental” ou mesmo “usuário”. A fim de explicitar os múltiplos atravessamentos psíquicos e sociais de um sujeito, a locução “sujeito do sofrimento” é por nós concebida tanto pelo que Lacan (1972-73/2008d) chama de “o indivíduo que é afetado pelo inconsciente” (p. 152), quanto por aquilo que Franco Basaglia, partindo de Marx, define como “existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social” (ROTELLI, 2001. p. 91). A preposição “do”, na locução “sujeito do sofrimento”, visa a ressaltar que onde há sofrimento, há sujeito. Em outros termos, quer dizer que onde há sofrimento já há trabalho de subjetivação em menores ou maiores impasses. Outro motivo para utilizarmos essa locução decorre do fato de que se o sofrimento é *do* sujeito, considerando a ética da singularização que nos orienta, é fato inalienável que somente ele pode produzir o equacionamento dos seus impasses psíquicos, restando a nós a posição de intercessores desse processo. Para maiores detalhes, confira o subtópico 4.1. do ensaio 1 desta tese.

⁴ Como os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) das exitosas experiências municipais de Santos-SP, Bauru-SP e Rio Claro-SP (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007), e os NAPS à mineira, isto é, os Centros de Referência em Saúde Mental do Estado de Minas Gerais (LOBOSQUE, 2003).

e Unidades Básicas de Saúde; Estratégias Saúde da Família; Estabelecimentos de Saúde vinculados a Universidades (Hospitais Universitários, Clínicas-Escola); Ambulatórios Ampliados de Saúde Mental, etc. A hipótese e a justificativa por trás desse fato – o de que uma dada oferta de Atenção deve se dar em qualquer local e não somente em Estabelecimentos específicos – advém da Estratégia Atenção Psicossocial.

A Estratégia Saúde da Família – implementada em alguns pioneiros municípios brasileiros desde o ano de 1994 e instituída para todo o país apenas em 2006 – é considerada a principal estratégia de ampliação do acesso à Saúde e o carro-chefe do processo de implementação de um novo Paradigma de Atenção à Saúde (MENDES, 2006). Baseada na Estratégia Saúde da Família, a teoria da Estratégia Atenção Psicossocial foi inaugurada por Yasui e Costa-Rosa (2008) e posteriormente ampliada por Costa-Rosa (2013). Ela consiste no princípio de que devemos desvincular os dispositivos de tratamento dos Estabelecimentos e demais locais nos quais eles podem se realizar. Trata-se de “uma estratégia territorial baseada numa rede de práticas e dispositivos, muito além de uma rede de Estabelecimentos” (COSTA-ROSA, 2013, p. 91). Lembremos que os municípios com menos de vinte mil habitantes não demandam a instalação de um CAPS. No entanto, os sujeitos cujos tratamentos exigem uma Atenção intensiva deverão ser tratados em qualquer lugar onde haja equipe de Saúde Mental, que deverá ofertar tratamentos segundo a estrutura e a lógica do CAPS, independentemente da existência do CAPS como Estabelecimento. Nesse caso, falaríamos de “Estratégia CAPS de tratamento”, como uma das especificidades da Estratégia Atenção Psicossocial. Outra dessas especificidades, temporária, é a sua utilização em Estabelecimentos que se situam na transição paradigmática (MONDONI; COSTA-ROSA, 2010). É o caso dos Ambulatórios de Saúde Mental que devem ser provisoriamente reformados para, em seguida, serem dialeticamente superados (COSTA-ROSA, 2013; ROTELLI et al., 2001; YASUI; COSTA-ROSA, 2008; TENÓRIO, 2002)⁵. Quer dizer, “não se trata [apenas e momentaneamente] de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado” (TENÓRIO, 2002, p. 35). No que se refere à

⁵ Os Ambulatórios de Saúde Mental que sobrevivem no Brasil são resquícios (piorados, diga-se) da nossa primeira tentativa de Reforma Psiquiátrica, iniciada na década de 1970 em alguns Estados da Federação. Essa experiência foi baseada no modelo estadunidense de Reforma, nomeado como Psiquiatria Preventivista-Comunitária, que já foi alvo das devidas críticas dialéticas (BIRMAN; COSTA, 1994; COSTA-ROSA, 1987; TENÓRIO, 2001, 2002), de modo que “a superação [dialética] da Psiquiatria Preventivo-Comunitária parece ser o novo passo para a Atenção Psicossocial” (MONDONI; COSTA-ROSA, 2010, p. 45). Para Costa-Rosa (2013), é discutível o fato do primeiro historiador da Reforma Psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 1995) desconsiderar a importância dessas práticas pioneiras, ao definir a Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental, em 1978, como o marco histórico inicial do nosso Movimento da Reforma Psiquiátrica.

utilização da Estratégia Atenção Psicossocial para analisar o caso dos Ambulatórios de Saúde Mental, Severo e Dimenstein (2011, 2013) já colheram resultados importantes.

Por se tratar de um trabalho eminentemente clínico-institucional pautado na ética da singularização, enfatizamos a especificidade de um trabalhador de Saúde Mental *de um novo tipo* que chamamos de trabalhador-transdisciplinar ou trabalhador-intercessor. Na contramão dos especialismos disciplinares operados pelo Modo de Produção Capitalista, almejamos a difícil construção de um trabalhador advertido pela psicanálise do campo de Freud e Lacan, pelo materialismo histórico de Marx e por alguns subsídios da Análise Institucional francesa. Isso significa que, além de um psicanalista cidadão (ELIA, 2000; LAURENT, 1999), ele também é um materialista histórico-dialético (MARX; ENGELS, 1845-1846/2007) e um analista institucional (LOURAU, 1970/2014); sem desconsiderar, obviamente, o necessário saber-fazer com as tensões inevitáveis entre essas referências teórico-práticas e ético-políticas (PÉRICO, 2014).

Partindo de uma análise paradigmática da Saúde Mental, diversos trabalhadores-pesquisadores vêm implementando um cotidiano trabalho clínico-institucional (Intercessão) e uma reflexão epistemológica (Pesquisa) sobre a transição paradigmática em curso nesse campo. Inserida nesse movimento, a discussão que se segue resulta da Intercessão-Pesquisa que venho realizando nos últimos dez anos, “respondendo” pela função de psicólogo em Estabelecimentos de Atenção Psicossocial. O objetivo deste ensaio é refletir sobre as práticas públicas da Atenção ambulatorial não-intensiva ao sofrimento psíquico, partindo da seguinte pergunta: no contexto da Saúde Mental Coletiva, qual é o estatuto teórico-prático e quais os efeitos ético-políticos dos modos de acolhimento inicial dado à “emergência” do sujeito, deflagrada nas várias modalidades de crise psíquica que batem à porta dos Estabelecimentos públicos de Saúde? Temos encontrado duas modalidades de acolhimento nesses Estabelecimentos, situáveis, como veremos, em dois paradigmas de tratamento dialeticamente opostos: a “triagem individual”, típica do Paradigma Psiquiátrico, e o “grupo de recepção”, fundamental ao Paradigma Psicossocial. Visando à transformação dos modos de produção dos dispositivos clínicos, incluindo o próprio dispositivo institucional, partimos de uma hipótese de base psicanalítica – já preliminarmente praticada e teorizada por nós (PÉRICO, 2014) e por outros trabalhadores-pesquisadores do campo (CADERNOS IPUB, 2000; COSTA-ROSA et al., 2004) –, de que a subversão paradigmática a ser operada se inicia nos dispositivos de recepção. Nesse ensaio, darei destaque à reflexão sobre as mudanças operadas nos Estabelecimentos institucionais de dois municípios diferentes onde trabalhei, uma Unidade Básica de Saúde e um Ambulatório de

Saúde Mental; mudanças que tiveram como base a implantação dos grupos de recepção⁶. Em meio a isso, analisaremos as várias formas de resistências encontradas, advindas principalmente de outros trabalhadores de Saúde Mental, e os necessários manejos que pudemos utilizar a fim de contornar esses impasses institucionais e interprofissionais. Em se tratando de uma experiência na Saúde Coletiva, onde a demanda de tratamento é cada vez maior, e considerando a especificidade desse campo, visamos à sustentação de *uma práxis na qual a psicanálise é ampliada* com o objetivo de desenvolver dispositivos coletivos de recepção e de tratamento propriamente dito. Para a práxis clínico-institucional anteriormente realizada e a reflexão que aqui propomos, tomamos como base as teorizações de Costa-Rosa (1987, 2000, 2013) acerca da tensão dialética entre os dois paradigmas de tratamento que, neste momento histórico, lutam entre si para se efetivarem nas práticas de Saúde Mental.

3.2 Breve caracterização dos paradigmas de produção da Atenção em Saúde Mental

Sem uma definição clara da concepção do processo de produção [...] da Atenção que sirva de bússola, dificilmente se saberá aonde ir e como (COSTA-ROSA, 2013, p. 142).

Em virtude do Paradigma da Atenção Psicossocial vislumbrar uma clínica e uma política necessariamente transdisciplinar (isto é, além de apenas multi e interdisciplinar), e devido às suas práticas se realizarem em Estabelecimentos institucionais, seus trabalhadores não podem prescindir de uma análise dialética (paradigmática) da Saúde Mental. Fato, já que encontramos espalhada pelos Territórios uma gama variada de Estabelecimentos que têm, cada um, uma especificidade lógica, vinculada a uma origem histórica que deve ser mapeada e compreendida por seus agentes. Então, é fundamental partir da constatação de que Estabelecimentos de vários matizes lógicos podem conviver em um mesmo período histórico e em um mesmo espaço territorial. Podemos encontrar: 1) aqueles pautados na lógica asilar, os Manicômios e os

⁶ Estamos aqui na companhia da tese fundamental de Marx (1859/1974), para quem as revoluções dos modos de produção têm nas transformações das forças produtivas o seu pivô. O conceito de “forças produtivas” corresponde à soma da “força de trabalho” humana com os “meios de produção” (no nosso caso, esses “meios” são os dispositivos clínicos). Para Marx, é do choque entre as forças produtivas e as relações de produção que surge a revolução de um modo de produção a um outro. No campo da Saúde Mental, os dispositivos clínicos singularizantes que introduzimos – em contraponto aos dispositivos adaptacionistas-reprodutores –, são “meios de trabalhos” de um Outro paradigma (modo de produção) da clínica. É isso que nos dá o entendimento de que “diferentes modos de produzir implicam em diferentes resultados produtivos” (COSTA-ROSA, 2013, p. 299).

Hospitais Psiquiátricos; 2) os Estabelecimentos da transição paradigmática, como os Ambulatórios de Saúde Mental; bem como – com a incumbência de demover radicalmente a lógica e a estrutura de tratamento dos primeiros – 3) os CAPS, as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivências etc. Assim, conhecer as especificidades de cada um desses Estabelecimentos se coloca como ponto de partida para melhores possibilidades de interceder nesses coletivos de trabalho. Sem uma *clareza paradigmática* por parte dos seus agentes, a lógica asilar do Paradigma Psiquiátrico tende a reinar nos próprios Estabelecimentos criados para sustentarem o Paradigma Psicossocial.

Apropriando-se criticamente da discussão de Thomas Kuhn (1998), Costa-Rosa (1987, 2000, 2013) propõe uma análise paradigmática e dialética da Saúde Mental Coletiva. O solo de tal análise é composto por referências que fizeram a superação das disciplinas (que possibilitam, então, o exercício de uma práxis): a psicanálise, o materialismo histórico e a Análise Institucional. Munidos dessas ferramentas, verificamos que nesse contexto existem dois paradigmas de tratamento que se contradizem radicalmente. Considerando a “unidade e luta de contrários”, uma das leis da dialética (CHEPTULIN, 1982), é possível ver que cada um desses paradigmas só se estrutura e se mantém em função da negação do outro. Para tanto, definindo rigorosamente a dialética histórico-materialista, escapamos do “sentido que toma as contradições como disfunções ou desvios, para ver que elas são o resultado dos conflitos reais entre os grupos, e os interesses sociais, representados nas instituições” (COSTA-ROSA, 1987, p. 45). Assim, como veremos abaixo, os efeitos das práticas desses paradigmas só podem ter definições absolutamente contrárias entre si. Isso quer dizer que se o paradigma dominante visa à produção de subjetividade alienada/estranhada e adaptada ao instituído social, um paradigma de produção clínica dialeticamente alternativo a esse só poderá ter como horizonte o seu avesso dialético, ou seja, a produção de subjetividade singularizada.

Após décadas de intercessão-pesquisa, Costa-Rosa (1987, 1992, 1999, 2000, 2013) estabelece *quatro parâmetros fundamentais* que possibilitam uma análise estrutural da Saúde Mental Coletiva: 1) a concepção do “objeto” e dos meios de trabalho (ferramentas), 2) as formas da organização das relações intra e interinstitucionais, 3) as formas do relacionamento transferencial com os sujeitos do sofrimento, a população em geral e o Território e 4) as formas de seus efeitos em termos terapêuticos e ético-políticos. Baseando-se neles, é possível definirmos se as práticas nas quais nos inserimos são configuradas pelo Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), ainda dominante, ou, em *oposição lógica*, pelo insurgente Paradigma Psicossocial (PPS). Com isso, concebemos as práticas da Reforma Psiquiátrica brasileira, na melhor das hipóteses, como experiências de transição paradigmática

(MONDONI; COSTA-ROSA, 2010). Se o PPS pressupõe a clínica do sujeito do inconsciente, a Reforma Psiquiátrica como transição paradigmática também é constatável a partir do trabalho de Rinaldi (2005), ao nos mostrar como o saber inconsciente ainda é desconsiderado por muitos trabalhadores desse campo. Estes, segundo a análise de Costa-Rosa (2013), formam uma vertente assepsiada da Reforma Psiquiátrica. Por isso, definimos o Paradigma Psicossocial como um passo além da Reforma. Nossa análise paradigmática concebe duas vertentes da Reforma Psiquiátrica. Como o deus Janus da cultura romana, ela tem duas faces. Uma vislumbra o Paradigma Psicossocial. É a vertente da *Reforma Psiquiátrica propriamente dita* que se sabe *em transição*. A outra face olha para o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, pois é sustentada por um não-sabido histórico (falta de clareza paradigmática) que a faz cair na inércia do instituído, reprodução do mesmo sob novas roupagens (RINALDI, 2010). Conforme Costa-Rosa (2013), essa é uma

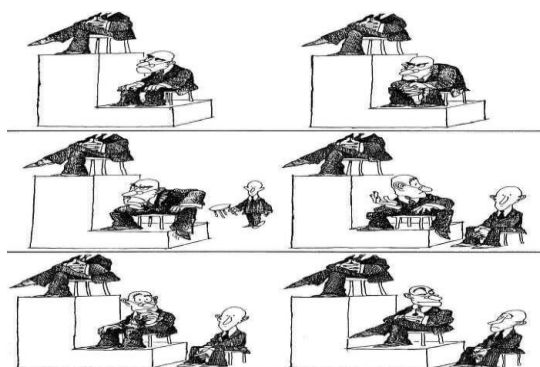
‘Reforma Psiquiátrica’ que se desdobra a partir e de braços dados com os avanços da psicofarmacologia e da neurobiologia, tão avassaladora pela estridência de seus efeitos de ‘Manicômio químico’, que às vezes chega a fazer a Reforma Psiquiátrica propriamente dita e seus movimentos em direção à transição paradigmática parecerem estórias da carochinha (p. 283).

Essa análise estrutural não pode prescindir de análises de conjuntura. No caso da nossa conjuntura recente, se o PPHM nunca deixou de ser dominante no que se refere às práticas, no início da década de 2000 ele havia se tornado subordinado ao menos do ponto de vista do ideário discursivo e do legislativo, já que o Ministério da Saúde, estrategicamente ocupado por trabalhadores-militantes da causa antimanicomial, desde então passou a ter o PPS como horizonte. Isso representou uma grande brecha aberta na luta paradigmática. Porém, lamentavelmente, em decorrência da intensificação da agenda econômica neoliberal desde o Golpe de Estado de 2016, o PPHM se encontra em franco processo de recuperação dos espaços que nas últimas décadas foi gradualmente *forçado* a conceder ao seu paradigma antípoda, devido às pressões do Movimento Social da Luta Antimanicomial. Feito este aparte, voltemos à descrição da análise estrutural, elencando muito sucintamente as características básicas desses paradigmas a partir dos quatro parâmetros propostos por Costa-Rosa.

Considerando o primeiro parâmetro de análise, podemos dizer que o PPHM é constituído por um conjunto de práticas baseadas em modos biopsicologizantes de *conceber o “objeto”* com que se lida. Suas ações se dão a partir de *meios de trabalho* derivados dessa forma de conceber o “objeto”. Assim, a medicalização é conjugada com psicoterapias e demais meios de trabalho que desembocam na ortopedia dos comportamentos (PÉRICO, 2014). Seus

meios de trabalho podem até incluir (pelas Reformas Psiquiátricas) recursos multiprofissionais, mas não ultrapassam a fragmentação disciplinar de tarefas e a supervalorização do saber médico em relação aos demais (isto é, não chegam à transdisciplinaridade). Em relação ao segundo parâmetro (as *formas da organização das relações intra e interinstitucionais*) observamos que o processo de trabalho nesse paradigma é regido pelo Modo de Produção Capitalista, pois o discurso médico tende a delimitar hierarquicamente o fazer dos demais trabalhadores que, tal qual na esteira de montagem taylorista, vão fazendo, isoladamente, partes fragmentadas do trabalho. Ao relacionarmos esse parâmetro analítico com terceiro (as *formas do relacionamento transferencial com os sujeitos em sofrimento, a população em geral e o Território*), constataremos uma tendência grande à hierarquização do saber e do poder, isto é, à pregnância dos laços sociais definidos por Lacan (1969-70/1992) como “discursos da dominação” (p. 72). Isso quer dizer que nesse paradigma de tratamento “as aproximações à clientela e à população seguem modelos verticalizados e reproduzem os moldes socialmente dominantes de subjetividade serializada do Modo Capitalista de Produção” (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 29). Considerando a instituição como dispositivo social de produção de subjetividade, essa forma hierárquica e autoritária de organização das relações entre os trabalhadores nas e entre as instituições é frequentemente transladada para a forma como os trabalhadores se relacionam com os sujeitos em sofrimento⁷. Ou seja, tende a reproduzir as relações sociais dominantes de tipo disciplinar: sapiente-ignorante, são-doente, normal-anormal, etc. Em sintonia com as características desses três, no que diz respeito ao quarto parâmetro analítico, os *efeitos terapêuticos* se expressam na produção de subjetividade alienada/estranhada, enquanto os *efeitos ético-políticos* se materializam como produção de (re)adaptação ao instituído social

⁷ Fenômeno retratado pelo cartunista Quino:



No mesmo sentido, Lacan (1947/2003d) afirma que “se dizemos que o neurótico é egocêntrico e tem horror a qualquer esforço de cooperação, talvez seja porque ele raramente é colocado num meio em que todos os membros acham-se no mesmo pé que ele no que concerne às relações com seu semelhante” (p. 116).

dominante; em outros termos, como produção de subjetividade capitalística ou serializada (GUATTARI; ROLNIK, 1986). Por fim, o agente das práticas de Saúde Mental típicas do PPHM, por ser forma(ta)do pelas especialidades disciplinares, é nomeado como trabalhador-disciplinar.

O PPS, por sua vez, tenta se instaurar nas brechas estrategicamente abertas no instituído do paradigma dominante. Seus agentes partem das experiências de reformas psiquiátricas que foram realizadas em vários países (FLEMING, 1976): a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, as Comunidades Terapêuticas, a Psiquiatria Comunitário-Preventiva, a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática. A análise crítica dessas experiências – delas pinçando os seus respectivos feitos inovadores –, parte das referências teórico-práticas e ético-políticas transdisciplinares acima citadas. Se no PPHM estamos imersos nas velhas práticas disciplinares, no PPS colocamos no horizonte ético-político a sustentação de uma práxis. Fica claro que, em nossa análise, opomos dialeticamente as “práticas disciplinares” do PPHM (como tratamento do real da angústia pelo “real da química” e pelo sugestionamento imaginário-autoritário) e as “práticas transdisciplinares” delimitadas pelo PPS (como práxis capaz de tratar o real da angústia principalmente pelas ferramentas do Simbólico). Para muito além da adaptação alienante, busca-se ofertar práticas de singularização do sujeito; em outros termos, *práticas intercessoras* por meio das quais o sujeito possa gradualmente se deslocar para o lugar de produtor ativo do saber que lhe convém, de modo a equacionar os sintomas e demais conflitos psíquicos e sociais dos quais veio se queixar (implicando-se neles e reposicionando-se frente a eles).

Nesse paradigma, em relação ao primeiro parâmetro analítico, amplia-se a *concepção do “objeto”*, muito além das ampliações já realizadas pelas reformas psiquiátricas. Não desconsiderando a dimensão biológica, o “objeto” das práticas é considerado em sua complexidade constitutiva a partir do seu “duplo entre”: o “entre social” concebido pelo materialismo histórico, e o “entre significantes” entendido a partir da psicanálise. Isto é, considera-se a relação dialética entre a dimensão de sujeito do inconsciente, sujeito do desejo dividido entre significantes, e a dimensão de sujeito social entre outros sujeitos sociais, “duplo entre” que se coloca como superação do individualismo burguês, que inclusive nunca deixou de rondar a própria psicanálise (ALTHUSSER, 1976/1984b; ROZITCHNER, 1972/2013). Trata-se de um “sujeito psicossocial” no sentido radical (que, em se tratando da raiz do ser humano, inclui o inconsciente e o ser social). Considerando que nesse contexto a instituição é um intermediário inevitável (COSTA-ROSA, 2013; OURY, 2009; SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014), visa-se ao drible dos modos autoritários de relacionamento transferencial típicos das

instituições sociais do Modo de Produção Capitalista e, portanto, do discurso médico (CLAVREUL, 1983). Para tal, tanto as *formas da organização das relações intra e interinstitucionais*, quanto as *formas do relacionamento transferencial com os sujeitos em sofrimento, a população em geral e o Território* devem se configurar a partir de dispositivos de horizontalização e transversalização⁸ do saber e do poder. Em relação ao processo de trabalho, busca-se implementar o Modo de Produção Cooperado (MARX, 1857-58/2006), no qual o saber médico comporia com os demais a modalidade de trabalho interprofissional caracterizada como “integração em profundidade” (COSTA-ROSA, 2013)⁹, que é o avesso dialético da modalidade “taylorista fragmentária”. Em relação às formas do relacionamento transferencial, superando as relações “entre loucos e sãos”, visa-se ao exercício de formas de “interlocução sociossimbólica” nas quais a escuta do sujeito do inconsciente, junto à necessária consideração da implicação dos processos de produção da vida material e social, faculta a direção do tratamento. Em sintonia com as características dos três anteriores, o quarto parâmetro desse paradigma define os *efeitos terapêuticos* como produção de subjetividade singularizada, e os *efeitos ético-políticos* se expressam por meio da implicação subjetiva e sociocultural do sujeito, podendo resultar em (re)posicionamentos “resistentes” às práticas de reprodução do Capital (PÉRICO, 2014)¹⁰. Quanto ao agente de Saúde Mental orientado pelos parâmetros do PPS, que é necessariamente de um novo tipo, convencionamos chamá-lo de “trabalhador-intercessor”.

Por fim, define-se o PPS como capaz de situar a Saúde Mental necessariamente no campo da Saúde Coletiva, do qual herda a compreensão de que o processo de produção saúde-adoecimento-Atenção deriva de complexos processos psicossociais que, por isso, “demandam uma abordagem [...] transdisciplinar e intersetorial, com a decorrente construção de uma

⁸ “A transversalidade é uma dimensão que pretende superar os dois impasses: o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e, sobretudo nos diferentes sentidos. É o próprio objeto da busca de um *grupo sujeito*” (GUATTARI, 1986, p. 96, grifo nosso).

⁹ Uma experiência profícua dessa modalidade de relacionamento interprofissional já tem sido praticada e teorizada sob o nome de “prática entre vários” (DI CIACCIA, 2005; FIGUEIREDO, 2005).

¹⁰ Efeito já vislumbrado por Freud (1919/2010a), quando idealizou a presença de trabalhadores de formação psicanalítica nos Estabelecimentos públicos, “para que, mediante a análise, sejam mantidos *capazes de resistência e de realização* homens que de outro modo se entregariam à bebida, mulheres que ameaçam sucumbir sob a carga de privações, crianças que só têm diante de si a escolha entre a neurose e o embrutecimento” (p. 291, grifo nosso). Nessa passagem, como em outras (FREUD, 1912/2017h, p. 74, 1916-17/2014, p. 453), notamos que Freud utiliza uma acepção do conceito de “resistência” diferente daquela comumente presente em sua obra; ele faz, *avant la lettre*, um uso próximo ao conceito foucaultiano de “resistência” ao Poder disciplinar. No mesmo sentido, Lacan (1957-58/1999) afirma, que “os hipnotizadores [...] sabem muito bem que nenhuma sugestão, por mais bem sucedida que seja, apodera-se totalmente do sujeito. Fazemos aqui uma pergunta – o que resiste? *O que resiste é o desejo*” (p. 443, grifo nosso).

diversidade de dispositivos territorializados de Atenção” (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 29).

3.3 A complexidade do “objeto” e do trabalho nas práticas ambulatoriais públicas

A diversidade extraordinária das constelações psíquicas em questão, a plasticidade de todos os processos anímicos e a *riqueza de fatores determinantes* [...] se opõem a uma mecanização da técnica (FREUD, 1913/2017g, p. 121, grifo nosso).

Em muitos locais onde trabalhei, onde o PPHM reinava quase integralmente, não foi incomum me deparar com práticas institucionais altamente heterogeridas que, ao serem mecanicamente preenchidas pelos recepcionistas, tirava-nos o controle de nossas agendas, visto que no Modo de Produção Capitalista em que vivemos “o processo de produção domina os homens, e não os homens o processo de produção” (MARX, 1867/2013, p. 156). Sendo a instituição um dispositivo social de produção de subjetividade, incluindo a dos seus próprios agentes-trabalhadores, avaliamos que ao perdermos a liberdade da condução da nossa atividade laborativa tendemos a nos alienar em relação ao processo de trabalho, pois “se a minha própria atividade não me pertence, [...] é uma atividade estranha (*fremd*), forçada” (MARX, 1844/1999, p. 28). Processo que, assim, acaba desembocando em formas burocratizadas de operar a atuação em Saúde e Saúde Mental, tendo como efeito a produção de alienação nos trabalhadores da instituição quanto nos sujeitos do tratamento. Derivado do próprio Modo de Produção Capitalista, não por acaso, é por isso que o PPHM tem se contentado em mensurar seus resultados pela resolutividade numérica, como número de consultas, quantidade de internações e de medicamentos dispensados (COSTA-ROSA, 2013). É urgente a implementação de outras formas de organização do trabalho institucional e, *por efeito*, de clínica.

Início esse subtópico com duas cenas por mim vivenciadas no trabalho das práticas ambulatoriais não-intensivas, em cargos públicos de dois municípios diferentes. A primeira em uma Unidade Básica de Saúde, e a segunda em um Ambulatório de Saúde Mental. Primeira cena: estou passando pelo corredor do Estabelecimento quando uma enfermeira, sem maiores esclarecimentos, pede-me para fazer companhia a uma auxiliar de enfermagem que cuidava de um homem ferido. Fico ali por alguns minutos, até que adentra uma mulher com uma faca na mão e, entre palavras ofensivas, diz que veio “terminar o que havia começado”. Com muita dificuldade, já que a mulher demonstrava forte alteração (aparentemente, por uso de drogas fortes), ajudo a mediar a situação, que termina com ela perseguindo o homem porta afora. Segunda cena: sou abordado no corredor, por uma jovem mãe: “você que é o psicólogo?”. Ao

ouvir que “sim”, diz que precisa de uma consulta. Recém-chegado no Estabelecimento, em que vigorava quase absoluto o PPHM, eu não havia iniciado os grupos de recepção. Então, digo que precisará entrar para uma lista de espera. Com isso, apresenta sua urgência: “Ah, mas como eu faço? Não posso esperar, não estou nada bem”. Na ocasião, dispondo apenas do horário de almoço, convido-a para uma sala. Com ela, duas crianças. “Essa é minha, a outra é da vizinha, eu ‘cuido dela’ *pra ganhá* duzentos reais por mês. Mas, cuidar das duas me estressa muito, fazem muita bagunça, e eu moro em um quintal com outros parentes e mais crianças, é uma gritaria o dia todo”. Pergunto se esse é o motivo de buscar atendimento. “Ah, *não sei o porquê*, mas ultimamente eu *tô* com o sistema muito nervoso. Eu discuto muito com meu marido, que agora *tá* desempregado e bebendo. Ele chega bêbado e a gente briga, as crianças choram e daí não durmo. Não *tô* aguentando mais isso. E agora – apontando para a filha – essa aí deu de bater em colega de escola e de molhar a cama, acho que ela também precisa de psicólogo”. Com isso, a única possibilidade era encaixá-la em um dos grupos psicoterapêuticos. Ao que me responde: “*tá*, eu venho. Mas você passa remédio?”. “Até amanhã”, é o que “respondo” já à porta.

Os trabalhadores de Saúde Mental encontram-se, em relação às demandas que lhes chegam, em uma posição muito diferente daquela em que se encontra qualquer trabalhador liberal no consultório particular, incluindo o psicanalista. Mas, no caso deste, há um paradoxo em questão. Vejamos.

Conforme Alysson Mascaro (2013), “para descobrir o fulcro das estruturas do capitalismo, o entendimento de suas formas sociais é fundamental” (p. 21). No que tange à prática psicanalítica, é mais ou menos consenso o fato de que a forma social na qual ela surgiu e ainda é hegemonicamente exercida seja de tipo liberal¹¹. Colette Soler (2016), uma importante psicanalista francesa e discípula imediata de Lacan, por exemplo, afirma que “a situação dos psicanalistas não é a mesma se ele trabalha como profissional liberal, em seu consultório, ou, ao contrário, se ele trabalha em instituições que lhe paga[m] para responder a demandas diretamente orientadas pelas situações sociais” (p. 12). Apesar de que em relação ao psicanalista deveríamos grafar “liberal” com aspas – dado a ética da psicanálise ser anticapitalista – isso não elide o fato histórico da psicanálise ter surgido no contexto do consultório médico-liberal, e principalmente de que, mesmo com os incentivos iniciais de Freud (1919/2010a), ainda serem relativamente poucos os psicanalistas implicados com a democratização da oferta psicanalítica. Daí Althusser (1964/1984a, p. 70) indagar “quais são as relações existentes entre a teoria

¹¹ Uma instituição se define como o movimento pelo qual determinadas forças sociais se materializam em *formas sociais*. Para um entendimento do conceito marxista de forma social, que concebemos como homólogo ao conceito de instituição, consultar o livro de Mascaro (2013), especialmente o primeiro capítulo.

analítica e: 1º, suas condições de aparecimento histórico, por um lado; 2º, suas condições sociais de aplicação, por outro lado?”. Esses paradoxos da psicanálise frente ao liberalismo nos levam, ainda, a outra contradição fundamental: caso os trabalhadores psicanaliticamente preparados não adequem a técnica às novas condições, como sugeriu Freud (1919/2010a, p. 202), o efeito mais grave pode consistir

em repetir na instituição a performance do ‘trabalhador liberal’ numa relação com as demandas espontâneas como individualizadas e inteiramente privadas. Perdendo totalmente a possibilidade de consideração dos diferentes problemas como efeitos da Demanda Social, perdem-se também duas diretrizes essenciais do SUS: a integralidade e a territorialização das ações de Atenção (COSTA-ROSA, 2013, p. 52).

Ora, para olhos atentos é visível a existência de um “cabo de guerra” no próprio interior da psicanálise, entre aqueles que militam no sentido de “desprivatizar o consultório, tornar a clínica mais partilhável” (FIGUEIREDO, 2019, p. 83) visando à construção do Paradigma da Atenção Psicossocial, e aqueles que professam uma suposta natureza privada da prática psicanalítica. Para ficarmos num único e mais emblemático exemplo desse lado da luta, cito a posição de Jacques-Alain Miller (2004, p. 8), para quem a psicanálise é “um imenso projeto de educação privada”, pois, quanto ao paciente, “ela o retira da cena pública, o submete a uma experiência [...] que permanece da confidência de dois parceiros”. O que esse autor oblitera é o fato de que o dispositivo do consultório liberal ser apenas uma dada forma social da psicanálise, justamente aquela que, fundamentalmente, não se contradiz com Modo Capitalista de Produção. Se todas as instituições sociais são palcos de luta política (LUZ, 1979/2013; LOURAU, 1970/2014; MASCARO, 2013), as instituições de psicanálise não constituem exceção.

É óbvio que mesmo a psicanálise do um a um dos consultórios particulares tem uma potência subversiva, pelos efeitos que pode operar nos sujeitos ao restituir-lhes aquilo mesmo que a sociabilidade capitalística lhes expropria: o saber próprio acerca das determinações das suas posições de sujeito, único saber capaz de reposicioná-los frente ao desejo e ao carecimento¹² (laço social). O que colocamos em questão é a forma como essa prática, além de se manter como um privilégio de poucos numa sociedade de classes (FREUD, 1919/1910a; DANTO, 2019), quando transposta sem ampliações/modificações para o campo público não consegue interceder no fundamental desse campo. Entre outras coisas, temos que considerar o fato de que o contexto de trabalho do psicanalista no consultório é qualitativamente diferente

¹² Para Marx (1844/1999), “no lugar da riqueza e da miséria da economia política [burguesa], surge o homem rico e o rico carecimento humano. O homem rico é, ao mesmo tempo, o homem carente de uma totalidade de exteriorização de vida (Lebensäusserung)” (p. 40). Ver a seção 4.4.2.2 no ensaio 1 desta tese.

do contexto da Saúde Mental Coletiva. Há uma dada configuração dos consultórios psicanalíticos – determinada, certamente, por uma posição e um lugar de classe –, que dá aos psicanalistas certo conforto em termos de condições de produção e reprodução dos seus ofícios. Em seus consultórios, por exemplo – para citar uma das mais importantes diferenças com o campo público –, quando veem suas agendas preenchidas, os psicanalistas encaminham os novos pacientes a outros colegas. Não é esse o caso dos trabalhadores de Saúde Mental que precisam, dentro do possível, dar certa vazão à demanda específica e crescente que recebem. Ofício (im)possível de quem trabalha, diríamos com Freud (1919/2010a) e Lacan (1973/2003c), em um ponto de convergência das misérias do mundo capitalista. Além dos baixos salários, que recebemos por cargas de trabalho que na maior parte das vezes ultrapassam trinta ou quarenta horas semanais (que, entre outras, implicam incrementos das nossas dificuldades/resistências), temos que lidar diariamente com: as demandas por medicação mais ou menos inarredáveis dos sujeitos do tratamento (demandas logicamente compreensíveis, dada a carga de sofrimento a qual são historicamente expostos, considerando as suas condições de proletários ou subproletários); conflitos/embates com outros trabalhadores, incluindo os ditos gestores, dado os modos dominantes de organização institucional autoritários/verticalizados; tomar decisões complexas como avaliar as urgências e as emergências para decidir quem e como atender primeiro; limites de agenda e de recursos materiais e profissionais da Rede de Atenção, etc. Não podemos esquecer de que somos trabalhadores de corpo presente no redemoinho psicossocial em que as instituições de Saúde se situam. Por isso, necessariamente, o lugar da Saúde Mental é um lugar de conflito, confronto e contradição, considerando que

[...] talvez esteja aí uma certa característica ontológico-social, pois isso é expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 29).

As duas cenas de trabalho relatadas acima retratam algo da complexidade e da especificidade do que bate à porta dos Estabelecimentos de Saúde. De início, já deflagram a incipiência teórico-prática, derivada da falta de *clareza paradigmática*, dos trabalhadores que se restringem apenas ao dispositivo clínico de escuta individual nesse campo especificamente público e coletivo. Como bem afirma Rinaldi (2015), tal complexidade “coloca em questão a prática tradicional do psicanalista, habituado à solidão de seu consultório” (p. 318). E é a complexidade desse novo campo de atuação da psicanálise que nos arrasta para “a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições” (FREUD, 1919/2010a, p. 292). Tendo isso em

vista, segundo Costa-Rosa (2013), “de fato nenhum trabalhador da Atenção Psicossocial pode manter-se alheio às teorias, às técnicas e à prática das diversas modalidades de trabalho coletivo” (p. 147). E por quê? Vejamos.

Ao comentar o trabalho com grupos terapêuticos realizado por Wilfred Bion junto à grande demanda de tratamento de soldados adoecidos pela Segunda Guerra Mundial, Lacan (1947/2003d) refere que foi “dessa dificuldade que Bion partiu para atravessar o Rubicão de uma inovação no método”, concluindo que se não houvesse essa inovação a grande demanda de tratamento poderia “paralisar seu trabalho, retirando-lhe horas já aritmeticamente insuficientes para resolver o problema básico suscitado por cada um desses casos, se tomados um a um” (p. 113). Por isso, além dos grupos de recepção, é fundamental avançarmos, a partir da nossa própria experiência, na elaboração de um novo dispositivo da clínica da Atenção Psicossocial: o “grupo psicoterapêutico na abordagem psicanalítica do campo de Freud e Lacan”¹³. Entre as produções pesquisadas, encontramos duas mais robustas a respeito desse dispositivo. A primeira, muito instrutiva para nós, é circunscrita à experiência de uma Escola de Psicanálise, inspirada nos institutos públicos de psicanálise incentivados por Freud (1919/2010a) no 5º Congresso de Psicanálise de Budapeste, ou seja, ainda atrelada à “beneficência privada” (Ibidem, p. 292). A segunda tem a vantagem de já nascer e se desenvolver no contexto da Saúde Mental Coletiva, pela via das políticas públicas; de já ter que considerar a complexidade desse campo. Falamos, respectivamente, da experiência de escuta psicanalítica em grupo na Favela da Maré (MACHADO; GROVA, 2008), ofertada por alguns psicanalistas da Escola Brasileira de Psicanálise (EBP - Seção Rio de Janeiro), e a teorização iniciada por Costa-Rosa (2005/2019c), que foi desdobrada por ele (COSTA-ROSA, 2013; COSTA-ROSA; PASTORI, 2011) e por outros trabalhadores-pesquisadores (CURY JÚNIOR, 2015a, 2015b; PRATTA, 2010; PRATTA; COSTA-ROSA, 2012; ROMANINI; ROSO, 2012)¹⁴.

¹³ Estamos cientes das diferenças ético-políticas entre a psicanálise e as psicoterapias autoritárias (PÉRICO, 2014). No entanto, estrategicamente, mantemos os nomes de alguns dispositivos já presentes no campo ao passo que subvertemos as práticas referentes a eles, alinhando-nos à perspectiva de outros autores (ALBERTI; ALMEIDA, 2005; COSTA-ROSA, 2005, 2013; FIGUEIREDO, 2002; PRATTA; COSTA-ROSA, 2012; LAURENT, et al. 1998; TENÓRIO, 2000). No contexto da Saúde Coletiva propomos uma psicoterapia em cuja práxis a psicanálise é ampliada, como uma estratégia que considera que “como quer que se configure essa psicoterapia para o povo, quaisquer que sejam os elementos que a componham, suas partes mais eficientes e mais importantes continuarão a ser aquelas tomadas da psicanálise rigorosa e não tendenciosa” (FREUD, 1919/2010a, p. 292).

¹⁴ Acerca do dispositivo do grupo psicoterapêutico a partir da psicanálise de Freud e Lacan, confira a seção 4.2.2 do ensaio 4 desta tese.

3.4 Intercedendo nas relações intra e interinstitucionais: as propostas de mudanças no dispositivo institucional e as resistências

Neste tópico, destacamos principalmente os movimentos de mudanças dos quais participamos, ao considerarmos o segundo parâmetro da análise paradigmática, isto é, o que diz respeito *as formas da organização das relações intra e interinstitucionais*. Vale destacar que a consideração de um não pode se dar sem a necessária inter-relação com os demais parâmetros dessa análise estrutural.

Descreveremos um processo de transformação da porta de entrada de um Ambulatório de Saúde Mental de uma pequena cidade interiorana, com uma população de aproximadamente dezessete mil habitantes, a partir da entrada de três novos trabalhadores psicólogos recém-aprovados em Concurso Público. A equipe do Estabelecimento, até então, contava apenas com dois psicólogos, um psiquiatra e uma assistente social que dividia sua carga horária com o CAPS da cidade. De início, constatamos não haver reuniões de equipe, sendo a primeira coisa que buscamos efetivar, sabendo que no PPHM o “trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum”, pois “o prontuário é considerado o elo de interconexão dos profissionais da equipe” (COSTA-ROSA, 2000, p. 153).

Em relação aos casos novos, não havia sequer uma lista de espera organizada, mas apenas o amontoado uma centena de encaminhamentos em uma gaveta. A recepção se dava a partir de uma única entrevista realizada por um dos psicólogos que, após, despachava o caso. Como sempre havia falta de agenda deles – não só para fazer essa “triagem”, mas também para ofertar um tratamento psíquico –, os casos novos eram quase todos encaminhados para o psiquiatra, que já tinha sua agenda preenchida pelos próximos quatro meses.

Após várias reuniões internas, apresentamos à coordenadora de Saúde Mental um novo Projeto Clínico-Institucional¹⁵ para o então renomeado Ambulatório Ampliado de Saúde Mental (visando à subversão desse Ambulatório medicalizador e territorialmente inerte, acrescentamos o adjetivo “Ampliado” em seu nome). O projeto, que foi bem recebido pela Gestão, consistia em rever o modo de funcionamento institucional em relação ao fluxo e à estrutura da recepção quanto dos tratamentos propriamente ditos. Com esse novo projeto, inspirado em outras experiências (CADERNOS IPUB, 2000; COSTA-ROSA et al., 2004; FIDELIS, 2013), passamos a privilegiar os dispositivos coletivos de escuta. A intenção foi a de

¹⁵ Confira o Anexo desta tese.

criar formas de extinguir ou, no mínimo, diminuir as iatrogênicas filas de espera, sem reduzir a qualidade do atendimento oferecido (MARON, 2000). Então, sem desconsiderar as necessárias exceções, passamos a privilegiar os dispositivos dos grupos de recepção e dos grupos psicoterapêuticos (OLIVEIRA, 2000; COSTA-ROSA, 2013).

Tais mudanças, no entanto, não se deram sem fortes resistências, menos por parte dos sujeitos do sofrimento do que dos trabalhadores, alguns da própria equipe de Saúde Mental e vários de outros setores das Políticas Públicas do município. Claro, pois as mudanças estruturais que a Estratégia Atenção Psicossocial vislumbra “não se dão sem resistências ou claras oposições advindas de vários setores e direções” (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 28). Inicialmente, acolhemos de vários trabalhadores as afirmações de que “atender assim não dá certo, porque as pessoas não conseguem falar em grupo”. Atrelado a uma certa relutância do psiquiatra do Ambulatório de Saúde Mental, as oposições mais tenazes vieram de três psicólogas, uma da nossa própria equipe, uma do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e outra do Centro de Referência Especializado de Assistência Social. A resistência desta última foi tamanha que demandou uma reunião com a nossa equipe, dizendo-se muito preocupada com as mudanças. Na ocasião, explicitou a opinião que os sujeitos que sofrem violência doméstica poderiam não aceitar esse tipo de atendimento, concluindo que “para dar certo, então, será preciso ter muito manejo”. Essa frase que foi por nós¹⁶ pontuada e reafirmada no mesmo instante. Esse foi o acontecimento intercessor da tensa reunião, que terminou ainda com discordância quanto à proposta de mudanças nos dispositivos de recepção, mas com anuência tácita com relação a esse último dizer que, assim, passamos a tomar como uma espécie de adágio das nossas práticas: “é preciso ter manejo”, refletíamos sempre que situações difíceis aconteciam – e sempre há muitas, quando se trata de grupos de recepção. Quanto a isso, estávamos em casa, por sabermos que “as únicas dificuldades realmente sérias são encontradas no manejo da transferência” (FREUD, 1915/2017d, p. 165). Por se tratar de experiências que visam à ampliação da psicanálise em outro locus de atuação, também sabíamos que era preciso “encontrar no próprio impasse de uma situação, a força viva da intervenção” (LACAN, 1947/2003d, p. 113).

Dias depois, recebemos uma intimação do Conselho Municipal de Saúde que, argumentando ter recebido várias reclamações de trabalhadores da Saúde e da Assistência Social, convida-nos a dar explicações em sua próxima reunião, que aconteceria em três

¹⁶ Nessa reunião, especificamente, eu não estava presente. No entanto, uso o pronome “nós” por falar em nome de um movimento clínico-político-institucional imprimido por um grupo de trabalhadores desse Território, um coletivo caracterizado pelo fato de terem certa clareza paradigmática do sentido desse movimento de mudanças.

semanas. Mas, devido ao fato de os efeitos das nossas práticas serem imediatamente positivos – logo, sentidos naqueles lugares de onde partiram os mais fortes questionamentos –, essa reunião foi desmarcada, por já não ser mais considerada necessária.

Após um ano de experiência, os grupos de recepção sofreram novas tentativas de retaliações. Com a troca de governo municipal, que implicou a alteração no cargo de coordenação de Saúde Mental, em um claro processo de negação da Gestão anterior, foi convocada uma reunião com o intuito de rediscutir os dispositivos de acolhimento do Ambulatório. O argumento da nova coordenadora era o de haver “muitas reclamações em relação aos grupos de recepção” e “muitas faltas por ser em grupo”, a despeito da nossa experiência cotidiana nos revelar o contrário disso. Mas, como comprovar? Nosso trabalho foi novamente colocado na berlinda, desta vez menos por motivos técnicos que por motivos de rixa entre governos municipais. Eram as chamadas “picuinhas” político-partidárias (BENELLI, 2014)¹⁷. Utilizando-se do poder decisório autoritário típico do PPHM, a coordenadora de Saúde Mental recém-empossada definiu que nenhum sujeito passaria por grupos de recepção sem que antes fosse recepcionado individualmente. No entanto, com exceção de uma psicóloga, a quase totalidade da equipe se posicionou contra essa ordem. A saída, então, foi a busca de um meio termo, espécie de formação de compromisso (da nossa perspectiva, uma “concessão tática”) que consistiu na instalação do que chamamos de “pré-acolhimentos”. Cada um dos psicólogos passaria a reservar uma hora semanal da sua agenda para receber individualmente até três casos novos, que seriam brevemente ouvidos e encaminhados aos grupos de recepção ou, na eventual não aceitação, colocados em uma lista de espera para psicoterapia individual. Os problemas gerados por essa prática recaíram nas dificuldades típicas do dispositivo da “triagem individual”. Primeiramente, confirmamos o óbvio (para nós): um único encontro era incompatível com uma escuta qualificada, necessária para se fazer o diagnóstico situacional¹⁸ e esboçar um diagnóstico clínico-estrutural. Em segundo lugar, após três meses dessa experiência voltaram a se formar

¹⁷ Como bem pontua Corbisier (2000), “tem sido lamentável constatar a irresponsabilidade com que muitos políticos desmantelam serviços que atendem à população de forma cuidadosa e competente, em nome de interesses próprios, sejam eles financeiros, narcísicos ou políticos. É o prestígio pessoal que conta, em detrimento de tudo o mais [...]. Demoramos anos para construir serviços de qualidade, que quando deixam de ser interessantes por que foi na gestão do ‘partido tal’ que ocorreu, são simplesmente destruídos ou abandonados” (p. 61). Mas, como pretendemos mostrar, esse desmantelamento não acontece, ou ocorre temporariamente, quando se trata de trabalhadores engajados, convictos e, sobretudo, com clareza paradigmática.

¹⁸ Por “diagnóstico situacional”, entendemos, como sugerem Schmidt e Figueiredo (2009), que “o acolhimento exige, por um lado, uma ação imediata (urgência) e, por outro, um intervalo de tempo para a resposta (traçar a conduta). Este é o momento de um *diagnóstico da situação*, de uma primeira abordagem do que se apresenta” (p. 136, grifo nosso).

listas de mais de dois meses de espera para esse pré-acolhimento, passando também a esvaziar os grupos de recepção.

O interessante dessa prática de “pré-acolhimento”, que já sabíamos estar fadada ao fracasso, foi a possibilidade de nos propiciar dados empíricos que puderam ser utilizados em favor da manutenção dos grupos de recepção, consolidando *parcialmente*¹⁹ o seu lugar no conjunto da Rede de Atenção. Eis mais um “efeito intercessor” derivado do próprio impasse de uma situação de resistência à mudança que pudemos manejar. Efeito que, *a posteriori*, levou-nos a interpretar essa nova resistência ao dispositivo do grupo de recepção como um “analisador institucional”²⁰ do próprio Estabelecimento. Vejamos.

“As pessoas faltam mais aos atendimentos quando é em grupo”, repetiam os trabalhadores resistentes à mudança, incluindo a então coordenadora de Saúde Mental. Tendo essa crítica em vista, decidimos comparar o número de faltas registradas nos quatro meses de “pré-acolhimentos” individuais com o número de faltas nos quatro meses de grupos de recepção que antecederam a essas atividades de “pré-acolhimento”. Com essa simples pesquisa, obtivemos os seguintes dados (Tabela 2).

Tabela 1 – Comparação entre o número de faltas no primeiro atendimento da triagem individual e o número de faltas no primeiro atendimento dos grupos de recepção, no período de quatro meses

	Grupos de Recepção	Pré-acolhimento individual
Pacientes agendados	259 (100%)	136 (100%)
Número de faltas	104 (40,15%)	60 (44,11%)

Fonte: O autor, 2021.

Com isso, passamos a ter números que indicavam a efetividade e as vantagens dos grupos de recepção em relação à triagem individual, números que desmistificaram a crítica de

¹⁹ Falamos em “consolidação parcial do seu lugar” por constatamos que cada vez que novos trabalhadores ingressavam na Rede de Atenção, devido ao fato de boa parte deles se parametrizarem no Paradigma Psiquiátrico, éramos questionados e tínhamos que interceder também junto a eles. Esse é um bom exemplo daquilo a que Costa-Rosa (2000) se refere ao dizer que “estamos longe [...] de supor qualquer visão paradisíaca em que se possa exercitar o paradigma psicossocial sem que ele se veja simultaneamente fustigado por pulsações que lhe são antagônicas” (p. 167). Vemos aqui o cerne de uma análise rigorosamente dialética, não utópica, na medida em que operamos com uma universalidade que contém necessariamente sua própria negação interna, em outros termos, que inclui seu sintoma (ZIZEK, 1996).

²⁰ Conceito importante da Análise Institucional. Diz respeito a um acontecimento instituinte que, ocorrendo de forma espontânea ou advertidamente construída por determinados agentes da instituição (os intercessores) possibilita explicitar e equacionar conflitos e contradições que as instituições, em suas configurações capitalistas, tendem a camuflar. Para Lourau (1973/2004b), “o analisador deve substituir o analista [institucional] – de qualquer modo, na realidade, é sempre o analisador que dirige a análise” (p. 84).

que os sujeitos faltavam por ser uma recepção em grupo. Uma prática que, junto com o apoio de outros trabalhadores – incluindo, mais recentemente, a entrada de uma nova coordenadora de Saúde Mental sintonizada com os parâmetros da Atenção Psicossocial –, pôde-se efetivar e completar, até o momento desta publicação, quatro anos de uma experiência exitosa pautada no horizonte ético-político desse paradigma de tratamento emergente.

3.5 Intercedendo na relação entre a oferta e a demanda de tratamento

Com a necessária relação com os outros três, destacamos agora a nossa experiência sob a luz do terceiro parâmetro da análise paradigmática. Para tal, teremos que explicitar outros aspectos desse parâmetro analítico. Veremos que em relação às *formas do relacionamento transferencial com os sujeitos do sofrimento*, a psicanálise nos proporciona os melhores meios de trabalho, enquanto a análise das *formas do relacionamento transferencial com a população em geral e o Território* demandam, além da psicanálise, principalmente os instrumentos do materialismo histórico e da Análise Institucional.

Na saúde mental, encontramos diferentes formas de relacionamento transferencial. No PPHM elas apresentam-se como disciplinares, pois, partindo do *princípio racionalista queixa-solução*, restringem-se à administração imediata de uma resposta-solução medicamentosa e/ou de saber, e/ou tutelar. Isso contribui com a desimplicação subjetiva e sociocultural do sujeito e, por, com a manutenção da sua alienação psíquica e do seu estranhamento social, pois nos Estabelecimentos “em que pacientes nervosos não têm tratamento psicanalítico, observamos as maiores intensidades e as formas mais indignas de transferência, chegando à servidão” (FREUD, 1912/2017f, p 110). No PPS partimos de uma perspectiva dialeticamente avessa, ao privilegiarmos o exercício de formas intercessoras (transdisciplinares) de interlocução. Utilizando o princípio de que intercedemos junto aos processos de subjetivação – sempre inter-relacionado ao modo de produção social (ROZITCHNER, 1989; SILVEIRA, 1989) – de um aparelho psíquico que tem diversos modos de estruturação e impasses específicos, torna-se possível produzirmos a implicação subjetiva e sociocultural do sujeito nos conflitos psíquicos e contradições socioculturais dos quais veio se queixar. Somente por meio disso podemos fazer com que ele “deixe de ser apenas objeto de um assujeitamento que gera sofrimento em excesso, para tornar-se um sujeito capaz de produzir deslocamentos nesses impasses e no posicionamento ocupado na relação com eles” (COSTA-ROSA, 2013, p. 74, grifo nosso). Isto

é, manejando a transferência de saber e de poder curar que os sujeitos do sofrimento inicialmente lhes atribuem, os trabalhadores que recepcionam as demandas de tratamento devem, desde o primeiro contato, ter como meta a colocação do próprio sujeito do sofrimento no *lugar do trabalho* no processo de produção da Atenção. Para isso, considerando que quem trabalha na análise é aquele que fala, o sujeito analisante (LACAN, 1974/2004, p. 168), os recursos utilizados são: 1) *a emergência da fala* de quem demanda, que é causada/maximizada pela 2) *escuta psicanaliticamente orientada* de quem recebe. Uma escuta que, ao não responder à demanda de suprimentos imediatos, “convoca” o sujeito a produzir novos sentidos para os impasses da sua existência-sofrimento. Diante do consumismo e da consequente medicalização da vida – que faz com que os sujeitos do sofrimento nos cheguem demandando esses “mágicos” objetos-suprimentos-supostos-curar –, a escuta nos grupos de recepção tem a difícil meta de “desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa” (TENÓRIO, 2000, p. 82). No que diz respeito às formas de relações com população em geral e o Território, além dessas considerações, é necessário recorrermos aos conceitos de “Demanda” e “encomenda” tal como definidos pela Análise Institucional (LOURAU, 1977/2004a; 1970/2014).

No trabalho realizado no campo público, as instituições são intermediários inevitáveis. Isso quer dizer que, diferentemente da psicanálise do consultório particular, onde a relação terapêutica entre paciente e analista se realiza de forma mais direta, nesse campo ela sofre efeitos diretos e indiretos tanto da forma de organização intrainstitucional quanto da forma como a instituição se relaciona com outras instituições. Está implícita aqui a definição de que a sociedade é composta por uma rede de instituições – incluindo seus Estabelecimentos e Organizações – que se interconectam entre si, tendo por função regular a produção e a reprodução de um dado modo de produção socioeconômico (MASCARO, 2013). Vejamos isso mais de perto.

As instituições são efeitos das pulsações da Demanda Social. Esta é definida, pela Análise Institucional, como aquilo que pulsa no seio da luta de classes em um dado espaço psicossocial, econômico e cultural (Território). Ou seja, ela é efeito da própria tensão criada pelo embate de interesses contraditórios em jogo na sociedade dividida em classes. As emergências de pulsações da Demanda Social podem se potencializar de tempos em tempos, e delas podem surgir movimentos que contestam o instituído social e institucional. Dito de outro modo, “certos sintomas fazem objeção ao instituído social e familiar dominante e podem ser tomados como analisadores desse instituído” (COSTA-ROSA, 2013, p. 269). No entanto, na maior parte das vezes, as pulsações da Demanda Social (potencialmente analisadoras e subversivas) são capturadas (GUATTARI, 1986) e transformadas no que Lourau (1970/2014)

definiu como “encomendas sociais”. Esse processo de captura é a “tendência do capitalismo [...] de ritualizar, de recuperar toda prática, por menos subversiva que seja, cortando-a dos investimentos desejantes” (GUATTARI, 1986, p. 77). Nesse processo, depois de sofrerem os efeitos da ideologia e do imaginário dominantes, o que era potencialmente subversivo é assepsiado e tornado funcional ao modo societário vigente²¹. Dessa forma, poderíamos dizer que uma encomenda é um fenômeno aparente cuja base material-concreta – isto é, os conflitos psíquicos e socioculturais que encobrem e reiteram – só é acessível e desconstruída se for analisada. Assim, tais encomendas são sintomas da Demanda Social, fato que – e aqui enuncio um desdobramento teórico meu –, demonstra uma das nuances da afirmação de Lacan (1974-75) de que Marx foi inventor da noção de sintoma. Exemplificarei esses conceitos a partir de uma situação concreta por mim vivenciada e bastante comum no campo das políticas públicas.

Sabe-se que a dita delinquência infantojuvenil – o “embrutecimento”, como refere Freud (1919/2010a, p. 291) – e a consequente indisciplina tão presentes nas Escolas de bairros periféricos, junto aos determinantes mais diretamente psíquicos, são efeitos do embate entre a realidade sociolinguística, cultural, social e política na qual vivem esses jovens e aquela que a Escola tradicional autoritária, pautando-se na dita norma culta, tenta impor a esses sujeitos com pouca ou nenhuma consideração sobre a realidade deles (FREIRE, 2016; PATTO, 1990). É nada menos que a Escola exercendo sua função de Aparelho Ideológico do Estado (ALTHUSSER, 1970/1996b). Diante dessa situação, geralmente e a toque de caixa, esses jovens são encaminhados aos Estabelecimentos de Saúde Mental para tratamento. Nesse exemplo, o choque de realidades expressa uma pulsação da Demanda Social, e o encaminhamento – derivado da maneira como os agentes do Estabelecimento escolar interpretam o fenômeno da delinquência –, evidencia uma encomenda social. Na maior parte das vezes essa encomenda é feita diretamente ao psiquiatra visando ao uso de psicotrópicos e/ou ao psicólogo em busca da readaptação comportamental; numa palavra: visando à docilização dos corpos, ao processo de disciplinarização de que nos fala Foucault (1975/2013). Isso nos leva a constatar que até os pedidos por remédios, da maior parte dos sujeitos do sofrimento psíquico, podem ser entendidos *também* como encomendas de variadas pulsações da Demanda Social; quanto a isso, Costa-Rosa (2013) chega falar de uma escuta da “demanda

²¹ A conceituação sobre o processo de “assepsia e recuperação” operado pelo Modo de Produção Capitalista não se encontra apenas no trabalho de Guattari (1986). Homologamente, encontramos em Althusser (1964/1984a), com o conceito de “revisionismo” ou, antes, em Gramsci (1999), com o conceito de “revolução-restauração”, e no próprio Lacan (1964/2008, p. 37) quando, acerca do conceito de inconsciente, afirma que “é notável que o que se anunciava como uma abertura infernal tenha sido, na sequência, também notavelmente assepticizado” pela dita psicologia do ego. É nesse sentido que Lacan (1972-73/2008d) elabora uma ideia de revolução – certamente não a única em sua obra (SAFATLE, 2020) – de tipo astrológica, ou seja, que gira e cai no mesmo lugar.

de subjetivação veiculada pelo sofrimento-sintoma [...] *necessariamente* conectada à Demanda Social” (p. 80, grifo nosso). É por isso que os dispositivos clínicos criados pelo Paradigma Psicossocial buscam formas de não responder diretamente às encomendas, para dar alguma “resposta” ao nível das pulsações da Demanda Social. Nisso, a escuta do sujeito do inconsciente, necessariamente articulada à compreensão dos processos de produção da vida material e social, torna-se fundamental.

Em relação à população em geral e ao Território, também é importante salientarmos a forma como o Estabelecimento institucional se apresenta e se situa no imaginário social e no simbólico (COSTA-ROSA, 2000). No imaginário: com que imagens e significantes se faz representar para a população?²²; o que pode, inclusive, determinar boa parte do estado da transferência inicial dos sujeitos que demandam ajuda²³. No simbólico: até que ponto consegue cumprir seus objetivos, tanto os explícitos quanto os implícitos? No caso do PPS, como dito acima, até que ponto suas ações conseguem interceder abrindo a via do desejo e da Demanda Social para além das demandas psíquicas e das encomendas que delas derivam? Nesse sentido, o trabalhador-intercessor deve constantemente questionar essas demandas psíquicas e essas encomendas sociais que lhe são endereçadas. Sem deixar de acolher os sujeitos encaminhados, as questiona a fim de serem remontadas de volta a seus lugares de origem e, na medida do possível, lá mesmo trabalhadas, o que exige muita acuidade na escuta e um difícil manejo transferencial. Recorremos as nossas experiências laborais, objetivando uma melhor explicitação desses aspectos da nossa análise.

3.5.1 Robson, “entre a neurose e o embrutecimento”

Foi uma experiência de trabalho em uma Unidade Básica de Saúde. Devido à constatação de que a Casa de Acolhimento de Crianças e Adolescentes estava encaminhando sistematicamente todos os seus acolhidos (procedimento que passava pelo discernimento do psicólogo do Estabelecimento), decidimos convidar a equipe para uma reunião, com o pretexto

²² Pois, “na medida em que o paciente está procurando a instituição, podemos supor, grosso modo, uma confiança [...] em algum de seus atributos imaginários: ‘é psiquiátrica’, ‘tem médicos e psicólogos’, ‘é boa porque é da universidade’, ‘fulano já tratou aqui’ [...], etc.” (TENÓRIO, 2000, p. 87).

²³ “Ou seja, a tradução das pulsações da Demanda Social em pedidos [encomendas] depende dos modos de representação do que seja aquilo que ‘falta’ e aquilo que se necessita e deseja; da representação das ofertas à disposição no campo, capazes de ‘responder’; bem como depende do reconhecimento dessas ofertas à disposição no [...] Território, por parte de quem as solicita” (COSTA-ROSA, 2013, p. 39).

de que queríamos discutir os casos recentemente encaminhados. Com esse “pretexto” tínhamos a intenção de instalar um analisador construído. Após uma primeira reunião com a equipe técnica, a fim de darmos seguimento a esse assunto, dispomo-nos a ir até o Estabelecimento para participar de algumas reuniões junto com os trabalhadores “cuidadores”. Em um desses encontros, surge o assunto sobre Robson, um adolescente que estava tendo muitos acessos de heteroagressividade, dentro e fora da Casa de Acolhimento. Aos poucos, com muito cuidado, conseguimos discutir sobre a forma como este rapaz era tratado no local, sobretudo pelos “cuidadores” que mais tempo passavam com os acolhidos. A partir de nossas perguntas, eles próprios foram concluindo que estavam, como diz uma cuidadora, “exigindo demais do garoto”. Reconheceram que, muito insistentemente, estavam cobrando do jovem que abaixasse a tampa da privada, que arrumasse a cama e que comesse de garfo e faca, o de que ele sempre se esquecia ou fazia incorretamente. Segundo uma cuidadora, em um dos seus rompantes de raiva, após lhe chamarem a atenção, ele grita à mesa: “eu não sou como vocês, sou pobre, eu como com a mão!”. Nesse instante da reunião, a Assistente Social nos informou que, desde que nasceu, ele morava em uma casa que sequer tinha banheiro. Quanto ao garfo e faca, bastou destacarmos uma informação já mencionada naquela reunião: que se tratava de uma família que na maioria das vezes não tinha o que comer. Ora, como poderia esse jovem, sobretudo em um momento tão crítico relacionado a rupturas importantes de seus vínculos familiares, que até então viveu em um contexto específico, incorporar hábitos tão distantes da sua realidade sociossimbólica? E não seria esse um dos tipos dos casos aos quais Freud (1919/2010a, p. 291) se refere dizendo que, dada *uma vida de muitas privações*, se não forem analisados, “só têm diante de si a escolha entre a neurose e o embrutecimento”?

Esse adolescente foi por nós recebido e tratado em um grupo psicoterapêutico, do qual pode se beneficiar bastante. No entanto, avaliamos que a sua melhora não ocorreu sem as mudanças na forma como era tratado no Estabelecimento onde “residia”, incluindo um importante trabalho interprofissional, entre outros, com o educador físico responsável por treinar um time de futebol, numa atividade oferecida pela Secretaria de Esportes do município²⁴.

²⁴ A importância da atuação do educador físico, junto ao tratamento transdisciplinar desse adolescente, merece um comentário à parte, em relação a sua participação na “Rede de discussão de casos complexos”, um dispositivo criado pelos trabalhadores públicos desse município, que visava a refletir sobre os casos mais difíceis que, por isso, apresentavam-se em vários pontos da Rede de políticas públicas. Não só pelo fato de termos estudantes estagiários e especializando universitários participando, tínhamos a ideia de que tal dispositivo, além de operar nos casos, era potente no que se refere à *formação em ação* dos trabalhadores de novo tipo que interessa à ética da Atenção Psicossocial, muito em função do fato de colocar em *intercessão mútua* as diferentes especialidades profissionais. Em relação a esse adolescente, entre outras coisas, foi interessante perceber o impacto que teve, junto à equipe técnica da Casa de Acolhimento, inferir a partir da fala do educador físico que, quando estava na escolinha de futebol, “Robson era uma outra pessoa” (como notou a assistente social). Foi a partir disso que intensificamos a

Outro efeito colhido foi a diminuição do número de encaminhamentos feitos pela Casa de Acolhimento.

O nosso trabalho de intercessão junto à demanda dos sujeitos e junto às encomendas de outros Estabelecimentos nunca é fácil. No caso citado, tivemos muitas dificuldades com o psicólogo do local que, inclusive, tentou várias vezes boicotar as reuniões. Estas somente ocorreram por insistência da Assistente Social do Estabelecimento, com quem já tínhamos um bom contato e uma boa *sintonia paradigmática* constatada e potencializada nas Reuniões de Rede do município. Por fim, nosso trabalho realizou-se à revelia das ações do psicólogo da Casa de Acolhimento, que não só não trabalhava essas problemáticas junto aos “cuidadores”, como corroborava a forma disciplinar de tratar os sujeitos acolhidos, uma forma de trabalhar que, por, só fazia repetir as mesmas relações disciplinares socialmente dominantes.

3.6 Considerações finais

As dificuldades e resistências em relação às mudanças de paradigma de tratamento encontradas nesses anos de trabalho foram muito maiores do que a fração que pude relatar no espaço deste ensaio. Entre aquelas, destacamos outras fundamentais: o fato de apenas três dos seis trabalhadores do Estabelecimento se proporem a operar com os dispositivos coletivos de recepção e tratamento; com raríssimas exceções, a insistência do psiquiatra em não participar das reuniões de equipe e do trabalho interprofissional (mesmo depois dos grupos de recepção terem diminuído drasticamente sua agenda); e, no que diz respeito aos dispositivos de recepção, o fato de uma psicóloga fazer questão de descumprir o Projeto Clínico-Institucional ao continuar recepcionando apenas individualmente casos novos (e encaminhando a maior parte dos acolhidos ao psiquiatra), contrariando a diretriz fundamental discutida e decidida pelo coletivo de trabalhadores de que a primeira oferta de escuta seria a dos grupos de recepção.

Por outro lado, em síntese, nossas experiências têm mostrado que o grupo de recepção é um dispositivo potente e necessário ao Paradigma da Atenção Psicossocial: 1) capaz de extinguir ou reduzir ao máximo as listas de espera; e, por isso, 2) exitoso em recepcionar de pronto as crises psíquicas, sobretudo aquelas, cada vez mais presentes nesse campo, que podem

discussão a fim de potencializar a atuação do educador físico, o que apenas por meio desse dispositivo interprofissional e intersetorial pôde realizar-se. Situados pela psicanálise, a nós era muito claro que as atividades esportivas se apresentam como importantes vias de sublimação das pulsões agressivas.

desembocar em atos heteroagressivos ou suicidas; 3) capaz de colocar em ação, desde o início, o uso da fala como recurso privilegiado ante o tratamento dos sintomas e demais impasses psicossociais, desmedicalizando a queixa e subjetivando a demanda; 4) capaz de, ele mesmo, ser resolutivo em muitos casos, dispensando o início de um tratamento propriamente dito; 5) fundamental ao interceder junto ao Estabelecimento institucional como um todo, provocando mudanças radicais em seu modo de produção, colocando em prática formas de organização sintônicas com processos subjetivos singularizados. Finalmente, por agilizar o trabalho quantitativa e qualitativamente, consegue evitar que a agenda dos trabalhadores seja afogada pela demanda espontânea, abrindo espaço para outras e fundamentais ações territorializadas no município – reuniões de Rede, visitas domiciliares, oficinas terapêuticas externas, acompanhamentos terapêuticos, etc. –, em suma, possibilitando o necessário trabalho interinstitucional e intersetorial que se espera da Estratégia Atenção Psicossocial, cuja diretriz maior é a da integralidade das ações de Atenção, efetivável apenas na perspectiva da transdisciplinaridade.

ENSAIO 4 – O SINGULAR NO COLETIVO: INOVAÇÕES NA PSICANÁLISE PARA A ESCUTA NOS GRUPOS DE RECEPÇÃO E DE TRATAMENTO

Só agora descubro como é triste ignorar certas coisas (Na solidão de indivíduo desaprendi a linguagem com que homens se comunicam).

Carlos Drummond de Andrade

4.1 Introdução

Partindo da minha experiência de dez anos como trabalhador de Saúde Mental, pretendo discorrer sobre as ampliações necessárias à teoria e à técnica da psicanálise para que possa contribuir com o avanço do Paradigma da Atenção Psicossocial no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste trabalho, o uso dos dispositivos “grupos de recepção” e “grupo psicoterapêutico” destacam-se como modos privilegiados de receber e tratar, não apenas por buscarmos aumentar numericamente as possibilidades de oferta do tratamento pela palavra. Além disso, trata-se de uma orientação ética e política que tem em seu horizonte não somente uma coletividade que não desconsidere o singular, mas também uma singularidade que esteja necessariamente relacionada ao coletivo. Se partirmos da concepção de que a escuta psicanalítica em pequenos grupos é, no mínimo, tão potente quanto a escuta individualizada, e unirmos isso com o fato de que no SUS atendemos principalmente os sujeitos proletários, temos a justificativa para darmos a devida relevância aos dispositivos coletivos de tratamento em Saúde Mental. Não dispensando o eventual uso dos dispositivos de recepção e tratamento individualizados, partimos da aposta de que os dispositivos coletivos são potentes ferramentas para os trabalhadores de Saúde Mental situados a partir ética do Paradigma Psicossocial¹ no contexto de uma proposta de Saúde Coletiva. Partirei da minha experiência clínica e institucional com vários sujeitos atendidos em diversos dispositivos clínicos para embasar essa reflexão. Como vivemos sob o jugo do Modo de Produção Capitalista, partirei também da consideração de que a situação histórica e econômica dos sujeitos proletários, que dependem exclusivamente do SUS, é um sobredeterminante fundamental do adoecimento psíquico.

Segundo Marx (1867/2013), por proletário “deve-se entender, do ponto de vista econômico, apenas o assalariado que produz e valoriza ‘capital’ e é posto na rua assim que se

¹ Sobre a ética do Paradigma Psicossocial, conferir o subtópico 4.4 no ensaio 1 desta tese e o artigo de Costa-Rosa (2011).

torna supérfluo para as necessidades de valorização do ‘*Monsieur Capital*’ (p. 690). No Modo de Produção Capitalista em que vivemos toda a riqueza tem sua origem principalmente no trabalho produtivo que os proletários realizam ao transformar matérias brutas naturais em bens necessários à subsistência básica e aos desejos/carecimentos de todos os sujeitos humanos. Marx (Ibidem), simulando a voz de um proletário que descobriu o segredo da mercadoria, diz: “a mercadoria que eu te vendi [a força de trabalho] distingue-se da massa das outras mercadorias pelo fato de seu uso criar valor e, mais do que isso, um valor maior do que aquele que ela mesma custou” (p. 308). Tudo o que neste momento existe ao redor do leitor tem a marca da mão proletária, o que para olhos críticos sinaliza um roubo juridicamente cancelado e ideologicamente escamoteado. Isso quer dizer que os proletários são os que mais produzem e os que quase nada se apropriam de toda a riqueza socialmente produzida. E não é somente da riqueza material que os proletários são apartados. As potencialidades humanas, que Marx (1844/1999) chama de carecimentos, também são constantemente negadas no processo de produção e no consumo capitalistas. Uma negação que varia desde níveis relativos, no caso dos trabalhadores/consumidores de classe média, até níveis que beiram o absoluto, no caso dos proletários e subproletários. É necessário considerarmos que, além da alienação do produto material por eles produzidos, esse tipo alienante de processo de produção nega constantemente a própria humanidade dos trabalhadores. Para Marx (Ibidem) “na situação progressiva da sociedade [...] o declínio e o empobrecimento do trabalhador são o produto do seu próprio trabalho e da riqueza por ele produzida. Por conseguinte, a miséria emerge espontaneamente da essência do trabalho atual” (p. 49). Logo, no mesmo passo em que produzem e não se apropriam da riqueza que geram, os proletários são os que mais tendem a adoecer, dadas as péssimas condições laborais e de vida em geral a qual são historicamente submetidos.

Desde o seu surgimento, a prática psicanalítica tem sido exercida hegemonicamente nos consultórios particulares restritos às classes médias e burguesa que, diferentemente dos trabalhadores proletários, podem desembolsar o valor dos honorários de um psicanalista que atua como trabalhador liberal. À ideologia liberal cabe a função de escamotear o fato de que aqueles que mais pagam, com o trabalho explorado a níveis cada vez maiores, são justamente os que menos podem comprar bens de subsistência e serviços de saúde e saúde mental, incluindo sessões de psicanálise². Avisado pela teoria marxiana do valor-trabalho³, é o próprio Jacques Lacan (1969-70/1992) quem afirma que “o rico [...] compra, compra tudo, em suma –

² Sobre a complexa relação entre o exercício da psicanálise e o fato dela se dar no consultório privado, como prática liberal, ver o trabalho de Dantas e Tupinambá (2015).

³ Ver, sobre esse assunto, o livro “A Teoria Marxista do Valor” de Isaak Rubin (1929/1987).

enfim, ele compra muito. Mas queria que vocês meditassem sobre o seguinte – ele não paga” (p. 77).

Dizer que a psicanálise tem sido exercida hegemonicamente sob a forma social do consultório particular é também notar que, marginalmente, sempre houve práticas alternativas de tratamento psicanalítico tão necessárias ao campo público da Atenção ao sofrimento psíquico. Elizabeth Danto (2019) nos lembra que o pai da psicanálise manteve até o final da vida o desejo de que fossem desenvolvidos novos dispositivos de tratamento suficientes “para o tratamento de grandes quantidades de pessoas” (FREUD, 1919/2010a, p. 291). Entre, esse desejo do fundador da psicanálise, por ele concebido como um dever social da psicanálise (FREUD, 1920/2011b), costuma ser desconsiderado pela maioria dos psicanalistas, por aqueles que nunca tiveram o interesse em estar *como trabalhadores* nos estabelecimentos públicos de Saúde vivenciando, entre outros, os efeitos dos conflitos de classes que ali necessariamente se apresentam, muitas vezes de maneira encarniçada. Entre, o próprio Freud (1919/2010a) previu tal estranhamento quando, no 5º Congresso Psicanalítico Internacional realizado em Budapeste, alertou à numerosa plateia de que se tratava de uma proposta “que para muitos dos senhores parecerá fantástica” (p. 290).

4.2 As inovações da psicanálise para a escuta nos coletivos

Freud, mais frontalmente, e Lacan, de relance, tocaram na questão da ampliação da oferta de tratamento psicanalítico. Além do supracitado discurso de Freud em Budapeste, Lacan (1973/2003c), em um programa de televisão, responde a uma pergunta sobre a relação da psicanálise com a Saúde Mental pública dizendo que essa era uma pergunta sobre o futuro da psicanálise, colocando em perspectiva que a saída do discurso capitalista não constituiria um progresso se fosse apenas para alguns. Anos antes, Lacan (1967/2006) havia afirmado que um dia os psicanalistas passariam a ocupar lugares importantes na sociedade, embora constatasse que, em seu tempo, a quase totalidade dos psicanalistas se dava ao luxo de não se implicar na vida social e política.

Segundo Freud (1919/2010a), a oferta do tratamento para outras classes sociais historicamente excluídas dos divãs psicanalíticos demandaria o esforço de ampliação da teoria e da técnica, sempre mantendo o rigor da ética da psicanálise. A isso ele referiu como “adaptar nossa técnica às novas condições” (p. 292). Essa perspectiva nos exige um laborioso trabalho

para ser sustentada. Nesse sentido, Ana Cristina Figueiredo (2002) afirma que não existiriam duas psicanálises, uma para o consultório e outra para a Saúde Mental: atendimentos vastamente confusos e imperfeitos são a matéria bruta a partir da qual a psicanálise deveria continuamente avançar, exigindo dos trabalhadores de Saúde Mental precavidos pela psicanálise as constantes inovações que toda nova experiência exige quando é tomada em seu estatuto de práxis. É preciso enfatizar que quando Figueiredo diz não existir uma outra psicanálise para o campo público, está seguindo Freud naquilo que é o nosso invariável: a ética da singularidade do desejo. Já que em psicanálise não há tratamento padrão (LACAN, 1955/1998j), quando da sua utilização em outros contextos as inovações/ampliações na teoria e na técnica exigirão tanto subversões dos dispositivos de tratamentos já presentes no novo campo de atuação quanto, eventualmente, na criação de novos dispositivos. Ainda com base no argumento de Figueiredo, colocamo-nos na contramão de certa tendência bastante comum daqueles que veem as práticas nas instituições como uma psicanálise de menor valia, questão muitas vezes submersa no uso do binômio psicanálise pura *versus* psicanálise aplicada.

4.3 O dispositivo do grupo de recepção

No momento em que qualquer um [...] demanda alguma coisa, isto não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto àquilo que ele deseja (LACAN, 1966/2001b, p. 10).

Nos vários municípios onde atuei como trabalhador de Saúde Mental, deparei-me com o problema da grande demanda de tratamento. Em um desses, onde estive por três anos, era o único psicólogo junto a uma pequeníssima equipe composta por mais uma assistente social e um psiquiatra. Tínhamos responsabilidade por um Território que integrava bairros da periferia da cidade que formavam uma população aproximada de quarenta mil habitantes. Os encaminhamentos e a busca espontânea se multiplicavam numa velocidade impossível de acompanhar, mesmo com a oferta de grupos de recepção e de tratamento. Éramos constantemente parados nos corredores por pacientes que clamavam para ser atendidos. Além disso, caso atendêssemos apenas individualmente, só o montante diário de encaminhamentos do Conselho Tutelar, alguns deles com documentos de “cumpra-se” emitidos por Juizes da Vara da Infância e da Juventude, já seria suficiente para ocupar toda nossa agenda. Tendo que recepcionar e tratar tanta gente, para usar uma metáfora futebolística, a sensação era a de que

tínhamos que cobrar o escanteio e correr para cabecear a bola. De qualquer forma, a instalação dos grupos de recepção e de tratamento – não sem resistências, principalmente dos colegas de trabalho – possibilitou que ao menos os casos em crise, com riscos iminentes de auto e heteroagressividades, fossem acolhidos e tratados com a agilidade necessária. Já em outros locais onde trabalhei, como em um município de dezessete mil habitantes e com uma equipe de quatro psicólogos, um psiquiatra e uma assistente social responsáveis pela Atenção ambulatorial em Saúde Mental, a implantação dos grupos de recepção conseguiu, mesmo que com eventuais dificuldades, praticamente extinguir as listas de espera⁴.

O meio de “acolhimento” dos casos novos no contexto do dominante Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador é a triagem individual. Mesmo que algumas vezes encontremos lugares onde essa triagem burocrática é realizada no dispositivo grupal, isso não muda em nada as suas características paradigmáticas. São apenas triagens feitas em grupo (FIGUEIREDO, 2002). O mais comum é que essa triagem seja feita por psicólogos ou assistentes sociais, que trabalham como auxiliares subalternos dos médicos. Costuma reduzir-se a uma única entrevista em que o trabalhador de Saúde, referido ao *discurso médico*⁵, faz o diagnóstico pautado no DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) e despacha o caso. Na falta de recursos para apreender os processos de subjetivação na causa dos sintomas e impasses psíquicos dos sujeitos, o saber da medicina hegemônica é privilegiado e a maioria dos casos é colocado nas enormes filas de espera para consultas individuais com psiquiatra e com psicólogo. Quando se trata de urgências e emergências, costuma-se agilizar a consulta por meio de encaixes para o médico, raramente para o psicólogo. Como nesse paradigma de tratamento os psicólogos costumam atender prioritariamente no dispositivo individual, quase nunca há novas vagas para tratamento psicológico, situação que reforça sobremaneira os encaminhamentos para a psiquiatria. Nesses modos de receber e tratar, tudo reforça e se encaminha para a medicalização.

Os dispositivos coletivos de recepção e tratamento regidos pela ética do Paradigma Psicossocial têm a capacidade de superar esse (d)efeito colateral concernente ao Paradigma

⁴ Acerca dessa última experiência, ver, nesta tese, o ensaio 3 e o Anexo.

⁵ Jean Clavreul (1983) chamou de discurso médico um modo de tratamento que agencia o paciente por meio de dois laços sociais especificados por Jacques Lacan: pelo *discurso da universidade*, em que o trabalhador de Saúde atua distribuindo um saber diagnóstico, o que quer dizer que é o profissional que dá o significado para aquilo que acomete o sujeito que sofre, significado que ele colhe nos manuais dos sinais e sintomas da semiologia médica; e pelo *discurso do mestre*, quando o trabalhador de Saúde emite prescrições, orientações, direcionamentos para o sujeito. Em suma, o discurso médico age sobre o sujeito que sofre a partir de um saber e de um poder disciplinares, que exclui o saber e o poder do próprio sujeito. Não é demais lembrar que não apenas o profissional da medicina, mas qualquer outro trabalhador de Saúde, pode ser um agente do discurso médico.

Psiquiátrico, que são essas enormes e contraproducentes listas de espera. Elas são falsas soluções, por favorecerem uma espera passiva onde os sujeitos, não tendo oportunidade de iniciarem um tratamento, dão soluções próprias para seus impasses que muitas vezes podem ser drásticas (LEVCOVITZ, 2000). Contudo, esse não é o único motivo para privilegiarmos os dispositivos coletivos e nem o mais fundamental. Muito menos para o bom sono dos gestores da Saúde Mental sintonizados com o Paradigma Psiquiátrico, que não dormem no ponto quando se trata de exigir montantes de produção⁶. Antes, acreditamos que os dispositivos coletivos de escuta, quando bem conduzidos, têm a capacidade de produzir subjetividades singularizadas. Nossa aposta é a de que as práticas grupais geridas sob esse horizonte ético podem consistir em potentes dispositivos de recepção e tratamento visando a uma lógica coletiva (LEVCOVITZ, 2000; MARON, 2000; OLIVEIRA, 2000) capaz de confrontar a lógica individual-privatista típica aos paradigmas de tratamento ainda dominantes em Saúde e Saúde Mental (COSTA-ROSA, 2013). Não podemos deixar de notar que o público com o qual lidamos no SUS é constituído sobretudo de sujeitos proletários que têm no resgate da dimensão coletiva, cada vez mais usurpada ao longo da história (ROZITCHNER, 1989), uma saída fundamental⁷.

Na literatura que tivemos acesso, localizamos duas importantes experiências sobre os dispositivos grupais de acolhimento ao longo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Costa-Rosa (1987) menciona a prática dos “grupos diagnósticos” realizada no contexto da primeira experiência de reforma no país, restrita ao Estado de São Paulo na década de 1970 e inspirada na experiência da Psiquiatria Preventiva Comunitária estadunidense. Infelizmente essa rica experiência ficou perdida na história por ter sido pouco teorizada e registrada em publicações científicas. Porém, temos experiências e reflexões significativas sobre a implantação dos grupos de recepção no Ambulatório do Instituto de Psiquiatria da UFRJ que datam de meados da década de 1990, da qual derivaram várias reflexões teóricas reunidas em um volume especial da revista do instituto (CADERNOS IPUB, 2000).

Quanto ao seu funcionamento, a proposta é de que os grupos de recepção sejam coordenados por duplas interprofissionais, desde que estejam preparados para tal, isto é, que tenham *clareza paradigmática*. Podem ser feitos por: psicólogo e assistente social, psicólogo e

⁶ Em uma das equipes de Saúde Mental que integrei, o coordenador de Saúde Mental do município ocupava boa parte da reunião mensal para listar os psicólogos que mais haviam realizado atendimentos, não computando outras e importantes formas de ações de Saúde Mental. Configurava-se, cinicamente, uma situação análoga à do “funcionário do mês” da prática empresarial.

⁷ Pois, “um interesse mais profundo [...] haveria de suscitar nos homens para que eles pudessem se constituir num poderoso meio coletivo de recuperação de poder. Isso não poderá ser alcançado se no seio do coletivo mantivermos vigentes, em nossa própria subjetividade, as categorias do individualismo burguês” (ROZITCHNER, 1989, p. 110).

psiquiatra, terapeuta ocupacional e psiquiatra, assistente social e psiquiatra, enfermeiro e terapeuta ocupacional, entre outras combinações possíveis e a depender do tipo de estabelecimento e de seus trabalhadores. A propósito, esses atendimentos conjuntos constituem importantes espaços de “formação em ação” e continuada desses trabalhadores, ampliando constantemente o necessário saber-fazer transdisciplinar⁸. Para que essa proposta se potencialize, os grupos de recepção precisam estabelecer-se como a porta de entrada dos novos casos, em outras palavras, que para eles sejam direcionados a demanda espontânea e os encaminhamentos para psiquiatria e para psicologia. Mesmo elencando alguns parâmetros básicos para o seu funcionamento, cada estabelecimento de Saúde Mental precisa partir das suas especificidades para melhor elaborar seus dispositivos de recepção.

De acordo com Oliveira (2000), os grupos de recepção têm como objetivos *acolher*, *avaliar* e, depois de um tempo preliminar, *encaminhar*. Acolher é muito diferente de triar. É entender que receber já é oferecer condições para que aquele que chega, muitas vezes em crise, comece a engajar-se no seu tratamento na medida em que vai falando do seu mal-estar. Diferentemente da triagem burocrática do Paradigma Psiquiátrico, no dispositivo da recepção-escuta não há a cisão entre diagnóstico e tratamento: receber já é tratar. Avaliar significa reunir o máximo de informações para *esboçarmos* um diagnóstico estrutural (segundo a psicanálise) e um diagnóstico situacional relativo às condições clínicas, familiar e socioeconômica do sujeito. Quando julgamos necessário, há sempre a possibilidade de pedir para o sujeito retornar com algum familiar. Só então, depois de acolher e avaliar sem pressa durante algumas sessões no grupo, é que se torna possível fazer um bom encaminhamento de cada caso e não despachar apressadamente como se costuma fazer na triagem burocrática.

Com o intuito de contribuir com a superação da triagem mecânica, Tenório (2000) propõe uma escuta clínica capaz de ser simultaneamente desmedicalizante e subjetivante. A difícil tarefa de subjetivar a queixa dos sujeitos que nos chegam com suas demandas medicalizadas exige um rigoroso *manejo da transferência*, indiscutivelmente mais difícil de se fazer nos dispositivos de recepção em grupo. Partindo de Freud (1912/2017f) e Lacan (1964/2008b), entendemos que no início de todo possível enlace transferencial entre um sujeito em sofrimento e um analista está o saber. Quando em sua versão imaginária, mais comum, o saber é suposto na pessoa daquele para quem se queixa. De tal modo, a possibilidade de

⁸ Para Levcovitz (2000), “a atuação conjunta de profissionais e estudantes com formações técnicas distintas permite uma progressiva abertura e relativização dos saberes individuais e escotomizados. O efeito pedagógico dessas experiências é intenso e absolutamente necessário à adequação do perfil dos profissionais treinados às necessidades do modelo de assistência em saúde mental emergente” (p. 28).

recepcionar buscando a subjetivação desmedicalizante dependerá dos manejos que possamos realizar para que essa suposição de saber mude de endereço e possa vir a se instalar na própria *fala em movimento* do sujeito que se queixa e nos demanda algo. Ao trabalhador de Saúde Mental será necessário um tempo de suspensão de respostas imediatas às demandas, tempo no qual convocamos os sujeitos a dizerem melhor sobre o que os fazem sofrer e sobre aquilo que acham que lhes faltam.

Vejamos como Costa-Rosa (2013) define, em termos amplos, as funções do trabalhador de Saúde Mental no trabalho com grupos de recepção e de tratamento propriamente dito:

Ele deve operar na promoção da associação livre grupal, ajudando inicialmente o grupo a se constituir como dispositivo de trabalho; atuar, sobretudo, no relançamento dos sentidos inconscientes e dos traços de enunciação presentes na superfície do discurso; economizar as falas que possam fomentar a reciprocidade e complementaridade paralisante das associações espontâneas do próprio grupo; ou seja, deve suspender todas as falas e ações que possam funcionar como suprimentos narcísicos imediatos capazes de impedir a emergência dos sentidos inconscientes capazes de operar sobre o sofrimento e os sintomas. Em suma, deve ser capaz de funcionar como caixa de ressonância que mantém no horizonte a ética do grupo como dispositivo autopoietico, e do sujeito como dono de sua própria cura (p. 242)⁹.

O dispositivo de recepção-escuta, tanto na sua forma coletiva privilegiada, quanto na sua forma individual eventualmente necessária, é indispensável por ser um dos pontos de interlocução entre as instituições de Saúde Mental e os sujeitos do sofrimento, a população em geral e o Território¹⁰. Para o manejo nos grupos de recepção é preciso avaliarmos os modos da transferência inicial dos sujeitos que nos chegam, bem como a relação desse modo com o nível de implicação subjetiva dos sujeitos, isto é, com a maneira como eles inicialmente se relacionam com os sintomas, conflitos e contradições que estão na causa da procura de ajuda. No intuito de mapear os modos da transferência inicial, Costa-Rosa (1995) categorizou três tipos básicos de atitudes transferenciais iniciais com que os sujeitos costumam apresentar-se nas instituições de Saúde Mental:

1) *Busca de um objeto*. Nesse modo de transferência inicial, os sujeitos tendem a colocar as instituições e seus agentes no lugar de mestres supridores, especificamente, como portadores de um objeto material supostamente capaz de sanar magicamente seus sofrimentos e sintomas. No caso das instituições de Saúde Mental, esses objetos assumem a forma dos medicamentos psicotrópicos. Isso não é surpresa para os trabalhadores-transdisciplinares precavidos pelo

⁹ Maiores detalhes sobre a especificidade da escuta nos grupos serão trabalhados a frente, na seção 4.2.2.

¹⁰ Sobre isso, ver o subtópico 4.3 do ensaio 1 desta tese.

materialismo histórico, já que, desde a análise científica de Marx, sabemos que são as mercadorias que levam os consumidores ao mercado. Trata-se do que Lacan (1969-70/1992) chamou de *latusas*, que se proliferam como “objetos feitos para causar o desejo de vocês, na medida em que agora é a ciência que o governa” (p. 172)¹¹. Minha experiência tem mostrado que esse tipo de atitude transferencial é disparadamente a mais comum no campo da Saúde Mental Coletiva. A prevalência desse tipo é tamanha que já podemos falar em uma epidemia de medicalização associada a uma epidemia de diagnósticos (COSTA-ROSA, 2013).

2) *Busca de um saber de tipo revelação*. Mesmo que nesse tipo de transferência inicial os sujeitos ainda tendam a colocar as instituições e seus agentes no lugar de mestres supridores, o diferencial em comparação com o tipo anterior é o fato da suposição ser relativa a um saber de teor revelador. Difere da anterior quanto à consistência daquilo de que se sente falta e quanto às características do Outro que é suposto ter o que se precisa. O Outro, nesse caso, pode ser o dos saberes místico-religiosos, como é possível observar nas Comunidades Terapêuticas. Estas que, mais do que nunca, tentam invadir as práticas da Atenção Psicossocial. Contudo, o mais comum é que o Outro desse tipo de transferência seja incorporado pelo discurso médico da psiquiatria do DSM. Associado ou não à busca de um objeto material, o que se demanda nesse tipo de transferência inicial é o saber de um Outro onisciente capaz de revelar o sentido daquilo que causam os sintomas e sofrimentos dos sujeitos que se queixam.

3) *Transferência de saber com alguma implicação subjetiva*. É o tipo de atitude transferencial inicial de sujeitos que, em alguma medida, são capazes de supor estarem implicados nos sintomas e conflitos dos quais se queixam. Há, nesse caso, o que podemos chamar de pré-interpretação do sujeito acerca dos seus sintomas e conflitos, estando, portanto, mais próximos de assumir a posição de trabalho no *discurso do analista*¹², o que certamente dependerá da atitude de escuta dos trabalhadores de Saúde Mental que recebem esses sujeitos. Mesmo que seja uma interpretação ainda rudimentar, é fato que ela expressa uma posição transferencial que favorece muito o trabalho a ser realizado nesse momento crucial de recepção em Saúde Mental. Foi o caso de uma jovem mulher que atendi em um grupo de recepção. Quando a palavra lhe é dada, fala: “procurei ajuda aqui no Ambulatório porque eu me sinto angustiada e tenho tido muita insônia”. Indagada sobre o porquê, continua: “acho que

¹¹ O *marketing* da indústria farmacêutica escolhe nomes sugestivos que capturam as demandas dos sujeitos. Por exemplo: *Tranxilium*, que faz alusão à tranquilidade; *Serenid*, à serenidade; *Librium*, à liberdade, ou o *Concerta*, destinado à assim chamada hiperatividade infantil.

¹² Acerca da teoria lacaniana dos discursos, ver o Apêndice no final desta tese.

é porque eu tenho vivido algumas situações atuais que me levaram a pensar que o meu passado triste está voltando, que ele está se repetindo nessas situações, sabe?”.

As nossas práticas na Atenção pública ao sofrimento psíquico têm mostrado que a chegada de sujeitos com esse terceiro tipo de transferência inicial é bastante incomum, como não poderia deixar de ser em uma formação social capitalista que usurpa cada vez mais o protagonismo dos sujeitos, entre outras coisas, pela alta incidência do discurso médico no seio da sociedade. Utilizando a articulação entre psicanálise e materialismo histórico realizada pela análise institucional socioanalítica, alcançamos uma sofisticada compreensão da relação entre oferta e demanda no campo social. Antes, é preciso diferenciarmos *demanda* e *encomenda* segundo esse campo teórico-prático (LOURAU, 1977/2014a, 1970/2014).

A Demanda Social advém de várias pulsações produzidas pelos conflitos e contradições da luta de classes presentes no espaço sociocultural e territorial. Essas pulsações do conjunto de forças contraditórias que palpitam nas instituições sempre demandam transformações instituintes, saídas singulares, tanto para os sujeitos quanto para a sociedade. Porém, a tendência assepsiante da ideologia é a de capturar o que está na causa dessas pulsações e convertê-las em novas oportunidades de continuar valorizando o capital e de reproduzir a sociabilidade capitalista. À captura das pulsações da Demanda Social a socioanálise chamou de transformação em encomendas. Podemos entender as encomendas como canalizações das pulsações da Demanda Social em que predominam a ideologia como espectro que vela o real das variadas contradições sociais. Costa-Rosa (1987) assinala que do ponto de vista social a demanda é sempre uma falta, uma hiância que aponta para o novo, e que é “para além da ‘casca’ imediata da encomenda que devemos esperar encontrar essa falta (mas também é na casca justamente que podemos ver seus indícios) que pode nos remeter à estrutura de contrários da qual é expressão” (p. 72).

Então, pedir remédios e/ou o saber-poder de um Outro carrega sempre uma dimensão de encomendas que velam as reais determinações dos conflitos e contradições que estão na causa da Demanda Social. Com isso, entendemos também que:

a tradução das pulsações da Demanda Social em pedidos [encomendas] depende dos modos de representação do que seja aquilo que ‘falta’ e aquilo que se necessita e deseja; da representação das ofertas à disposição no campo, capazes de ‘responder’; bem como depende do reconhecimento dessas ofertas à disposição no espaço sociocultural do Território, por parte de quem as solicita (COSTA-ROSA, 2013, p. 39).

Considerando a relação entre oferta e demanda, podemos deduzir que enquanto a medicação e a internação asilar forem as principais ofertas de tratamento dadas ao sofrimento psíquico e enquanto o discurso médico se propagar no imaginário social, inclusive pela grande mídia, é esperado que os dois primeiros modos da transferência inicial – a “busca de um objeto” e a “busca de um saber de tipo revelação” – sejam os mais prevalentes. A ação do discurso médico nas classes proletárias é tanta que a maioria dos sujeitos que recepcionamos pela primeira vez nos grupos de recepção já chegam medicalizados, não só discursivamente (CLAVREUL, 1983), mas por já estarem fazendo uso de remédios psicotrópicos que são prescritos por algum médico clínico geral ou distribuídos por algum familiar, parente ou amigo. É por isso que a principal meta dos grupos de recepção regidos pela ética da Atenção Psicossocial é a desmedicalização da demanda e a subjetivação da queixa. Vejamos outras situações da nossa experiência com grupos de recepção.

Na maior parte das vezes o remédio é eufemisticamente referido como “calmante”. É comum ouvirmos que “minha irmã”, “meu filho”, “minha mãe”, “minha vizinha” etc., “toma e eu acho que também estou precisando”. Uma significativa parte dos sujeitos faz essa demanda pelo medicamento de forma mais titubeante e já nas primeiras sessões do grupo de recepção decaem dela, outros não, o que exige de nós várias estratégias de manobra em equipes de trabalhadores sintonizados em relação aos parâmetros do Paradigma Psicossocial. Foi o caso de uma jovem senhora.

Essa mulher pede remédios para o seu nervosismo, insônia e sentimento de pânico. Ela havia sido encaminhada por um clínico geral que lhe receitou um ansiolítico e encaminhou à psiquiatria. Fala que esse remédio a acalmou apenas um pouco e esperava que o psiquiatra fosse lhe dar “o remédio certo”. Na segunda sessão, expressa o que seria o seu principal conflito no momento: o fato de que sua única filha, de 16 anos, havia iniciado um namoro em relação ao qual ela era contra. Parecia ser apenas uma corriqueira discordância entre mãe e filha, até que diz: “criei minha filha sozinha e com muito sacrifício. Ela é só minha e não vou deixar um marmanjo qualquer colocar as mãos nela”. Mesmo tendo várias críticas ao pretendente da filha, o que não suportava era o fato dela namorar. Escutada por mais uma vez nesse grupo de recepção, mesmo falando um pouco mais sobre outros conflitos pelos quais estava passando, não desloca sua demanda inicial. No final da quarta sessão, fala com voz alterada: “eu não quero mais falar. Eu já falo com Deus e não resolve, eu só quero um remédio!”. Não houve outra coisa a fazer, nesse momento, a não ser encaminhá-la ao psiquiatra e sugerir a ela que prosseguisse o seu tratamento também em um grupo psicoterapêutico. Compareceu mais duas vezes nesse novo grupo, mas, após a consulta com o psiquiatra, não retornou mais. Provavelmente pelo fato

de o médico ter, como se costuma dizer, tamponado a angústia da paciente com a sua “mão pesada”. Segundo a ética da Atenção Psicossocial, o uso eventual da medicação deveria vir em função do bem-dizer o sintoma e o sofrimento, como faria um psiquiatra psicossocial (COSTA-ROSA, 2013), o que não era o caso desse médico que sequer se dispôs a conversar sobre esse caso quando solicitamos. Essa situação analisadora desvela o fato de como é difícil sustentar o Paradigma Psicossocial em meio à dominância do seu paradigma antípoda, encarnado no fazer de muitos trabalhadores de Saúde Mental. Vale lembrar da importância da participação dos médicos psiquiatras nas atividades dos grupos de recepção, sobretudo considerando o lugar transferencial que eles têm no imaginário social, o que infelizmente não pude presenciar em uma década de trabalho nesse campo. Ao longo das minhas experiências, quando muito, consegui fazer trocas com psiquiatras em poucas reuniões de equipe e geralmente em situações de muita pressa por parte deles, que pareciam sempre acossados pela missão de *distribuir* o fabuloso objeto suposto curar para o mundaréu de transtornados.

Com a exceção de situações como a dessa mulher, que exigia uma ação interprofissional que não ocorreu, a nossa experiência tem demonstrado que os grupos de recepção são bastante potentes em desmedicalizar a demanda na medida em que suspendemos a resposta imediata ao que é pedido e colocamos os sujeitos para falarem dos seus porquês. Desse modo, vão falando das suas angústias, dores, conflitos, o que muitas vezes tem o poder de deslocar o foco dessa demanda inicial à medida que a dimensão de sujeito vai emergindo. Quer dizer, é preciso saber “[...] suportar um tempo de espera, para que a própria fala traga algo mais do que já foi dito” (FIGUEIREDO, 2002, p. 129). A assunção desse “algo mais” indicará que o sujeito iniciou o processo de ir se deslocando para a posição de trabalho de produção-apropriação do saber, no mesmo movimento em que o analista vai se deslocando para a posição de intercessor¹³ que no Paradigma Psicossocial eticamente lhe cabe. Em termos da função sintomal das entrevistas preliminares em psicanálise (QUINET, 1991), trata-se de fazer os sintomas e demais impasses passarem de respostas que objetificam os sujeitos para o estatuto de enigmas a serem decifrados. Enigmas que até então só existiam “como um querer dizer mantido em silêncio pela força do recalque” (CABAS, 2009, p. 146). Em algumas sessões do grupo de recepção, muitas vezes já na segunda, costumamos ouvir coisas como: “Ah, já tô conseguindo dormir melhor” (caso de homem que chega demandando remédio para a insônia); “estou melhor, até as pessoas do meu convívio perceberam e me disseram. Vocês nos ouvem com tanta atenção que isso acalma a gente. Até voltei a dormir bem” (diz uma mulher que chegou pedindo um “calmante” para uma

¹³ Sobre isso, conferir a nota 3 na página 102 desta tese.

grave insônia, surgida após ler conversas privadas do companheiro em redes sociais), ou “doutor, agora tô conseguindo conversar com jeito, sem me estressar tanto com o meu filho e acho que é por isso que ele tá ficando mais em casa e menos na rua usando as drogas” (relata a mãe de um usuário de drogas, que veio demandando um “calmante”).

Vários trabalhadores também notaram em suas práticas o modo como o compartilhamento de vivências nos grupos de recepção, na presença do clínico como intercessor, podem ser potenciais analisadores para os sujeitos em sofrimento (LEVCOVITZ, 2000; OLIVEIRA, 2000). Isso quer dizer que “cada membro do grupo pode atuar como agente terapêutico” (LEVCOVITZ, 2000, p. 28), em outros termos, cada integrante do grupo pode também atuar como intercessor. Junto a isso, temos constatado em nossas práticas o fato de que a associação livre produzida pelo conjunto dos participantes do grupo tende a estabelecer-se mais rapidamente do que no dispositivo de escuta individual (COSTA-ROSA, 2013)¹⁴. Presenciamos vários desses encontros, tais como: uma mãe muito magoada com a atitude recente de um filho e, no mesmo grupo, um filho reclamando da sua mãe; mulheres que sofrem pelo alcoolismo dos companheiros trocando histórias com homens que sofrem os efeitos do uso compulsivo de álcool; uma mãe que vem sofrendo com o fato do filho estar usando drogas se deparando, no mesmo grupo, com a história de um jovem com o sofrimento causado pelo uso de drogas; sujeitos que vêm reclamar do psiquiatra ou dos efeitos colaterais dos remédios que foram se acumulando ao longo dos anos na presença daqueles que vêm pela primeira vez pedir medicações psicotrópicas. O caso de um homem de 40 anos retrata bem a forma como esses compartilhamentos de histórias podem ser importantes intercessores analíticos.

Ele inicia falando que já tomou psicotrópicos por oito anos e parou de tomar há dois. Diz que desta vez gostaria de um tratamento que não utilizasse remédios, mesmo que, ao ser indagado, refere não saber dizer qual seria – seu relato sobre o uso dos remédios parece interceder na demanda de remédios de alguns participantes desse grupo. Afirmar que nos últimos meses tem sentido o que ele chama de “umas crises de nervos”. Indagado como eram essas crises, diz: “Ah, doutor, são uns troços que me dá que nem sei explicar direito. É um estremecimento pelo corpo, um pavor, sei lá o porquê!”. Ao longo de algumas sessões do grupo de recepção, sempre tocado pela fala dos demais integrantes, vai entrando em contato com vários aspectos da sua vida. Quando um fala de alcoolismo, após ouvir, ele fala que parou de

¹⁴ Conforme Reis e Moraes (2008), “o que o grupo traz de novidade é que, no cruzamento das falas, no *uns com os outros* desse ambiente povoado de significantes, é possível perceber, muitas vezes, que os fundamentos e a radicalidade do operatório da psicanálise e de suas condições, em vez de serem relativizados ou enfraquecidos, acabam, contrariamente, tornando-se ainda mais evidentes” (p. 94, grifo dos autores).

beber há três anos e de fumar recentemente, e que foi depois disso que iniciaram as crises. Ao ouvir outra pessoa falar da perda de um ente querido por causa de um acidente de carro, fala do quão horrível foi a ocasião em que quase perdeu a perna em um acidente e não teve ninguém para ajudá-lo em casa na recuperação: “aquela situação foi me dando um sentimento de solidão que foi me levando ao desespero, uns troços estranhos”. Na terceira sessão, já aliviado e conseguindo dormir melhor, dá detalhes sobre sua vida laboral: “trabalho desde os treze anos em serviços pesados e é cada bucha que a gente tem que enfrentar. Já ouvi de chefe que a gente é igual mourão de cerca: se estragar é só tirar e colocar um novo”. Em seguida diz que começou a entender qual foi o disparador dessas crises. Relata que ultimamente a empresa tem “pedido” para fazer horas extras. Como ele faz o turno da noite, sai do trabalho às seis da manhã e o dia está fresco e todos ainda estão dormindo. E diz: “mas, quando faço hora extra, chego às dez horas e não consigo dormir direito com o calor e o barulho de casa e da rua. Por isso eu fui entrando em parafuso”. Após esse percurso de três sessões no grupo de recepção, é encaminhado a um grupo psicoterapêutico.

4.3.1 Manejos entre os dispositivos individuais e grupais

O contexto de uma sempre ampla demanda de atendimentos exige de nós uma grande responsabilidade em relação às vagas de que dispomos. O intuito principal é, sempre que possível, deixar espaço para receber os sujeitos em crise¹⁵. A recepção e o tratamento no dispositivo individualizado no contexto da Atenção Psicossocial precisa ser exceção e, quando possível, provisório, podendo o analisante, depois do tempo necessário, continuar o tratamento nos dispositivos grupais. Vejamos o manejo com uma analisante em relação a esse aspecto.

Danielle se tratava apenas com medicação psicotrópica há dez anos. No caso dela não havia resistência em falar em grupo. Acolhida no grupo de recepção, sempre que tomava a palavra desembocava em um misto de fala e choro quase incontíveis. Isso ocorreu por três sessões, sempre com uma dificuldade muito grande de interromper sua fala, mesmo quando intervínhamos no sentido de passar a palavra a outras pessoas. Dado essa sua dificuldade inicial

¹⁵ No Ambulatório de Saúde Mental de um dos municípios onde atuei, discutimos e deliberamos a diretriz de reservamos 85% das nossas vagas para recepção e tratamento em dispositivo grupal e 15% para o individual. No entanto, com a equipe dividida em visões paradigmáticas contrárias, apenas alguns trabalhadores sustentaram essa direção. Sobre essa experiência, ver o ensaio 3 e o Anexo no final desta tese.

de coletivizar com os demais, e por termos disponibilidade de horários no momento, decidimos continuar essa recepção no dispositivo de escuta individual.

Ao longo das sessões falava ininterruptamente. De início, sua queixa girou em torno do descontentamento com a mãe e principalmente com as filhas, sendo essas o motivo da crise atual. Uma filha havia “escolhido a vida homossexual”, e a outra “saiu de casa para morar com o namorado sem se casar”. Esse tema, no entanto, fica pouco tempo no centro das suas queixas, pois logo passa a relatar as vivências conflituosas com os pais ao longo da vida. A mãe é apresentada em seu relato como alguém extremamente caprichosa. Uma das situações contadas parece eloquente quanto a isso. Danielle havia escolhido uma tia, irmã da mãe, para ser uma das madrinhas do seu casamento. E no dia do casamento, a mãe entra em litígio com a irmã e comunica para Danielle que: “se ela for ao seu casamento, eu não vou; escolha!”.

Danielle passou três meses falando do quanto se sentia preterida não só em relação à irmã, mas, sobretudo, ao irmão mais novo. Essa preferência se dava principalmente segundo o gosto dessa mãe, sendo o pai, no relato de Danielle, um homem apático que assentia passivamente com tudo. Relatou: “eu havia ganhado uma motocicleta quando era jovem – foi a primeira vez que eu senti que ganhei algo dos meus pais”. Mas, tão logo o irmão ingressou na faculdade, a motocicleta lhe foi retirada a mando da mãe, com o pretexto de “que ele precisava mais”.

Após vários meses falando longamente de situações passadas, começou a discorrer sobre uma conjuntura atual que era claramente uma repetição das anteriores. Recentemente, a mãe, já idosa e doente, era cuidada por Danielle, que recebia da mãe um valor de 400 reais por esse cuidado. No entanto, o irmão caçula, recém-divorciado, havia deixado a casa da então ex-mulher para morar sozinho em uma casa alugada, cuja metade do valor do aluguel passou a ser bancado pela mãe (representando um valor que era maior do que o pagamento à Danielle pelos seus cuidados). Ao relatar esse ocorrido, o relacionou, por associação, às vivências passadas, levando-a a falar mais e mais dessas situações ao longo de outras sessões. O que se segue, indica que alcançou um primeiro e importante passo na superação de seus pontos de fixação e repetições neuróticas.

É então que Danielle chega à sessão significativamente modificada. Já não falava mais de forma desenfreada. Não mais descabelada, malvestida e não mais com semblante pesado. Fala sobre como estava se sentindo melhor. Refere que mesmo sabendo que isso tinha relação com o tratamento, não entendia por que a mãe e as filhas estavam agindo de forma diferente com ela, de modo mais agradável, demonstrando-se mais compreensíveis e amáveis no relacionamento entre elas. Diz que a mãe até disse que a ama, coisa que nunca havia dito e que

as filhas se reaproximaram dela: “eu acho que vindo aqui fui chorando as mágoas – e eram muitas – e colocando as ideias no lugar. Será que o fato de eu não ficar mais mendigando o amor da minha mãe e das minhas filhas fez com que elas passassem a me respeitar e me tratar melhor?”. Corte da sessão! Nesse ponto, após cinco meses de tratamento no dispositivo individual, ofertei o grupo terapêutico para Danielle, onde deu continuidade ao tratamento.

A nossa experiência tem mostrado que alguns casos recebidos e tratados no dispositivo individual precisam em média de três a oito meses antes de serem direcionados para a continuidade nos grupos psicoterapêuticos. Alguns, no entanto, podem demorar mais tempo. Não é a gravidade dos impasses psíquicos que têm delimitado a necessidade do dispositivo individual, mas sim a especificidade, de modo que muitos casos mais graves são bem recebidos e tratados em grupo e alguns casos menos graves têm precisado iniciar no dispositivo individual. Entre outros casos específicos, os de fobia de estar com várias pessoas em um recinto ou aqueles que inicialmente têm muitas dificuldades de ouvir histórias conflituosas de outros sujeitos. Outra constatação é a de que os analisantes que iniciaram no dispositivo individual, quando encaminhados, já ingressam nos grupos psicoterapêuticos numa posição subjetiva de trabalho, que muitas vezes impulsionam os demais no mesmo sentido. Os sujeitos recebidos e tratados individualmente que adquirem uma resistência a continuar nos grupos acabam se tornando para nós um dilema prático e ético.

É importante ainda ressaltar que, em outras situações que também demandavam a recepção individualizada, houve vezes em que não dispúnhamos de horários para tal, e precisamos, mesmo com dificuldades, continuar manejando a recepção em grupo.

4.3.2 Joseane, a manicure intercessora

Antes de chegar até mim, Joseane participa de cinco sessões do “grupo de pais e responsáveis”, uma das modalidades de grupos de recepção que implantamos em um Ambulatório de Saúde Mental, coordenado por uma colega psicóloga. Trata-se de um dispositivo clínico que tem por finalidade recepcionar a demanda de tratamento infantojuvenil. Vem em busca de tratamento para seu filho de nove anos. Após algumas sessões, o filho é acolhido em ludoterapia e ela é encaminhada para tratamento em um dos grupos psicoterapêuticos que coordeno. Chega com uma relativa implicação subjetiva, já realizada no grupo de pais. Nas primeiras sessões do grupo psicoterapêutico refere sintomas corporais cujas

causas orgânicas os médicos não encontram, como hematomas e dores transeuntes pelo corpo que, segundo ela, costumam ser maiores no peito, com a “sensação de sufocamento”. Fala que quando vai aos médicos eles investigam e “dizem que ‘não é nada’”.

Já na primeira sessão no grupo, a escuta das histórias dos outros analisantes desencadeou, nela, reminiscências de sua história, passando a falar da “rejeição do pai”, no duplo sentido, pois fala que, dada a situação por que passara, também teve que rejeitá-lo. Diz que sentia que o pai a evitava desde criança. Passam-se seis meses de tratamento no grupo, até que se permite falar das intenções frequentes desse pai de abusar sexualmente dela: “quando fiquei moça, o meu pai passou a demonstrar intenções de abusar de mim. Seu jeito de olhar, as coisas obscenas que me dizia. Certa vez, cheguei em casa e ele estava no meu quarto se esfregando nas minhas roupas”. Chora, e o grupo acolhe esse dizer difícil, incluindo a manifestação de outra paciente, que, aproveitando a deixa, relata situações de abuso que também sofrera. Joseane, em sessões seguintes, dá detalhes sobre o que ela refere como “pior que saber que seu próprio pai tem intenções sexuais com você”. Pior que isso foi o “descrédito da mãe”. Fala de como a mãe, ao ouvir o seu pedido de ajuda, diz que ela era a culpada de ter se insinuado e seduzido o pai. Desde essa situação de descrédito da mãe, diz que nos quatro anos que se seguiram viveu praticamente trancada no seu quarto, passando inclusive a comer fora de casa, pois a mãe parou de cozinhar para ela. Até que encontrou alguém e se casou “para fugir de casa”.

Esse sucinto relato, focado nesse assunto das intenções abusivas do pai de Joseane, foram intercalados por muitos outros, incluindo, por exemplo, intrigas em relação a ela mudar de igreja, pois não suportava “tamanho hipocrisia do meu pai, que era o pastor”. Com um ano de tratamento no grupo psicoterapêutico, passa a falar do quanto estava melhor, dizendo que nunca mais voltou a sentir a sensação de sufocamento na garganta que a acompanhava desde a adolescência. Sua melhora repercutiu negativamente no companheiro: “acho que ele precisa fazer terapia também, doutor, porque agora que eu estou melhor, mais segura, fazendo um monte de coisa, trabalhando bem, ele passou a achar que eu quero me separar dele, porque fala que não estou dando mais tanta atenção pra ele”. Semanas depois, ele também buscou ajuda e iniciou um tratamento.

O que mais se destacou no tratamento de Joseane foi a repercussão deste no seu entorno social, em outros termos, a forma como da sua implicação subjetiva singularizante derivou uma implicação sociocultural de mesmo estatuto ético-político. Quando iniciou seu tratamento estava às voltas com várias inibições, sintomas e angústias quase paralisantes perante suas dificuldades financeiras e de relacionamentos. Entre as inibições, relatava estar com

dificuldades de trabalhar. É manicure e cabelereira, e a maior parte da sua clientela, também da região economicamente pobre da cidade, pede atendimento domiciliar. Diz que “essas mulheres abrem as suas casas para mim e percebo que não é somente mãos e cabelos que elas querem. Elas buscam alguém para desabafar, sabe, doutor?”. Joseane refere que, antes de fazer esse tratamento, era um martírio ouvir suas clientes, suas histórias tristes. Nesse momento, peço que fale um pouco dos tipos de situações que ouvia e constato que eram de fato sofrimentos intensos, alguns à beira do insuportável, dos tipos que sabemos serem comuns nessas classes sociais. Diz: “às vezes eu ficava tão abalada com as histórias delas que tinha que desmarcar as próximas visitas agendadas e perdia muito do pouco dinheiro que ganhava nesse trabalho”.

Com o seu reposicionamento subjetivo ao longo do tratamento, refere estar conseguindo trabalhar com satisfação e ganhando mais, já que as suas clientes passaram a indicar seu trabalho para outras pessoas: “agora eu ouço elas, mas não é mais como antes que eu ficava transtornada. Agora consigo ouvi-las e fico de boa, porque não absorvo mais os problemas delas”. Diz que espera a cliente falar bastante e só então incentiva a procurar o Ambulatório de Saúde Mental: “eu aprendi a fazer igual vocês fazem aqui. Elas vão desabafando e de vez em quando eu faço ‘hummm’, pergunto uma coisa aqui, outra ali e elas continuam falando. Aí quando eu acho que é a melhor hora, falo que aqui no Ambulatório tem ótimos psicólogos que foram muito bons para mim e que podiam ser bons para elas também. Várias já passaram aqui com o senhor”.

Joseane passa a ser o que podemos chamar de intercessora inadvertida e orgânica ao Território, uma espécie de braço estendido das nossas ações de Atenção Psicossocial. Esse caso elucida a maneira como um dado tipo de oferta pode, com o tempo, modificar o modo como a demanda inicial chega às instituições de tratamento. Também evidencia, como propõe Deleuze (1992), que a realidade social pode ser entendida como um “campo de intercessão” que já contém seus processos de intercessão e determinados intercessores que se trata de potencializar ou simplesmente acionar.

4.4 A sobredeterminação do sofrimento psíquico das classes proletárias

Tirando o caso da violência, o que me leva a alienar a minha propriedade a outro? A carência (MARX, 1844/2015, p. 210).

O montante de libido insatisfeita que os seres humanos podem medianamente suportar é limitado (FREUD, 1916-17/2014, p. 459).

Tomemos como ponto de partida um acontecimento histórico. A região da cidade de Ribeirão Preto-SP ficou conhecida como A Califórnia Brasileira. Tal fama se deveu ao *boom* do agronegócio produtor de cana-de-açúcar, incentivado pelo Programa Nacional do Alcool que buscava uma alternativa à crise mundial do petróleo, deflagrada na década de 1970. É nesse interior paulista que estoura a Greve de Guariba, que desemboca, no dia 14 de maio de 1984, em um levante popular de grandes proporções no centro da pequena cidade de Guariba-SP, com a destruição do prédio da Companhia de Abastecimento de Águas e Esgotos e o saqueamento de um supermercado, seguido de uma violenta repressão policial com espancamentos, prisões e um trabalhador alvejado mortalmente por arma de fogo¹⁶.

Foi uma greve que resultou do processo de exploração crescente desses trabalhadores, que nessa região somavam em torno de cento e vinte mil. Boa parte deles era composta por migrantes sazonais da região nordeste do país, historicamente assolada pelo desemprego e pela consequente miséria econômica.

As greves, eventualmente seguidas de insurreições populares, não se dão ao acaso. Podem ser analisadas como um retorno de um recalcado social, considerando que “na greve, a verdade coletiva do trabalho se manifesta” (LACAN, 1968-69/2008c, p. 41). Trata-se do recalcado concernente à luta de classes, que na Greve de Guariba dizia respeito ao fato desses trabalhadores terem um limitado acesso a itens imprescindíveis à sobrevivência, como comer, beber e saneamento básico. Como diz a epígrafe de Marx acima, o fato de serem mantidos no

¹⁶ Instante flagrado pelas lentes de Osmar Cades, que lhe rendeu o Prêmio Vladimir Herzog de Fotografia de 1984: Foto1 – Trabalhador morto no Levante de Guariba-SP



Fonte: CADES, 1984.

Neste ocorrido, houve apenas a confirmação da morte de Amaral Vaz de Melone, de 49 anos, que foi atingido fatalmente e amparado por Vanderlice, que à época era uma cortadora de cana de 23 anos. Mancini (2014) aponta que algumas pessoas da cidade denunciaram que houve mais mortes que não foram divulgadas pela mídia.

plano da carência, longe das possibilidades de alcançar minimamente os carecimentos¹⁷ coletivamente produzidos (que são privadamente apropriados).

Um dos estopins da greve e do levante popular foi a redução salarial desses trabalhadores por causa de novas exigências no processo de trabalho impostas pelas Usinas: em vez de quatro, os trabalhadores passariam a cortar sete ruas de canas simultaneamente, o que os obrigava a caminhar mais com a cana nos braços, reduzindo, *mais ainda*, seus já diminutos ganhos, que eram medidos por produtividade. A esse processo de incremento de extração da mais-valia, por meio de mecanismos de constrições do processo de trabalho desfavoráveis aos trabalhadores, Marx (1867/2013) chamou de extração de mais-valia absoluta. Respalado pelo Direito burguês, “o capitalista faz valer seus direitos como comprador quando tenta prolongar o máximo possível a jornada de trabalho e transformar, onde for possível, uma jornada de trabalho em duas” (Ibidem, p. 309).

Além disso, na véspera da revolta a Companhia de Abastecimento de Águas e Esgotos emitiu um novo reajuste das suas taxas que, em um ano, totalizou 900% de aumento (PERANI, 1984/2009), representando a última gota d’água que desencadeou a revolta popular. Para termos uma ideia do quanto isso representou na saúde e na subjetividade desses trabalhadores, Perani (1984/2009) relata que:

em Guariba [...], um exemplo de como vivem esses homens é Augusto Alves Fonseca. Tem 9 filhos pequenos e ganha, juntamente com a esposa, 150 mil cruzeiros no corte da cana. Paga 80.000 de água e acumula dívida de 280.000 no supermercado. Na marmita do cortador de cana quase sempre não tem carne. Às vezes um ovo, uma salada, uma batata. Em tempos de aperto, só arroz com feijão, ou mesmo puro, temperado só com sal (p. 88).

Segundo esse autor, um quilo de feijão equivalia ao corte de duas toneladas de cana. Dadas às condições econômicas sempre difíceis pelas quais passavam, esses trabalhadores acabavam tendo que comprar mantimentos básicos justamente nesse supermercado que, dada a garantia dessa clientela por oferecerem a possibilidade de pagamento fiado, mantinha seus preços em torno de trinta por cento mais caro em comparação com o preço médio da cidade (MANCINI, 2014). Frequentemente, quando um trabalhador queria deixar o trabalho, ao contactar o capataz (intermediário entre os trabalhadores e a Usina) via que estava “endividado”, pois as “ordinhas” (vales para a retirada de mercadorias) superavam o valor que o trabalhador tinha para receber. Isto é, ainda estava devendo para o capataz, sendo coagido a voltar ao trabalho para pagar sua “dívida”. Eis um exemplo típico da situação dos trabalhadores

¹⁷ Acerca desse conceito, confira a seção 4.4.2.2 no ensaio 1 desta tese.

proletários que, como afirma Engels (1845/2008, p. 60), são os despossuídos que na melhor das hipóteses consomem hoje o que ganharam ontem.

No tempo que se seguiu ao Levante de Guariba, o capitalismo brasileiro das últimas quatro décadas foi progressivamente mecanizando o trabalho rural, fazendo aumentar as fileiras dos subempregados e desempregados urbanos. Atualmente, vemos avançar um processo que alguns têm denominado de “uberização do trabalho”, no qual a perda de direitos trabalhistas mínimos tende a alcançar partes cada vez maiores dos trabalhadores. É a nova fisionomia do já velho trabalho degradante, que é onipresente no Modo de Produção Capitalista desde as primeiras fábricas inglesas do século XIX (Ibidem). A situação das classes trabalhadoras proletárias na atualidade, como ressalta Ricardo Antunes (2018), é a de serem empurradas ao “privilégio da servidão voluntária”, pois a situação desses homens e mulheres é de tamanho desespero que, entre a cruz e a espada, são impelidos a aceitar a superexploração de seus corpos como alternativa ao perecimento causado pela falta de quaisquer outros meios de “ganhar a vida”, sendo praticamente mantidos em uma sub-existência. Com o materialismo histórico entendemos que em momentos de crises cíclicas do capitalismo – como a do período da Greve de Guariba ou a do pós-golpe de 2016 – a exploração dos relativos “períodos de paz” dá lugar à espoliação do trabalhador (MASCARO, 2018; ANTUNES, 2018).

Como afirma Marx (1844/1999), “se a riqueza da sociedade diminui, o trabalhador sofre mais, porque embora a classe operária não possa ganhar tanto como a classe dos proprietários num estado próspero da sociedade, ninguém sofre tão cruelmente com o seu declínio como a classe trabalhadora” (p. 25). Quando se trata da Atenção ao sofrimento das classes proletárias, partimos da constatação de que a exploração/espoliação da força de trabalho aparece como vilipêndio do corpo, com reflexos inevitáveis ao psiquismo¹⁸. Daí León Rozitchner (1989) afirmar que o próprio corpo do trabalhador será “o lugar onde o debate histórico coloca sua contradição, que será [...] contradição histórica subjetivada” (p. 27).

No campo da Saúde Mental temos que estar cientes de que atuamos “junto a uma *realidade psíquica* (que inclui o corpo) contextualizada histórica e socialmente” (COSTA-ROSA, 2019d, p. 42). É necessário considerar que Freud define o Eu como corporal e, afirma Rozitchner (1989), as qualidades do corpo são determinadas pelo lugar de classe exercido no modo de produção. Marx (1844/1999) aponta que o Modo de Produção Capitalista tende a restringir cada vez mais as diversas *atividades humanas* a uma única: o trabalho. E quanto mais

¹⁸ “O trabalho em que o homem se aliena, é um trabalho de sacrifício de si mesmo, de mortificação” (MARX, 1844/1999, p. 39).

se desce na escala social, mais os sujeitos são rebaixados à condição exclusiva de trabalhador e mais o trabalho é degradante (MARX; ENGELS, 1848/2008). No capitalismo, quanto mais tempo e energia o trabalhador destina ao trabalho degradante, menos sobra para quaisquer outras atividades (estudar, praticar esportes, apreciar artes, vivência de tempos ociosos etc.). Os trabalhos de tipo proletário, além de levarem os trabalhadores ao esgotamento físico sem compensações mínimas, são geralmente atividades repetitivas e monótonas, social e economicamente desvalorizados e, muitas vezes, dissociados do pensamento criativo. Lembremos que para Freud (1915/1917c) a pulsão, que se encontra entre o anímico e o somático, é “uma medida de exigência de trabalho imposta ao anímico em decorrência de sua relação com o corporal” (p. 25). Esses tipos de trabalhos só podem representar privações de satisfações libidinais, o que dificilmente não desemboca em um empuxo ao gozo, pois, como aponta Freud (1930/2010e), os impedimentos de satisfações libidinais acirram a fúria superegoica e, como assinala Lacan (1972-73/2008d), a fúria do supereu apresenta-se como imperativo de gozo. Portanto, boa parte dos sintomas e impasses psíquicos dos trabalhadores proletários devem ser entendidos como efeitos, nos seus corpos e subjetividades, da modalidade de trabalho alienado/degradante (e da precariedade das condições de vida que dessa condição econômica deriva). É preciso considerar que, em boa medida, essa é uma condição historicamente determinada pelas origens de classe desses sujeitos, restando apenas a um número ínfimo deles a possibilidade eventual de escapar dessa condição econômica.

É certo que um tratamento em Saúde Mental psicanaliticamente orientado apontará para a responsabilização dos sujeitos nas condições das quais se queixam. Responsabilizar o sujeito não é culpabilizá-lo. Menos ainda é desconsiderar as contingências sócio-históricas altamente desiguais nas quais a maioria dos sujeitos advém numa sociedade de classes. Longe disso, interceder junto às possibilidades de o analisante se responsabilizar por sua posição de sujeito é melhorar suas oportunidades de melhor saber-fazer com aquilo que lhe foi legado historicamente. Todavia, quando estamos falando de sujeitos imersos em condições históricas, socioeconômicas e psíquicas tão adversas, tratar-se-ia somente disso? Quando o psicanalista se insere nas políticas públicas pode ele – ao custo de não alcançar em seu horizonte a subjetividade da sua época capitalista, pós-fordista e neoliberal – desconsiderar as implicações das condições de trabalho e de vida da classe trabalhadora proletária tanto na gênese do sofrimento psíquico quanto nas possibilidades *e limites* do seu tratamento apenas pela via do tratamento psíquico? Freud (1919/2010a; 1912/2017h), em sua sagacidade, não desconsiderou as diversas sobredeterminações do sofrimento psíquico dos proletários ao apontar para o que ele chamou de “carga de privações”. Em muitas situações, os trabalhadores são privados até do

exercício das funções orgânicas básicas. Foi o caso de uma analisante escutada em um grupo de recepção.

Rafaela tem 23 anos e trabalha em uma Empresa de *Telemarketing e Call Center*. Chega demandando tratamento por causa das suas crises de pânico. Com afastamento médico de 15 dias, fala que não consegue nem pensar em voltar para o trabalho. “Só de levar a folha do atestado lá, me deu um pavor que não me deixou dormir de ontem para hoje”. Indagada sobre o porquê desse pavor, fala que lá as supervisoras vivem humilhando os funcionários. Diz que “só temos 20 minutos para almoçar e quase todo mês vem desconto no salário, com a justificativa de que passamos desse tempo. Mas, como o ponto eletrônico não emite o comprovante, não temos como comprovar”. Relata que recentemente teve um problema nas cordas vocais, pelo uso excessivo da voz ao telefone, e que o médico disse que precisava tomar mais água durante o trabalho. Passou a deixar uma garrafa de água ao lado da mesa, mas “quem bebe mais água tem que ir mais vezes ao banheiro. Então, começaram a proibir a gente de deixar a garrafa ao lado e limitaram o número de vezes que a gente podia ir ao bebedouro”. Fala também dos seus conflitos relacionados ao fato de ter que vender produtos que acha que fazem mal para as pessoas e da quantidade de pessoas que são mal-educadas ao atenderem a ligação: “tem muito cliente que xinga a gente e eu sou muito sentimental. Tenho sentimentos à flor da pele”. Ao ser indagada sobre desde quando se percebe assim, responde que “acho que sempre fui assim”, e passa a falar que acha que é porque cresceu vendo a mãe ter ataques de epilepsia, situação diante da qual Rafaela diz que “entrava *em pânico*”. Três sessões depois, conta que conversou com o companheiro e decidiram que, mesmo que passassem um aperto financeiro, era melhor que ela se demitisse do trabalho para se tratar. Mas, conclui dizendo que: “eu entro *em pânico* só de imaginar que se ele não tivesse ‘trabalho fichado’, eu ia ter que continuar trabalhando lá”¹⁹.

Em “O mal-estar na cultura”, Freud (1930/2010e) afirmou que o sofrimento nos acomete a partir de três direções: 1) dos nossos próprios corpos, suscetíveis a eventuais doenças e ao inevitável perecimento com o avançar da idade; 2) do mundo externo natural, que nos atinge com as intempéries de frio, calor, acidentes geológicos e demais condições climáticas, incluindo aquelas causadas pelos próprios sujeitos humanos, e 3) das relações sociais com outros sujeitos humanos. Em seguida, afirma que “o sofrimento que provém dessa última fonte talvez seja sentido de modo mais doloroso que qualquer outro” (Ibidem, p. 64). No entanto, se em outras

¹⁹ “Trabalho fichado” ou “trabalho com carteira assinada” são, entre os proletários, formas de se referir ao trabalho regido pela CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas).

obras Freud (1912/2010h, 1919/2010a, 1927/2010c) não deixou de ponderar sobre os acréscimos de sofrimento impostos às classes sociais oprimidas, no “O mal-estar na Cultura”, que é um dos seus mais relevantes e divulgados trabalhos, ele não chegou a se pronunciar quanto a isso. Desta forma, além da terceira e maior fonte de sofrimento comum a todos, no caso específico dos proletários existe o acréscimo de sofrimentos advindo tanto do vilipêndio do corpo em trabalhos estafantes, sem sentido e mal remunerados, quanto das grandes dificuldades em se protegerem das intempéries do mundo exterior, dada às suas precárias condições de vestuário, moradia, transporte etc. Conforme Bezerra Júnior (1987):

Forjada pela condição de miséria e exploração impostas à maioria da população que, sem alternativas políticas adequadas, adoece (porque sucumbe à patologia sob pressões psicológicas insuportáveis ou como estratégia de sobrevivência através do benefício previdenciário); forjada pela estrutura de relações de produção capitalista que alienam o ser humano dos produtos do seu próprio trabalho e transformam sua existência numa história sem sentido; e forjada pelo próprio aparelho médico na medida em que vai paulatinamente incorporando novos espaços sociais sob sua tutela (p. 138).

Veremos em seguida os casos de alguns tratamentos que conduzi em estabelecimentos públicos, selecionados segundo o que podemos definir como casos paradigmáticos, típicos, do campo da Atenção pública ao sofrimento psíquico. Antes de prosseguirmos, cabe lembrarmos de uma importante proposição de Freud (1919/2010a) segundo a qual o tratamento psicanalítico poderia tornar “[...] capazes de resistência e realização homens que de outro modo se entregariam à bebida, mulheres que ameaçam sucumbir sob a carga de privações, crianças que só têm diante de si a escolha entre a neurose e o embrutecimento” (p. 291)²⁰.

²⁰ Além dos casos de homens e mulheres apresentados a seguir, ver também o tópico 5.1 do ensaio 3 desta tese, onde abordamos o caso de um adolescente de origem proletária “entre a neurose e o embrutecimento”.

4.4.1 O caso Pedro Pedreiro: “homens entregues à bebida”

Pedro pedreiro penseiro esperando o trem [...]. Mas *pra* que sonhar. Se dá o desespero de esperar demais [...]. Esperando o aumento para o mês que vem. E a mulher de Pedro esperando um filho, *pra* esperar também. Esperando a festa. Esperando a sorte. Esperando a morte [...]. Esperando, enfim, nada mais além. Da esperança aflita, bendita, infinita, do apito de um trem²¹.

Neste tópico, abordarei uma experiência de dois anos de tratamento de um sujeito com grandes conflitos com o uso de bebida alcoólica. Para efeitos de sigilo e pelo conteúdo dos seus impasses, vou chamá-lo de Pedro Pedreiro. Passando inicialmente por um grupo de recepção, seu processo de análise continuou em eventuais atendimentos individuais e principalmente em um grupo psicoterapêutico. Pedro tem sessenta e quatro anos e fala constantemente com orgulho e pesar da sua profissão de pedreiro. Nota-se nele um rosto cansado, apesar do brilho dos olhos verdes que contrastam com sua pele negra. Tem um corpo magro, porém com musculatura acentuada devido ao trabalho braçal. Ao se sentar ou se levantar não consegue evitar um nem sempre discreto gemido, certamente por causa das dores do seu corpo surrado pelo trabalho pesado que exerceu vida afora, junto a condições gerais de vida pouco compensatórias desses esforços.

É arrimo de família e relata uma longa vida de subemprego, pois, no exercício do seu ofício, diz que sempre intercalou períodos de trabalho e períodos de falta de trabalho. Nas sessões de análise, repete muitas vezes o que mais lhe causa sofrimento, dizendo que “o homem que não tem trabalho não é respeitado pela própria família e pela sociedade”. Como a atual crise econômica acirrou mais a dificuldade de garantir o seu ganha-pão, diz saltar todo dia cedinho e perambular pela cidade em busca de um bico qualquer, pois é nos botecos da cidade que, eventualmente, consegue algum trabalho e alguma diversão; os bares são os pontos nevrálgicos de sua limitada rede de contratualidade social. Bisneto, neto e filho de proletários também alcoolistas, chega até o grupo de recepção após receber um ultimato do médico: “ou para de beber, ou morre!”.

Refere que quando menino era de costume os pais darem café com cachaça para as crianças que, como ele, trabalhavam na lavoura de arroz. O intuito era esquentar o corpo, pois na região serrana e fria onde morava – sendo que o arroz é cultivado em terreno inundado – muitas crianças trabalhadoras adoeciam gravemente, algumas chegando a óbito, por

²¹ BUARQUE, CHICO. *Pedro pedreiro*. Composição de Chico Buarque. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=ukyJzG9IePI> >. Acesso em: 07 set. 2021.

tuberculose, em um tempo em que não existia um Sistema Público de Saúde. Após seis sessões no grupo de recepção, digo que continuará seu tratamento em um grupo de psicoterapia. Quando retorna na próxima semana, no novo grupo, pergunta: “doutor, o que é psicoterapia?”. Pedro é como a maioria dos atendidos no SUS que, historicamente acostumados com a medicalização, desconhecem a existência de tratamentos por meio da fala e dos fazeres artísticos.

É claro que não podemos entender o alcoolismo como uma problemática de saúde-doença alocada apenas nas classes trabalhadoras proletárias. Os casos de renomados poetas, como o estadunidense Charles Bukowski e o brasileiro Vinicius de Moraes são dois dos muitos exemplos de bebedores abusivos de classe média. Todavia, não se pode negar a função que a indústria do álcool exerce na manutenção da condição de exploração submetida à massa de trabalhadores braçais, diariamente fatigados no trabalho pesado e muitas vezes sem sentido, que os restringem a uma carga de privações *justamente em meio a uma sociedade do excesso de ofertas de consumo*.

Segundo alguns autores (COSTA-ROSA, 2017; MAGNO, 1985; MELMAN, 1992), o sujeito que se enreda em um alcoolismo possui uma problemática psíquica específica, que o diferencia de outros tipos de sujeitos bebedores de álcool como, por exemplo, os toxicômanos que fazem uso do álcool, os chamados “alcoolistas drogaditos”. O traço mais marcante dos alcoolistas, que os diferenciam dos toxicômanos, seria uma forte relação com o que a psicanálise chama de valores fálicos, isto é, os valores socioculturais estabelecidos pela ideologia de uma dada sociedade. Outro critério de diferenciação diagnóstica é o fato de que os alcoolistas se caracterizam por reconhecerem a morte como limite ao gozo, o que, eventualmente, os fazem buscar tratamento – já no caso dos toxicômanos, vemos que a morte substitui o falo como limite, pois onde a instalação do falo simbólico como limite ao gozo é precária, é a morte que se coloca como “limite” (COSTA-ROSA, 2017). No entanto, quando os sujeitos com uso abusivo do álcool procuram tratamento, ao menos inicialmente, eles não costumam apresentar uma demanda de parar de consumir o objeto, mas sim de reestabelecer uma certa harmonia desse gozo com os demais aspectos da sua vida cotidiana, em suma, demandam o retorno ao tempo em que eles tinham um certo controle sobre o objeto que agora passou a controlá-los.

O psicanalista MD Magno (1985) pergunta se o pai da família proletária não seria justamente aquele sujeito que tenderia a instituir o imaginário de um Pai Ideal mais forte: “um Pai Ideal construído pela ideologia lhe é dado com plenos poderes. As escapatórias são difíceis para um sujeito que está em estado de proletarização” (p. 13). Em seguida, esse autor levanta a hipótese de que as melhoras na situação econômica desses sujeitos já seriam um

primeiro passo fundamental para dialetizar esse Pai Ideal, o que ressoa com Freud (1921/2013a) quando ele afirma que “o sentimento de culpa (e o sentimento de inferioridade) também pode ser compreendido como expressão da tensão entre o eu e o eu ideal” (p. 137). Eventualmente encontrada nas classes médias trabalhadoras e mesmo na burguesia, é facilmente constatável que o fenômeno do alcoolismo se apresenta demasiadamente no proletariado (MAGNO, 1985), configurando-se como um sintoma social que recai sobre os ombros desses sujeitos. Ao discorrer sobre a precária situação socioeconômica dos proletários ingleses, Engels (1845/2008) observa que:

A aguardente é para eles a única fonte de prazer e tudo concorre para que a tenham à mão. O trabalhador retorna à casa fatigado e exausto; encontra uma habitação sem nenhuma comodidade, úmida, desagradável e suja; tem a urgente necessidade de distrair-se; precisa de qualquer coisa que faça seu trabalho valer a pena, que torne suportável a perspectiva do amargo dia seguinte. Fica acabrunhado, insatisfeito, sente-se mal [...] pela incerteza de sua existência, pela absoluta dependência do acaso e por sua incapacidade de pessoalmente fazer algo para dar alguma segurança à sua vida. Seu corpo enfraquecido pela atmosfera insalubre e pela má alimentação requer imperiosamente um estimulante externo [...]. Nessas circunstâncias, como poderia o trabalhador deixar de sentir a atração da bebida, como poderia resistir à tentação do álcool? [...]. E, prescindindo das condições físicas que induzem o trabalhador a beber, o exemplo da maioria, a educação deficiente, a impossibilidade de proteger os mais jovens contra essa tentação, a frequente influência direta de pais alcoólatras [...]. Nesse caso, o alcoolismo deixa de ser um vício de responsabilidade individual; torna-se um fenômeno, uma consequência necessária e inelutável de determinadas circunstâncias que [...] fizeram do trabalhador um simples objeto (p. 142).

Para que essa situação socioeconômica de privações desemboque no uso compulsivo do álcool, precisará haver nesses sujeitos o que Freud (1912/2017h, p. 71) chamou de predisposição à neurose. Porém, é preciso enfatizar que essa predisposição advém no processo de constituição desses sujeitos junto àqueles que inicialmente os acolheram no mundo, geralmente seus pais, que também advieram e vivem em meio a situações de grandes privações materiais, o que não é sem efeitos para esse processo de subjetivação primária. Quer dizer que “o homem cresce – faz seu crescimento – tão imerso num banho de linguagem quanto no chamado meio cultural. Esse banho de linguagem o determina antes mesmo que ele nasça” (LACAN, 1966/2003e, p. 228)²².

²² Há nesse ponto um debate necessário acerca da constituição estrutural do sujeito segundo a psicanálise. Por um lado, concordamos com Elia (2000) quando afirma que: “não se trata [...] de desprezar as determinações sociais da subjetividade, mas de evidenciar a *relativa independência* que o processo de constituição da subjetividade mantém em relação às referidas determinações. Ou seja: quando se trata do sujeito, a questão ultrapassa a contextualização social que o envolve, fixando-se em pontos que lhe são, fundamentalmente, independentes” (p. 27, grifo nosso). Por outro lado, ressaltamos que dizer “relativa independência” é também considerar *alguma dependência* das determinações sociais, e não apenas na constituição do sujeito (processo de subjetivação primária), mas também ao longo da vida (processos de subjetivação secundários). Primeiro, porque o processo de constituição do sujeito não independe totalmente das especificidades do laço social em que ele ocorre, que é histórico-social: a

Essa predisposição à neurose de que Freud fala, no caso dos alcoolistas típicos, tem relação com a forma como o sujeito estruturou-se na relação com o grande Outro, nesse caso, uma relação encarniçada e com fortes tonalidades narcísicas. O Outro apresenta-se ao sujeito alcoolista como a figura obscena de um gozador que tende ao absoluto, uma espécie de vampiro que suga toda sua energia, resignando-o a uma vida de satisfação no plano da necessidade. Lembremos que, para Marx (1867/2013), “o capital é trabalho morto, que, como um vampiro, vive apenas da sucção de trabalho vivo, e vive tanto mais quanto mais trabalho vivo suga” (p. 307). Diante disso, o sujeito alcoolista recebe do Outro sua própria mensagem de forma invertida, quer dizer, de sugado pelo Outro ele passa a sugador do líquido da garrafa (MELMAN, 1992). Observamos também uma segunda inversão imaginária: da constante humilhação que ele vive no campo social e público, frequentemente, o pai da família proletária passa ao exercício da tirania no plano privado da vida familiar. Mesmo quando essa tirania não é exercida continuamente, ela costuma acontecer nos momentos em que ele retorna embriagado para a casa, seguido da intensificação do sentimento de culpa nas posteriores ressacas.

Para Melman (1992), por causa dessa dificuldade de dialetizar os âmbitos público e privado, os homens alcoolistas costumam fazer uma dicotomia estanque entre o bar e o lar. É nos bares que esses homens se alegram como contraponto ao estado de culpa e depressão com que vivenciam a vida privada junto à família. A sede de bebida alcoólica guarda uma estreita relação com a sede neurótica de reconhecimento. Sendo grandes cultuadores da moralidade acerca do que é ser bom trabalhador e cidadão para a sociedade e bom pai frente às suas famílias, esses homens experimentam cotidianamente o enorme contraste entre esses ideais estabelecidos pela ideologia dominante e a condição de minoridade social em que cronicamente se encontram, pois não possuem nem poder econômico, nem poder político. Sobre esse contraste vivenciados pelo homem proletário, Lacan (1969-70/1992) observa que:

situação socioeconômica dos que acolhem esse novo sujeito a se constituir tem impacto nas possibilidades de melhor acolhê-lo ou não. Segundo, o “entre social” desse sujeito pode ser um sobredeterminante do sofrimento e muitas vezes de maneira crônica. Caso se trate de um sujeito do proletariado (entre outros possíveis sobredeterminantes como de gênero, raça, orientação sexual etc.) a vida toda dele será atravessada por esse fato, que não é qualquer: não só pelas dificuldades que isso carrega diretamente para ele, mas também pelo que traz de impasses indiretos que o atingem, como o sofrimento daqueles com quem ele estabelece importantes relações libidinais, de afeto. Quer dizer, se em alguma medida o seu “bem-estar” passa necessariamente pelas possibilidades reais de “bem-estar” daqueles com quem ele está enlaçado afetivamente, então esse será um fato importante para o sujeito. Um dos exemplos mais eloquentes disso é o difícil tratamento de mães proletárias que vêm ao Estabelecimento de Saúde em busca de ajuda para suas angústias e nos falam dos: seus filhos jurados de morte pelos narcotraficantes ou já mortos; filhos presos; desempregados e/ou no alcoolismo; usuários de outras drogas pesadas; filhas, assim como elas, que sofrem violências domésticas dos companheiros; filhos mais novos já evadidos da escola e que dificilmente escaparão do mesmo percurso dos filhos mais velhos etc.

É ele quem trabalha, para alimentar sua pequena família. Se é o agente de alguma coisa, numa sociedade que não lhe dá evidentemente um grande papel, fica claro, de todo modo, que ele tem aspectos excessivamente gentis. Trabalha. E depois, bem que gostaria de ser amado (p. 133).

Pedro Pedreiro se lamenta constantemente da “falta de consideração” por parte da companheira e dos filhos. Diz que “mesmo quando me separei por um tempo da minha dona e banquei as duas casas, eles não me deram valor”. Porém, como ressalta Magno (1985), em alguns casos os impasses psíquicos subjacentes ao uso abusivo do álcool são tão radicais que nem a maior das manifestações de reconhecimento seria suficiente para muitos desses homens. Isso se deve ao fato de serem constantemente assombrados por essa figura imaginária do Pai Ideal.

Magno nota a sagacidade dos compositores Chico Buarque e Gilberto Gil quando, na música “Cálice”²³, retratam muito bem o tipo de drama histórico-social vivenciado por esses homens. Em um trecho da música ouvimos a frase que diz “beber até que *alguém* me esqueça”. No imaginário social existe a ideia de que se bebe para esquecer. Porém, quando compreendemos a especificidade do impasse psíquico e social que atravessa o típico homem alcoolista, muito mais do que se esquecer das mazelas, o pileque tem a função de calar o supereu que não cessa de comparar o pai/trabalhador que se consegue ser com o Pai Ideal imaginário. Freud (1914/2004a), renunciando a elaboração do conceito de supereu, diz que “não seria de admirar se encontrássemos uma instância psíquica especial que, atuando a partir do ideal-do-Eu [...] observasse o Eu de maneira ininterrupta, mediando-o por esse ideal” (p. 113). Não por acaso, os alcoolistas são homens silenciosos quando estão sóbrios e falantes eufóricos quando o álcool lhes proporciona uma trégua temporária do supereu, pois o álcool *afasta* momentaneamente esse *cale-se* superegoico que tanto os inibem. Por isso, no que diz respeito à direção do tratamento com esses sujeitos, é necessário ao analista uma posição não muito silenciosa (MAGNO, 1985). “Esse silêncio todo me atordoa [...]. Mesmo calado o peito, resta a cuca dos bêbados do centro da cidade”, diz a mesma música.

Magno (1985) conclui que o álcool provoca nesses sujeitos um efeito momentâneo de histerização artificial e precária, porque depende desse objeto-droga para se realizar. Dessa maneira, a direção psicanalítica do tratamento nos casos de alcoolismo deve partir do princípio de que o analista entrará em disputa com o álcool. Restará ao analista, “competindo” com o objeto-droga, ajudar o sujeito a trocar essa histerização artificial e dependente desse objeto “real”

²³ BUARQUE, CHICO; NASCIMENTO, MILTON. *Cálice*. Composição de Gilberto Gil e Chico Buarque. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=RzlniinsBeY> >. Acesso em: 07 set. 2021.

pela histerização propriamente dita que a análise pode propiciar. Histerizar o próprio discurso, para Lacan, é entrar em análise, é narrar a si mesmo a própria história de uma tal maneira que se seja capaz analisá-la, colocando-se como sujeito dividido em posição de agente em busca dos significantes recalcados aos quais se fixou ao longo da sua história ($\$ \rightarrow S_1$). É *histeristorizar-se*, segundo o jogo de palavras feito por Lacan (1976/2003f).

Pedro, tocado pelas associações livres coletivamente traçadas com os demais sujeitos do grupo psicoterapêutico, começa a entrar em contato com sua história para analisá-la. Esse início de entrada em análise foi especialmente difícil para ele. Por diversas vezes não veio às sessões e compareceu ao Ambulatório embriagado, fora dos horários do grupo, querendo falar comigo. Em algumas dessas ocasiões, proponho-me a escutá-lo. Chega a me oferecer da garrafa que carrega consigo e diz que adora vir “nessas palestras” (é como chama as sessões do grupo, em que ele é um dos *falasseres*). Na compreensão do caso, visualizo nesse início a competição entre o álcool e o analista, em ato, na transferência. Conforme vai histeristorizando-se, essas visitas fora de hora vão diminuindo até que se extinguem. Após um ano de tratamento, fala de uma redução considerável no uso da bebida e do tabaco: “antes de começar esse tratamento eu estava tomando um litro de cachaça e fumando dois maços de cigarros por dia. Agora um maço de cigarro está dando para uma semana e já consigo beber uns só goles no fim de semana”.

Ainda segundo Magno (1985), o homem usuário de álcool e a mulher companheira costumam estabelecer a típica relação infernal entre neurótico obsessivo solícito com a neurótica histérica insatisfeita. Nos tempos de sobriedade, ele vive sob o que apreende como caprichos exagerados e reivindicações descabidas da parte dela (tenhamos em mente que a histérica, em sua neurose, também busca a vigência desse Pai Ideal, como pai herói, salvador). Segundo Melman (1992), o sujeito alcoolista compõe uma unicidade passional dupla: uma representação feminina a quem se deve punir vingativamente e uma representação masculina fraterna, os companheiros de copo. Essa unicidade passional dupla não poucas vezes leva ao ciúme excessivo. Na deficiência do Nome do Pai (operado estruturalmente, mas de forma precária) o Pai Ideal onipotente vem em suplência, de modo que esse “o Pai Ideal requisita coisas impossíveis de o sujeito realizar [...]: o ideal do eu fica sempre acima do sujeito” (MAGNO, 1985, p. 11). Para Magno, essa é a base neurótica sobre a qual o ciúme crônico dos homens alcoolistas se constrói, que em muitos momentos pode desembocar em agressões físicas direcionadas às suas parceiras: todo e qualquer homem que em seu imaginário se aproxime desse ideal passa a ser um rival em potencial.

Lacan (1971-72/2012) lembra que os proletários costumam se referir às suas companheiras como *a patroa*: “aquela que, sendo às vezes a mulher do trabalhador, é chamada,

pela boca do próprio trabalhador [...], a patroa [*bourgeoise*]. Eles são trabalhadores, explorados. Mas [...] eles ainda o preferem à exploração sexual da burguesa [*bourgeoise*]" (p. 174). Pedro Pereiro chama de "a dona" não apenas a sua companheira, mas todas as mulheres, como é o caso daquelas que se tratam com ele no grupo psicoterapêutico. Ainda sobre o impasse subjacente ao alcoolismo desses homens na relação com as mulheres, Costa-Rosa (2017) diz que:

a demanda desse objeto (objeto de tonalidade narcísica, marcado pela aspiração à completude imaginária) será endereçada a um outro suficientemente maternal para se deixar comover. Isso implica uma relação particular com a mulher (extensiva a todos, inclusive o patrão, Deus, que será para o alcoolista uma figura do 'Outro do Outro' – o que se vê claramente nos AA) que surge como todo-poderosa, à medida que o alcoolista se avalia como dependente do seu capricho; às vezes ele a aborda com temor e humilhação. Só na presença da adição ele triunfa momentaneamente sobre ela: Dom Juan, espancador, pois para ele o feminino aparece como vazio de 'falta-a-ser' (p. 8).

"De que me vale ser filho da santa. Melhor seria ser filho da outra, outra realidade menos morta [...]. Pai, afasta de mim esse cálice de vinho tinto de sangue" – é o que também ouvimos na letra da música. A situação de homens alcoolistas agressores das mulheres com quem se relacionam mostra-se como uma tendência. Porém, como todo universal só se realiza no particular e sempre inclui o sujeito como participante relativamente ativo no seu processo primário de constituição, alguns sujeitos se diferenciam. É o que vemos no caso de Pedro Pedreiro que, mesmo no pouco tempo em que esteve em análise, dá indícios de ter se posicionado na sua fantasia fundamental²⁴ numa via diferente da de seu pai que foi um alcoolista agressor. Um pouco antes de interromper o tratamento, passa um longo tempo nas sessões falando do que chama de "traumas de infância": o fato de sempre presenciar o pai chegar bêbado e agredir verbal e fisicamente a sua mãe. Diz que "quando peguei corpo, passei a enfrentar ele e uma vez consegui deixá-lo desmaiado no chão. A partir desse dia ele nunca mais encostou um dedo nela". No entanto, conta que a mãe, após se separar do seu pai, passou a se relacionar com outro homem de quem também apanhava. Relata sobre a vez em que afiou a faca para atingi-lo à noite, mas diz que não o fez porque os dois estavam sob a coberta e não conseguiu identificá-lo. A mesma situação de violência doméstica diz presenciar com a irmã e, mais recentemente, com a sua filha. Refere ter passado a vida "protegendo as mulheres mais próximas".

²⁴ Sobre o conceito de fantasia fundamental, ver a nota 53 na página 87 desta tese.

Em algum momento do tratamento, relata o que considera uma deliberação importante, que passou a lhe dar “um pouco mais de paz na vida”. Diz que pediu para a filha e o companheiro se mudarem da casa que ele construiu para eles morarem no seu quintal:

Minha vida era um inferno, porque a gente morava de parede-meia e eu vivia ouvindo eles brigarem, e isso me deixava muito nervoso. E agora que eles foram morar longe, estou mais tranquilo. Acho que parei de querer defendê-la a todo custo. Continuo me importando com ela, mas não como antes.

Os relatos de pacientes mulheres do grupo que sofreram ou sofrem violências de seus companheiros foram muito tocantes para Pedro que, não sem dificuldades, pegou carona nas análises delas para também se analisar. Porém, depois de um percurso de mais de dois anos, Pedro interrompe o tratamento. Em umas das últimas sessões diz algo que parece colocar algo dos limites do tratamento nos casos de alcoolismo dos proletários. Diz que gostaria de parar totalmente de beber, mas que a tentação é muito grande porque no seu bairro existe um bar em cada esquina e os seus irmãos, a maioria dos seus amigos e companheiros de trabalho também são alcoolistas.

Segundo Melman (1992, p. 21), a posição de classe dos proletários alcoolistas levaria a duas saídas possíveis, que geralmente são excludentes entre si: ou bem a saída individual através da reclamação privada do acesso ao gozo, ou a luta política coletiva onde se formula a reivindicação pelo poder. A essas duas, Costa-Rosa (2017) aponta os grupos-massa dos Alcoólatras Anônimos como uma espécie de “terceira via”. Ainda para Costa-Rosa, se a fraternidade de bar e a fraternidade dos Alcoólatras Anônimos são tentativas imaginárias de responder ao vampirismo do Outro, no caso da saída pela militância política o *outro da fraternidade* deveria vir a se transformar no *outro da solidariedade*. Isso quer dizer que “o alcoolista aparece como *objeto histórico* – questionador do Mestre (S_1), agente que regula socialmente a distribuição do gozo. Só que ele ‘questiona’ a sociedade de um modo peculiar, deslocando o contexto social para o contexto familiar” (COSTA-ROSA, 2017, p. 2).

4.4.2 “Mulheres que ameaçam sucumbir sob a carga de privações”

Passo agora ao relato e discussão de alguns casos de mulheres que atendi em dispositivos individuais e grupais no campo da Saúde Mental. São mulheres das classes proletárias, a maioria negras ou pardas, sempre às voltas com precariedades socioeconômicas diversas, além do fato incontestável de que os conflitos sociais amplos, concretizados no subemprego e no desemprego que afetam as famílias proletárias, costumam ter as mulheres e as crianças como ponto de impacto imediato. Sobreposto a isso, há a incidência da desvalorização social das mulheres frente aos homens na sociedade capitalista, sobretudo nessas classes sociais fortemente influenciadas pelas religiões neopentecostais²⁵.

4.4.2.1 Roseli e a violência intrafamiliar: um caso de amódio entre mãe e filho

As aparências enganam, aos que odeiam e aos que amam. Porque o amor e o ódio se irmanam na fogueira das paixões²⁶

É muito comum recebermos na clínica particular, e principalmente na pública, variados casos de violência intrafamiliar. Além de violências entre casais, costumam chegar situações de violência entre pais e filhos, entre irmãos etc. Podemos pensar em ao menos duas formas de atos violentos. Uma em que a agressão não advém como efeito direto da relação entre ao menos dois sujeitos envolvidos e uma em que o ato agressivo emerge da e na relação. O primeiro tipo diz respeito a situações em que o agredido não estava implicado no desencadeamento da agressão recebida: atos cometidos por estranhos transeuntes, balas perdidas, atropelamentos etc. No caso do segundo tipo de ato agressivo, as causas só podem ser analisadas como sintomas da forma como se processou a relação entre ao menos dois sujeitos, envolvendo a dinâmica das posições de cada um na reciprocidade egóica, que é por definição mais imaginariamente enlaçada que simbolicamente mediada. A partir da hipótese do *amódio* (*Hainamoration*) proposta por Lacan (1972-73/2008d), podemos dizer que as situações de agressão nas relações intrafamiliares e nas relações amorosas, em geral, o ódio vem a reboque do amor.

²⁵ Sobre esse aspecto, conferir a incontornável obra “Mulheres, raça e classe” de Angela Davis (2016).

²⁶ REGINA, ELIS. *As aparências enganam*. Composição de Sergio Natureza e Tunai. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=k1RXz4wPbCY> >. Acesso em: 07 set. 2021.

No caso dos relacionamentos estabelecidos entre dois sujeitos, uma análise pode levar à implicação do sujeito em tratamento na parte que lhe cabe nas relações agressivas, não para culpabilizá-lo, mas para que ele se repositone de modo que, em vez de apenas sofrer os efeitos desses conflitos, passe a se reconhecer, também, como um dos agentes implicados nesse sofrimento e, quando for o caso, nas possibilidades de saídas dessa relação. Entre outros exemplos, se a Lei Maria da Penha visa à proteção das mulheres em relação aos homens violentos, uma análise teria um importante efeito suplementar: “protegê-las de seu próprio modo de gozo” (ALVARENGA, 2015, p. 1).

Roseli chega ao Ambulatório de Saúde Mental demandando uma escuta. Com grandes dificuldades de ouvir os sofrimentos das outras pessoas, não consegue permanecer no grupo de recepção e sai porta afora no meio do atendimento. Como era uma atividade coordenada por uma dupla de psicólogos, saio junto e convido-a para uma recepção individual. Inicia-se, então, um tratamento no dispositivo de escuta individual.

Usuária de vários psicotrópicos há mais de uma década, diz sofrer de TPM, sigla que usa jocosamente para se referir ao fato de fazer “Tudo Pela Metade”: “tudo que começo eu não consigo terminar, inclusive as terapias com psicólogos. Já tive vários, mas nunca passei do segundo mês”. Depois de mais de um ano de tratamento comigo, além de muitas outras melhoras significativas, refere ter “quebrado esse tabu”. Mas, voltemos ao início do tratamento.

Roseli, como é bastante comum na vida da população dos estratos sociais proletários, relata muitos conflitos com parentes próximos que moram em várias casas amontoadas num único quintal. Diz que vive “um nervosismo cotidiano” por causa disso. O motivo dessa nova busca por escuta é, mais uma vez, a relação turbulenta com o filho adolescente, então com quinze anos. Ele é para ela o que podemos chamar de o seu parceiro-sintoma. Além das agressões verbais, chegam a episódios de violência física. “Desde quando era criança ele sempre foi assim. Uma vez eu havia machucado o joelho. Ele tinha três anos e, num acesso de raiva, me deu um chute bem no machucado ao ponto de me fazer sangrar novamente”. Esse novo momento de busca por tratamento psicológico é contemporâneo do fato dela ter mandado o filho morar um tempo com o pai, pois esse relacionamento tornara-se insuportável para ela; tão insuportável quanto a distância que, no momento, experimentava do filho. Diz nessa primeira entrevista que:

estando perto ou estando longe, ele me xinga de tudo o que é nome. Nesses dias, quando eu telefonei, ele me disse: ‘se não for para me chamar de volta *pra* casa não quero falar com você, sua vaca!’. Ele não entende que ele está na casa do pai porque eu não posso cuidar dele agora, pois estou na casa da minha irmã por causa da cirurgia que fiz no ouvido.

Menciona que a primeira palavra que o filho aprendeu a falar foi “demônio”, nome com o qual ela era constantemente ofendida pelo então marido, que também a agredia fisicamente com certa frequência e na presença do filho. Afirma ainda que, tal como no ocorrido do chute na perna, sente medo de que o filho lhe agrida novamente, desta vez no ouvido recém-operado.

Ao longo das sessões dos quase três anos de tratamento, vai se dando conta de como foi ela quem “estragou o filho”, dando-lhe sempre tudo o que ele queria, mesmo que às vezes ficasse sem dinheiro. “Ele é um saco sem fundo”, diz ela, ao falar dessa demanda insaciável do filho que, a essa altura do tratamento, já lhe ocorre associar à sua “vontade de agradá-lo totalmente”. Trata-se de uma vontade que sempre convergiu com a postura do ex-marido que, desde que se separaram, deposita a pensão alimentícia e diz para o adolescente que o dinheiro é todo só para ele. Ao longo do tratamento, o filho vai saindo um pouco da cena principal a partir do momento em que a associa essa “vontade de agradar” às exigências infundáveis da mãe:

eu comecei a perceber como a relação com meu filho é parecida com a que eu tinha com a minha mãe. Éramos em seis irmãos, mas parece que para ela só existia eu. Tudo era eu! E até a insatisfação que eu sinto agora eu sei que tem relação com isso. Me lembrei agora, por exemplo, de uma vez que minha mãe pediu *pra* eu buscar um botijão de gás nas costas e eu era *mirradinha*, só tinha nove anos. Ela me pedia essas coisas, mesmo eu tendo irmãos homens e mais velhos que eu. Sempre senti que ela amava muito meus irmãos e que não gostava de mim. Eu vivia com marca de beliscão dela, porque tudo o que eu fazia não estava bom e ela me punia sempre. *Quanto mais eu me esforçava, mais ela me beliscava por nunca estar bom*. E eu nunca conseguia satisfazer essas exigências dela e *fazia tudo pela metade*.

Seguindo as indicações de Freud, Lacan (1972/2003a) conceituará a “devastação” como o que deriva da relação de uma mulher com sua mãe em seu processo inicial de subjetivação primária, na fase dita pré-edipiana. A devastação está relacionada ao enigma do gozo feminino, isto é, à ausência de limite que ele pode comportar, caracterizando uma face do gozo que, por não haver um significante que possa *definir cabalmente* o que é uma mulher, está fora do simbólico (LACAN, 1972-73/2008d). Esse fenômeno subjetivo que emerge no relacionamento entre mãe e filha, quando não equacionado, pode deixar traços que podem ser reeditados nas parcerias amorosas, bem como na relação da mulher com seu próprio corpo.

No Complexo de Édipo, no que se refere à precariedade da metaforização do Desejo da Mãe pelo significante Nome do Pai, “basta que falte à mãe o diz-mensão de um desejo outro, outro que não o que se satisfaz na relação com um filho, e este ficará condenado à alienação [...] de realizar a fantasia da mãe” (SOLER, 2005, p. 95). No caso de Roseli, a sua fantasia de mãe vem acompanhada da condescendência do pai do adolescente. Segundo ela, “o pai do meu

filho sempre diz a ele que ‘se ela não lhe der o dinheiro da pensão, mete a mão na cara dela!’”. Os impasses na metaforização do Desejo da Mãe pelo significante Nome do Pai podem prejudicar a ascensão de *um dos modos* do feminino, o feminino que contempla o limite, pois, ressalta Bassols (2016, não paginado), “hay lo femenino como un S₂, como un segundo significante en relación al S₁ del falo”.

Após um ano e meio de tratamento, o que se segue dá a ver um início de reposicionamento de mãe e filho nessa relação. Roseli demonstra implicação subjetiva no problema do qual vem se queixar ao constatar e verbalizar que sempre que o filho a agredia, verbal ou fisicamente, ela provocava ainda mais. Por se dar conta disso, e por começar a mudar seu posicionamento na relação, refere uma diminuição nas agressões e a volta do filho para casa. No entanto, no início desse retorno uma situação difícil ainda se dá. “Você me deve 1300 reais das pensões atrasadas que o meu pai depositou”, diz a ela o adolescente e ameaça agredi-la fisicamente. Pela primeira vez, Roseli sustenta dizer “não”, argumentando que o dinheiro é para as contas da casa, e que irá chamar a polícia se ele agredi-la novamente. Percebemos que é um tipo de chamado à função terceira que ela faz, algo que tem efeitos importantes.

Nas próximas sessões, passa a remeter ao seu irmão, tio do adolescente, a figura de tal função. Três meses depois desse ocorrido, Roseli se encontrava mais vaidosa, referindo estar se relacionando melhor com a comida ao ponto de ter perdido peso, bem como sentindo novamente desejo de outras relações amorosas, desejo que, segundo ela, havia desaparecido com o nascimento do filho há quinze anos. A partir desse ponto, aceita continuar seu tratamento em um grupo psicoterapêutico. Com esse reposicionamento da mãe, o adolescente entra em crise, demanda um tratamento e é acolhido no Ambulatório por outro trabalhador de Saúde Mental.

Apesar de termos destacado a importância da implicação do sujeito no gozo presente nas relações agressivas, não se trata de fazer vista grossa à realidade social e econômica na qual se dão boa parte dessas relações, sem, ao menos, considerá-las como potencializadoras do que pode já estar presentes nos modos de gozo nos laços que se criam entre os sujeitos. O custo desse descuido seria o de corroborar com situações socioeconômicas que têm sua parcela de determinação, as quais, do ponto de vista técnico e ético, demandam ações de atores sociais de outras especialidades que trabalham nos Estabelecimentos públicos. No caso desse tratamento, foi fundamental acionarmos a atuação de uma colega assistente social. Quando Roseli se viu na necessidade de fazer um boletim de ocorrência junto à delegacia de polícia contra o ex-marido, que passou a ameaçá-la, teve seu direito negado pelo policial que a recebeu, que era amigo do

denunciado. A atuação da assistente social foi fundamental para a efetivação de uma medida de distanciamento do potencial agressor.

4.4.2.2 Um grupo psicoterapêutico de mulheres

Se nessa corrida para a verdade é apenas sozinho [...] que se atinge ao verdadeiro, ninguém o atinge, no entanto, a não ser através dos outros (LACAN, 1945/1998h, p. 212)

Muitos trabalhadores de instituições públicas de Saúde reproduzem a prática de consultório particular, o que contribui para o cultivo das infindáveis filas de espera para atendimento e conserva a cultura de que essa seria a única saída para a grande quantidade de sujeitos que dependem exclusivamente do atendimento público. O nosso maior desafio é fazer inovações nas práticas clínicas sem perder a especificidade ética da psicanálise (FREUD, 1919/2010a), especificidade que Figueiredo (2002) definiu como a de “uma clínica que diz respeito à realidade psíquica e, para isso, provoca um modo peculiar de fala que se dá a partir da transferência [...] visando remanejar essa realidade por sucessivos deslocamentos” (p. 126). Em outros termos, a especificidade de uma clínica singularizante dos processos de subjetivação. A nossa prática, junto a de outros, têm evidenciado que essa especificidade pode ser mantida no tratamento em grupo, desde que façamos as inovações teóricas e técnicas necessárias.

Costa-Rosa (2013), durante quatro décadas de experiência na Saúde Mental, inicialmente como trabalhador do campo e depois como professor universitário, produziu um importante ensaio intitulado “O grupo psicoterapêutico na psicanálise de Lacan: um novo dispositivo da clínica na Atenção Psicossocial”. Trata-se da proposta de um dispositivo de tratamento para sujeitos constituídos pelo mecanismo do Recalcamento (*Verdrängung*), que compõem o chamado “campo das neuroses”. Por falta de espaço, retomaremos apenas algumas das suas proposições, remetendo o leitor a esse ensaio e a outros trabalhos para o necessário aprofundamento no tema. Faremos também algumas articulações com outros autores que tratam desse dispositivo²⁷.

²⁷ Conferir: Costa-Rosa (2005/2019c), Costa-Rosa e Pastori (2011), Cruz (2015), Cury Júnior (2015a, 2015b), Grova e Machado (2008), Laurent (2005), Pratta (2010), Pratta e Costa-Rosa (2012), Romanini e Roso (2012) e Recalcati (1998, 2002).

Nas vertentes clássicas em que têm sido realizadas as práticas psicanalíticas de grupo²⁸, encontramos impasses teóricos e técnicos que inviabilizavam a sua aplicação e faziam cair em descrédito o potencial do dispositivo grupal no contexto público. Para Costa-Rosa e Pastori (2011), mesmo que possamos nos beneficiar de leituras críticas das produções de Didier Anzieu, Wilfred Bion e René Kaës, é preciso reconhecermos que essas propostas de atendimento grupal – com a parcial exceção de Bion – restringem-se à teoria psicanalítica do imaginário. Isso quer dizer que, entre outras dificuldades, acabam caindo em aceções como a de um suposto inconsciente grupal ou na ideia de um inconsciente exclusivamente individual. Desse modo, uma teoria do grupo psicoterapêutico efetivamente psicanalítica, capaz de proporcionar um tratamento do gozo pelas ferramentas do simbólico, só pôde tornar-se possível a partir dos desdobramentos realizados por Lacan em alguns importantes conceitos psicanalíticos (COSTA-ROSA, 2013, 2005/2019c).

Para que o dispositivo grupal passasse a se apresentar como um meio de produção de subjetividades singularizadas, foi necessário superar certas visões estáticas do inconsciente, do sujeito, da transferência e da interpretação que até então reinavam nas práticas psicanalíticas de grupo. A modalidade de grupo que nos interessa não tem como referência central o eu (*moi*) individual, mais sim o sujeito (*Je*), que é transindividual. O sujeito é o efeito da entrada necessária do ser humano na linguagem e esta, como tal, é o que existe de mais social e coletivo. Disso decorre o fato de que “o coletivo não é nada senão o sujeito do individual” (LACAN, 1945/1998h, p. 213) e de que a psicanálise opera sobre o “discurso concreto, como campo da realidade transindividual do sujeito” (Ibidem, p. 213). O conceito de sujeito em psicanálise está necessariamente imbricado com o de inconsciente. Com Lacan, superamos a ideia de inconsciente apenas como recalcado da história particular do indivíduo (decifração) e chegamos à possibilidade – certamente de ocorrência mais rara – de produção dinâmica de sentido inédito que cifra dimensões do gozo angustiante que não haviam sido inscritas no inconsciente (cifração ou significantização)²⁹. Segundo Costa-Rosa (2013), Lacan “introduz a noção de sujeito como corte, como efeito de enunciação, interdito nos enunciados” (p. 243). A tese do sujeito como um significante inédito que aparece nos interditos e o conceito de sujeito como transindividual e sempre social são subsídios importantes para a hipótese de que as análises no contexto grupal possam se dar tanto individualmente quanto coletivamente, sempre com a ressalva de que não se trata de coletivização do inconsciente, pois, no grupo que

²⁸ Acerca disso, ver a revisão bibliográfica e discussão feita por Pratta (2010).

²⁹ A diferença entre decifração e significantização será mais bem teorizada na próxima seção deste ensaio.

almejamos a produção pode ser coletiva, mas a apropriação do que é produzido coletivamente pode ser feita por cada um, de maneira singular. Além da consideração da transferência em suas várias versões – transferência imaginária inicial, como repetição, e transferência simbólica em um coletivo organizado em “transferência de trabalho” – introduzimos o conceito de “transferências laterais” entre os integrantes do grupo. Com isso, abre-se a possibilidade de pensar as formas de transferência como diferentes laços sociais no grupo a partir da teoria lacaniana dos discursos (COSTA-ROSA, 2013, 2005/2019c). As experiências que temos tido indicam uma produção grupal principalmente no trânsito entre o discurso da histeria e o discurso do analista. A partir de Lacan, a psicanálise rompe de vez com a versão hermenêutica de interpretação. Isso quer dizer que, rigorosamente, não é o analista quem interpreta, mas o próprio inconsciente do sujeito que o analista ajuda a pôr em movimento: “A interpretação do analista não faz mais do que recobrir o fato de que o inconsciente – se ele é o que eu digo, isto é, jogo do significante [...] já procedeu por interpretação [...] em toda abertura por mais fugidia que ela seja” (LACAN, 1964/2008b, p. 129). Como a transferência no grupo não se estabelece somente na relação com o analista, a interpretação poderá vir da relação com o analista ou com qualquer outro analisante. Uma dada intervenção no discurso, um corte, ou seja, uma interpretação, sempre sob transferência, pode vir da relação transferencial com qualquer componente do grupo e pode ocasionar uma abertura a outros sentidos até então inviabilizados para os sujeitos do tratamento. Essa é a hipótese de um grupo intercessor a ser construído ao longo do tratamento, quer dizer, um “campo coletivo de enunciação”. Produção que, entretanto, não pode ser confundida com a ideia de uma “enunciação coletiva”.

Além desses conceitos redimensionados por Lacan, o conceito de “mais-um” do dispositivo lacaniano do Cartel é outra importante ferramenta (COSTA-ROSA, 2013; GROVA; MACHADO, 2008; LAURENT, 2005). Com esses avanços operados por Lacan, tornou-se possível uma escuta clínica em grupo capaz de evitar a formação de grupo-massa descrita por Freud (1921/2013a). No caso das diversas psicoterapias grupais clássicas, a massificação dos sujeitos é corroborada por uma direção do tratamento na qual o terapeuta se posiciona e opera a partir de um lugar disciplinar de saber e poder. Como veremos, a direção do tratamento no pequeno grupo na lógica da psicanálise que propomos caminha na via oposta a essa.

Inicialmente, temos que diferenciar massa e grupo a fim de superarmos o “juízo superficial que se acompanha daquele pelo qual o grupo é o erro puro e simples da colagem imaginária, das dinâmicas identificatórias, da alienação subjetiva” (RECALCATI, 1998, p. 257). A formação grupal que massifica é aquela baseada na hierarquia e que, girando ao redor de um líder, tende à abolição da diferença subjetiva entre os integrantes (identificados entre si)

e à consequente inflação do imaginário em detrimento do simbólico. Um tipo de grupo que se sustenta na identificação imaginária com o líder que, por sua vez, reproduz a figura do pai totêmico (Ibidem). Em uma via oposta, a experiência dos “grupos sem chefes” de Bion foi visualizada com entusiasmo por Lacan (1947/2003d), que julgou tratar-se de uma importante inovação metodológica para a psicanálise. Anos depois, inspirado em Bion, Lacan propôs o Cartel como um importante dispositivo grupal no qual um analista experiente seria chamado a ocupar a função do “mais-um”, função oposta à de um líder. Deixando vazio o lugar central de saber-poder, o “mais-um” tem a função de provocar o trabalho dos demais integrantes do pequeno grupo: ele “é responsável pelo enlaçamento do grupo, ao mesmo tempo que deve marcar certa separação entre eles, funcionando não como líder, e sim como negatividade, como furo que descompleta e enlaça” (CECCHELLI; GROVA, 2008, p. 89). Originariamente utilizada para o estudo e a transmissão da teoria psicanalítica, Eric Laurent (1995) e Massimo Recalcati (1998) também inovam ao proporem o uso da função do “mais-um” na atuação clínica com grupos. De tal modo, o analista no trabalho com pequenos grupos de tratamento ocuparia o lugar do “mais-um” que tem a função de “manter aberto o lugar do Ideal, o buraco particular do objeto a” (RECALCATI, 1998, p. 266).

Vejamos o caso de um grupo psicoterapêutico que acompanhei por um período de um ano e meio em uma Unidade Básica de Saúde, em sessões semanais de aproximadamente uma hora. Começamos com uma descrição geral das componentes desse grupo. *Ângela* tem 46 anos de idade, é empregada doméstica, casada e tem um casal de filhos. Em uma pequena casa de aluguel moram ela, o companheiro, o filho com a companheira, ambos usuários de drogas pesadas, e uma neta. Ela chega ao grupo de recepção com um encaminhamento do clínico geral ao psiquiatra. Relata depressão e um medo recente de engasgar-se ao se alimentar. Ultimamente só consegue ingerir alimentos líquidos e pastosos. Relata a vivência de constantes agressões verbais e físicas por parte do companheiro. *Valentina* tem 39 anos, trabalha em uma fábrica, é casada e tem dois filhos pequenos. Usuária de psicotrópicos há uma década, chegou ao grupo de recepção encaminhada pelo psiquiatra. No início referiu que vinha “só porque o psiquiatra mandou”, sendo a primeira vez que fazia um tratamento pela fala. Relatou uma vida de constantes violências verbais e físicas com o companheiro que, segundo ela, “vive pulando a cerca e me passando doenças venéreas”. *Juliana* tem 36 anos e é a única do grupo com curso universitário. Formada em arquitetura, diz que não consegue exercer a profissão por causa de “um terrível medo de errar”. Chega ao tratamento dividida entre dois amores. *Luíza* tem 47 anos, é faxineira diarista subempregada, divorciada e casada novamente. Tem importantes restrições por causa de hepatite B. Relata dificuldades de trabalhar, não só por falta de faxinas,

mas porque desenvolveu uma fobia de multidões e de andar de ônibus. Passa o tratamento falando do que chama de “um trauma terrível” referente à situação de separação de um companheiro agressor. Tereza, que tem 53 anos, é dona de casa e estava em processo de divórcio do companheiro alcoolista, mas diz que ele tem feito o possível para não se separarem. Sendo usuária de psicotrópicos por longo tempo, seus impasses atuais giram em torno de questões sobre como seria viver sozinha, sendo que às vezes titubeia em sua decisão. O grupo iniciou com Ângela, Valentina e Juliana. Luíza e Tereza ingressaram cinco semanas depois.

Lembremos que essas mulheres tiveram uma recepção grupal ou individual onde já puderam fazer um primeiro deslocamento subjetivo em relação à demanda e em relação àquilo de que se queixam, de modo que, uns mais outros menos, já chegaram nesse grupo com algum grau de implicação subjetiva. Partindo disso, tratou-se de buscar uma ampliação da implicação subjetiva dessas analisantes.

Como no dispositivo psicanalítico individual de consultório, o tratamento em pequenos grupos também se inicia pela inevitável ativação do imaginário, do qual os sujeitos em análise poderão ir se deslocando em direção ao simbólico, o que não acontece espontaneamente e depende das ações do analista (COSTA-ROSA; PASTORI, 2011). O pequeno grupo como dispositivo singularizante “tritura a identificação; [...] trabalha-as nas leis da linguagem, a corrói, fragmenta, esmigalha” (RECALCATI, 1998, p. 264).

Nas quatro sessões iniciais desse grupo, observei alguns momentos de grupalização imaginária, ocasiões nas quais prevaleceu o enunciado “comigo também”. São os primeiros movimentos típicos de quando as pessoas se reúnem em grupo e buscam aceitação, por meio das semelhanças entre si. Junto a esse enunciado, a frase “os homens não prestam” pareceu operar como um primeiro ponto comum de identificações. A partir das minhas perguntas, pontuações e escansões, visando ao deslocamento gradativo dessas identificações, as diferenças e os enredos particulares foram emergindo. Em uma das sessões seguintes em que novamente aparece a frase “os homens não prestam”, intervi perguntando “todos?”, e Valentina diz: “ah, tá bom, só 95% deles”. O chiste fez todas rirem, o que podemos entender como um primeiro índice de dialetização do imaginário grupal sobre isso.

Para Laurent (2005), a direção do tratamento psicanalítico em pequenos grupos almeja um percurso “que vai da dificuldade da unidade do grupo à produção de sujeitos divididos, reenviados à sua pergunta íntima” (p. 21). O final da sétima sessão merece destaque no que se refere à exacerbação da *associação livre grupal* e da intensificação da divisão subjetiva dessas mulheres, como podemos ver nos trechos seguintes. Notamos também os manejos do analista.

Nas sessões anteriores, Juliana havia falado que acabou “se enroscando com dois namorados de cidades diferentes” e agora está dividida:

o que um queria muito devagar [morar junto] o outro quer rápido demais. Um é muito ‘certinho’, o outro é muito safado [...]. Eu me formei em arquitetura, mas não consigo trabalhar, pois o medo de errar é muito grande! Meus pais, por serem de família oriental, são muito rígidos, exigentes, será que tem a ver com isso?

O que Juliana falou sobre esse aspecto, levou Valentina a perguntar: “se você tem medo de trabalhar com grandes obras porque você não começa com pequenos trabalhos? A minha patroa vai precisar de uma paisagista *pra* refazer o jardim dela, que ficou acima do nível da casa e leva terra *pra* dentro...”.

No que Ângela toma a fala e associa: “...na minha casa, quando chove, inunda o quarto. Ah, minha casa é humilde, mas *hoje* é uma benção [...]”. E segue falando de uma situação do passado:

Eu cresci vendo a mãe chegar bêbada em casa. Certa vez meu marido acabou vendendo nossa casinha, *contra o meu desejo*, pagou umas dívidas e comprou um carro. Daí não tínhamos como pagar aluguel e fomos morar com minha mãe, colocamos uma lona na área dos fundos e ficamos lá um tempo. Foi humilhante. Minha mãe ficava jogando na cara a situação: ‘vendeu a casa, agora vai morar no carro?’ Uma vez ela saiu para beber e deixou a gente trancada *pra* fora e tivemos que dormir no carro, eu, meu marido e os filhos pequenos [Ângela começa a chorar]. Minha mãe sempre me criticou e eu sempre quis, de todo jeito, um afeto dela [intensifica o choro]. Parece que ela sempre gostou mais dos meus irmãos. *Pra* eles sempre tem presente no fim do ano, *pra* mim não.

Em seguida, pontuo: “você chegou nesse tratamento sofrendo por causa do filho e ultimamente tem falado bastante da mãe. Fale mais um pouco”. Após Ângela falar outras coisas sobre a difícil relação com a mãe, pergunto às demais: “e vocês, têm algo para falar a partir disso?”. E Juliana toma a palavra: “é impressionante como na sua história tem partes parecidas com a minha”. Digo que “pode ter diferenças também”. E ela prossegue:

Sim, mas essencialmente é parecida. Como sou de família oriental, tem uma tradição: como sou a filha mulher mais velha, *eu nasci para ser a substituta da minha mãe*. Então, eu considero que eu não tive irmãos, eu tive filhos. Quando meu irmão mais velho começou a fumar, a culpa foi minha, porque segundo meus pais foi eu quem não cuidou bem dele. *Eu nunca fui filha...* Eu sempre quis o amor da minha mãe. Nunca tivemos trocas de afetos, era tudo muito frio. Uma vez fui dar um beijo no rosto dela, eu já era adulta, e ela desviou o rosto; aquilo me destruiu por dentro. Eu sempre fui muito cobrada, a exigência sempre foi muito grande. Será que é por isso que eu não consigo começar a exercer a minha profissão?

Juliana olha para mim com um misto de autorreflexão e esperança de que eu respondesse. Como eu permaneço em silêncio, conclui dizendo que: “eu sempre fui muito cobrada, pode ser por isso que hoje eu tenho esse pavor de errar”. Em seguida, percebo Valentina com o olhar pensativo e convoco a sua fala:

Eu acho que já superei os meus pais, pelo menos eu acho! Ontem eu fui *na* casa deles, passei na sala e meu pai nem falou comigo, fui no quarto e minha mãe estava se arrumando para ir pra igreja. Daí eles começaram a brigar entre eles [...] O meu pai parece que só dá valor no dinheiro. *Tá* juntando porque quer ir *pra* Israel. Agora tudo ele cobra. Quando meu filho vai dormir lá, eu sempre dou o dinheiro *pra* ele comprar pão, quando não dou meu pai reclama. Outro dia meu filho pediu dinheiro *pra* minha mãe *pra* comprar figurinhas; meu pai ficou sabendo e sabe o que aconteceu? Ele ficou furioso – *e é o neto dele!* Meu pai sempre pergunta se eu tenho moedas no bolso, *pra* trocar com ele por notas. Sempre quando eu tenho eu dou *pra* ele. Quando minha irmã tem ela quer, se ela tem 6 reais ela quer as 3 notas de 2 [começa a chorar]: ele sempre se orgulha de que eu tenho trabalho fixo e não deixo faltar nada em casa. *Pra* que? Se ele não reconhece e faz essas coisas?

Após essa fala da Valentina, digo que “continuamos na próxima sessão...”. Antes que eu terminasse a frase, Juliana toma a palavra e diz:

Peraí! eu só tenho mais uma pergunta. Eu percebo que a situação de nós todas aqui é um pouco parecida. Parece que os pais exigem muito de quem eles veem potencial, mas eles ao mesmo tempo não reconhecem. Por que será isso? E outra: agora que eu *tô* com dois namorados, apesar do meu conflito de não saber qual é o melhor *pra* mim, e que *tô* melhor depois que comecei esse tratamento, parei de mendigar o amor da minha mãe. Eu fiquei dois anos no Japão e ela sequer fez uma ligação. Agora que eu me afastei ela começou a se preocupar comigo, *por que isso?*

Nesse momento, já me levantando e caminhando em direção à porta, digo que “agora sim, a nossa sessão acabou. Aguardo vocês semana que vem”.

Sobre a associação livre grupal é preciso enfatizar, novamente, que ela não tem relação com qualquer coletivização do inconsciente. Os significantes podem ser coletivizáveis (LACAN, 1971/2009b, p. 17), mas aquilo para o que eles remetem pode ir no sentido da singularidade de cada sujeito. Segundo Costa-Rosa (2013):

A observação de que o ‘saber inconsciente’ se produz nas brechas dos enunciados na intersecção e na intercessão dos dizeres demonstra um momento do processo grupal no qual aquele conjunto de pessoas pode engajar-se na produção [...] de modo a compor uma unidade de trabalho. Quando esse tempo – também tempo lógico – ocorre, isso permite perceber que a produção-apropriação de saber no grupo não é apenas de cada um para si, mas pode ser de um para ‘todos’, e também de ‘todos’ para ‘cada um’. Nossa experiência indica que isso ocorre, sobretudo, à medida que se avança em direção à posição de transferência de trabalho como tônica dominante, superando posições iniciais de demanda do saber (e de outros suprimentos), dirigidas ao terapeuta ou a outros participantes colocados imaginariamente no lugar do mestre supridor (p. 264).

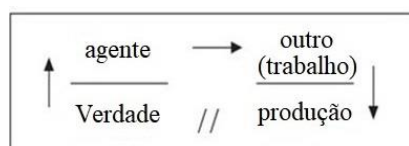
Como em qualquer psicanálise, também no grupo psicoterapêutico nos orientamos pelas três funções das entrevistas preliminares (COSTA-ROSA, 2013; TENÓRIO, 2000). Além da função diagnóstica, onde elaboramos a hipótese da estrutura psíquica dos sujeitos, e da função transferencial, que busca ir da dimensão imaginária da transferência em direção à sua versão simbólica³⁰, destacamos a função sintomal. Segundo Quinet (1991), essa função das entrevistas preliminares procura operar uma mudança da relação do sujeito com o seu sintoma: se inicialmente ele chega trazendo um sintoma ou um conflito como uma resposta tautológica, a entrada em análise é marcada pela transformação do sintoma em um enigma a ser decifrado pelo sujeito.

Podemos visualizar na sessão acima o início de exacerbação dos questionamentos das analisantes, cada uma, obviamente, em graus variados de divisão subjetiva. A possibilidade de histerização ocorre devido à posição de não-resposta do analista em relação às demandas endereçadas para ele. Nos termos da teoria lacaniana dos discursos (LACAN, 1969-1970/1992), podemos situar as componentes do grupo deslocando-se por determinados lugares³¹. A partir disso, podemos dizer que a instalação do grupo como *um coletivo organizado em “transferência de trabalho”* vai se configurando à medida que os sujeitos do tratamento vão se posicionando no lugar do agente e o analista (ou mesmos outros integrantes do grupo) no lugar do trabalho como um mestre a ser interpelado, supondo que ele teria as respostas, configurando o laço social discurso da histeria (Figura 8):

³⁰ Um dos exemplos dessa passagem transferencial pode ser verificado na forma como Valentina chega na sessão seguinte. Sendo a primeira a falar, diz de forma chistosa: “eu passei com o psiquiatra e reclamei que você está em falta comigo. Que você é um excelente profissional com crianças e adolescentes, mas está em falta comigo porque não responde às minhas perguntas”. Diante disso, dou um discreto sorriso e estendo a palavra ao grupo. Três meses depois, ela emite uma nova versão desse chiste; passa a sessão toda em silêncio e nas duas vezes em que convoquei sua fala, disse com um meio-sorriso: “não vou falar, estou em greve com você!”. Apesar disso, não deixa expressar emoções e de fazer seu trabalho de análise ouvindo as outras.

³¹ Segundo Lacan, na estrutura dos discursos como laços sociais temos os lugares do agente, do outro, da produção e da Verdade:

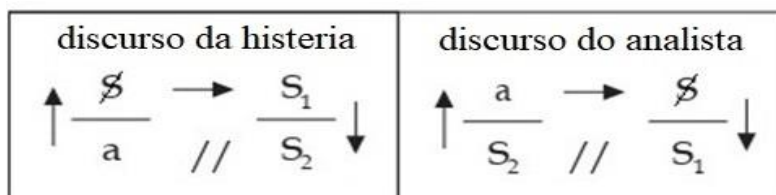
Figura 7 – os lugares do discurso



Fonte: O autor, 2021.

Os termos que ocupam esses lugares são o sujeito (\$), o objeto (a) e o par signifiante (S_1 e S_2). Os lugares são fixos e os termos se movimentam necessariamente na sequência um do outro, de modo que a cada giro desses termos vemos configurar um discurso: discurso do mestre, discurso da histeria, discurso do analista e discurso da universidade. (O leitor não iniciado na teoria dos discursos pode conferir o Apêndice, no final desta tese, antes de prosseguir na leitura deste ensaio).

Figura 8 – os matemas do discurso da histeria e do discurso do analista



Fonte: O autor, 2021.

Em todo início de análise, o trabalho com a transferência visa a uma transferência de trabalho. Isso quer dizer que temos de manejar a transferência imaginária inicial – por meio da qual o sujeito supõe o saber e o poder em um outro encarnado – buscando uma transferência de trabalho. Essa transferência ocorre quando o conjunto de integrantes do grupo, pela intercessão do analista, consegue ir desenhando “um vazio real de saber-poder” (VIGANÒ, 2006, p. 39)³².

Retomemos a sessão do grupo mencionada acima. Em relação à questão do sujeito, concernente à abertura significativa que o coloca na trilha do desejo, Freud (1923/2013b) diz que “não tentamos calar essa dúvida com a nossa autoridade ou fulminá-la com argumentos. Ela deve permanecer, até que se resolva no prosseguimento da análise” (p. 310). São perguntas que o sujeito vai se fazendo, radicalizando a sua divisão subjetiva, ponto a partir do qual um processo analítico pode efetivamente iniciar-se. Durante um certo período, o sujeito ainda titubeia entre ser um paciente que espera respostas do outro e ser um analisante no sentido forte do termo. Em outras palavras, ele bascula entre histerizar (colocar o analista-mestre contra a parede) e *histeristorizar-se* (questionar os significantes-mestres recalcados da sua própria história). Por isso, Lacan (1958/1998d) diz que “o analista é aquele que sustenta a demanda, não, como se costuma dizer, para frustrar o sujeito, mas para que reapareçam os significantes em que sua frustração está retida” (p. 624). E nesse processo de *histeristorizar-se* poderá haver momentos de passagens do discurso da histeria ao laço social discurso do analista (Figura 8, acima), quando uma dada quantidade de significantes-mestres puderem ser desrecalcados e, em conjunto, operar transformações na posição subjetiva do sujeito em relação ao sintoma e mesmo ao estilo sintomático (COSTA-ROSA, 2013). Um trecho de uma sessão desse grupo de mulheres mostra mais uma vez a associação livre grupal e o reaparecimento de significantes-

³² Um exemplo muito interessante dessa possibilidade foi relatado pelo psicanalista João Elias Cury Júnior em uma reunião de supervisão, acerca de um grupo psicoterapêutico que ele atendeu em um Ambulatório de Saúde Mental, grupo que já se encontrava na situação de “grupo de trabalho”. Certa ocasião ele precisou faltar de última hora, quando os integrantes do grupo já se encontravam no local. Avisados de que o analista não chegaria, eles decidiram fazer a sessão do grupo sem a presença física do analista.

mestres das suas histórias particulares a serem por elas questionados e deslocados. Inevitavelmente, as associações significantes sob transferência também as fazem falar de situações traumáticas.

Ângela menciona que no último domingo a sua mãe embriagou-se até cair e que passou a vida toda presenciando isso: “tem uma coisa que faz tempo que queria dizer aqui, mas esquecia. *Eu tenho trauma de uma palavra*. Toda vez que minha mãe ficava bêbada, me xingava de *ordinária*. Sempre que ouço alguém dizer essa palavra fico transtornada...”. Nesse momento, Valentina atravessa a fala de Ângela e diz: “...Ah, no meu caso é a palavra *louca*”. E segue explicando:

Foi assim que a minha mãe me chamou a vida inteira. Mas, louca é ela. *Eu só tenho 15 anos a mais que ela*. Era sempre eu e meus irmãos que lavava, passava, cozinhava em casa. Ela pegava outras crianças para cuidar, mas era a gente que até lavava a roupa deles. Então, quem é que é a louca?

Quando pontuo o fato de ela ter dito que tem quinze anos a mais que a mãe, Valentina arregala os olhos e se cala. Isso pareceu ter calado fundo nela. Porém, cala-se temporariamente, pois retorna a esse ato falho muitas vezes ao longo do tratamento. Ainda no final dessa sessão, Juliana traz o que parece ser mais um importante significante-mestre da sua história. Fala de um dito muito recorrente da mãe dirigida a ela: “do jeito que você é você nunca vai ser feliz e se tiver uma filha ela vai ser problemática igual você, *pra* você aprender a me valorizar”. Em uma sessão mais a frente começa a questionar se isso não teria relação com o seu conflito quanto ao desejo de ter filhos.

Decorridos alguns meses de tratamento, os sonhos das analisantes do grupo começaram a aparecer em suas falas e a serem trabalhados. Foi o caso de um dos que foram trazidos por Luíza. Em uma sessão em que fala de uma relativa melhora nos sintomas e da diminuição da angústia, diz que anda tendo sonhos conturbados que misturam cenas do seu passado com coisas atuais. Diz que não quer ficar relembrando dessas cenas ruins e que o psiquiatra – respondendo a sua demanda – trocou os remédios para ver se esses pesadelos sumiam. Entretanto, eles persistiram. Em seguida, Luíza disse: “eu fiquei pensando se esses pesadelos com o meu passado não teriam a ver com esse tratamento...”. Espera minha resposta e, como ela não vem, continua: “...acho que deve ter sim, eu mexo com o passado, daí ele aparece no sonho, né?”. Quando indago acerca do conteúdo desses pesadelos, diz que costumam envolver principalmente situações em que ela tenta proteger os filhos do ex-marido. Então, fala da situação traumática que recontará muitas vezes ao longo das sessões: ela e os filhos passaram a

vida sendo agredidos fisicamente pelo companheiro de quem se separou há dez anos. Quando ela lhe comunicou o seu desejo de se separar, ele pegou uma foice, deu uma enxada para ela e disse: “se proteja!”. A situação terminou com ela saindo correndo para a casa de uma vizinha, que telefonou para a polícia. Falar desse acontecimento em várias sessões a levou a dizer sobre as tantas vezes em que era surrada pelo pai. Quando ela ou algum dos irmãos fazia alguma estrepolia, o pai batia em todos “até arrancar sangue”. Diz que, antes mesmo de ele terminar a série de surras, a avó “já começava a preparar a salmoura para depois passar nas feridas”. Ao longo das sessões, passa a falar do sentimento de culpa por não ter conseguido se separar antes do companheiro agressor, também por notar o quanto isso prejudicou os filhos: “meu filho é muito nervoso e já me disse várias vezes que tem vontade de matar o pai. E a minha filha é muito depressiva e também toma muitos remédios, mesmo ainda sendo tão novinha”. A história de Luíza com seu pai leva Tereza a fazer as suas associações.

Tereza, às voltas com a separação conjugal, diz que “o meu marido está um doce comigo, porque não quer se separar. Mas ele já fez isso muitas vezes e não durou muito”. Ao longo das sessões, não sem perplexidade, vai entrando em contato com as semelhanças entre a relação com o companheiro e a relação com o pai, ambos bebedores crônicos de álcool. Aos poucos percebe que repete no casamento coisas que viveu com o pai: “quando eu era criança vivia atrás do meu pai no bar, pedindo *pra* ele voltar pra casa. E com oito anos eu já tentava apartar as brigas dele com a minha mãe”.

Várias transferências laterais importantes vão se estabelecendo entre essas analisantes. A que se estabeleceu entre Tereza e Ângela merece destaque. Ângela vive intensamente à mercê da demanda neurótica de amor e de reconhecimento, que lhe impõe dificuldades de afirmar o seu desejo e dizer “não” para as pessoas quando é necessário. Nas vezes em que escutava Tereza em sua decisão relativamente firme de se separar do companheiro “e mudar de vida”, Ângela tinha oportunidade para importantes associações significantes. Nessas, chegou a dizer que “acho que eu não imponho o que eu quero porque eu tenho o medo de magoar as pessoas e de que elas não me amem mais. Daí eu permito que pisem em mim”. Entre as associações seguintes, diz que essa dificuldade de comer coisas sólidas “me impossibilita de comer *as coisas que eu gosto*” (a essa altura um exame de endoscopia já havia eliminado causas mais diretamente orgânicas). Sempre associando a partir da fala das outras, Ângela falou bastante do quanto o companheiro “é bruto e *não é romântico*”. Conta que a filha foi concebida em uma ocasião em que ela não queria fazer sexo e ele a pegou a força, e diz: “nessas vezes eu ficava paralisada e não conseguia dizer ‘*não!*’” (Ângela aumenta a voz ao dizer “não”). Algumas sessões depois, chega falando que voltou a comer algumas coisas sólidas e que comprou algo

que há muito tempo desejava, mas não se permitia. Deu-se de presente uma *namoradeira* (que é um tipo de sofá). Essa fala de Ângela dá a deixa para Valentina dizer do seu inconformismo com o companheiro que “na cara dura se arruma todo na minha frente para sair com outras e depois volta com o perfume delas”.

Em uma das sessões seguintes, Ângela comenta que no aniversário de 29 anos de casamento reclamou com o companheiro que ele havia se esquecido e ele respondeu: “eu tenho que me lembrar todo ano dessa merda?”. Atordoada com esse dizer do marido, diz que na hora lembrou-se do “ordinária” que tanto ouvia da mãe. Por consequência, diz que tem pensado em se separar e ir viver sozinha, mesmo com o pavor em pensar que todos irão repreendê-la por isso e que o pai sempre dizia que “se casar é para vida toda”. Nesse momento, pergunto: “isso é o que o seu pai dizia. O que você pode hoje dizer sobre isso?”. E continua falando. No grupo, e em transferência, Ângela tem a oportunidade de falar sobre e ouvir não apenas as opiniões acerca desse dizer, mas principalmente as associações livres das demais integrantes. Alguns encontros depois, relata sonhos nos quais está saindo de casa.

Esse grupo foi “atendido” por mim até a minha saída do cargo de psicólogo desse município. Juliana já havia deixado o grupo três meses antes e retornado para a cidade onde morava. Em sua última sessão, disse que buscava continuar o tratamento por lá. O pouco tempo de análise no grupo reduziu suas angústias e a consequente diminuição das inibições possibilitou que começasse a fazer pequenos bicos e a estudar para concursos públicos. Em uma das últimas sessões, notou que por parar de “mendigar o amor da mãe” passou a ser mais respeitada por ela. Também relata uma importante deliberação, escolhendo ficar com o namorado mais antigo. Disse que antes achava que o pretendente mais recente era “mais homem, porque era decidido no que queria”. Entretanto, refere que o tratamento a ajudou a entender que “mais homem é o outro, que me pergunta o que eu quero antes de ir decidindo as coisas por nós dois”. Luíza, que teve a medicação consideravelmente reduzida pelo psiquiatra, e Tereza, que conseguiu parar de tomar psicotrópicos, estavam melhores dos seus sintomas e demais impasses. Ângela, infelizmente, teve uma piora na angústia e no sintoma que ela chamava de “um caroço na garganta que não me deixa comer as coisas *que eu desejo*”. Provavelmente, o pequeno e inicial reposicionamento subjetivo dela provocou crises no seu entorno familiar: o companheiro, contrariado, passou a repreendê-la mais; o filho havia voltado para as ruas para usar drogas, depois de um bom tempo em abstinência (diz que “ele já vendeu o computador, tênis e até a máquina fotográfica que eu nem paguei ainda”); e a filha, que nem bem completara 18 anos, estava novamente grávida. Por fim, talvez o reposicionamento subjetivo da Valentina tenha sido o que proporcionou maiores consequências. Tendo decidido

se separar do companheiro, foi fisicamente agredida por ele quando lhe comunicou. Após a briga, ele saiu de casa, não sem antes ameaçá-la de morte. Tendo prestado uma denúncia na Delegacia da Mulher, seu abalo emocional nas últimas sessões era bastante visível. Da mesma forma que também se podia notar nela um grande alívio por ter conseguido tomar essa decisão.

4.5 O caso Alice: do “buraco negro” a “uma estrela que não é mais”

O processo de constituição do sujeito, que Freud chamou de Complexo de Édipo, começa com a intercessão de um Outro linguageiro sobre um “sujeito primitivo” que ainda não fala, o dito *infans*. Mediante isso, uma perda de gozo começa a se processar na estrutura desse sujeito em vias de se constituir. Essa ação receptiva do Outro vai desnaturalizando esse sujeito primitivo (CABAS, 2005), fazendo-o advir como sujeito na linguagem, portanto, como *sujeito barrado* em relação ao inicial gozo totalizante.

A entrada na linguagem opera a perda do gozo da completude inicialmente estabelecida entre o *infans* e o Outro, com a condição de que esse Outro porte em si a falta-a-ser desejante. Do rompimento dessa totalidade imaginária fica como resíduo o que Lacan chamou de objeto *a*³³. Parcialmente extraído do corpo, o gozo se diversifica e passa a ser distribuído na série de objetos (*a*) que irão se colocar como causa do movimento desejante do sujeito. Nesse processo inicial de constituição do sujeito, a capacidade desejante, como remédio contra o gozo angustiante, advém a partir do descompletamento do Outro que produz a instalação de uma falta-a-ser do lado do sujeito. Isso porque “é do Outro que cai o (*a*), assim como é no Outro que se abre a hiância” (LACAN, 1978/2003g, p. 581). Esse buraco que dá consistência à estrutura psíquica do sujeito surge quando há o recalçamento primário (*Uverdrängung*) de um primeiro

³³ Tão bem aludido por Carlos Drummond de Andrade no poema “Resíduo”:

“Pois de tudo fica um pouco.
Fica um pouco de teu queixo
no queixo de tua filha.
De teu áspero silêncio
um pouco ficou, um pouco
nos muros zangados [...].
Mas de tudo, terrível, fica um pouco,
[...] e sob tu mesmo e sob teus pés já duros
e sob os gonzos da família e da classe,
fica sempre um pouco de tudo.
Às vezes um botão. Às vezes um rato”.

significante, aquele que representava a inicial completude imaginária composta pelo *infans* e o Outro primordial.

Essa operação estrutural e estruturante de esburacamento opera-se tanto no sujeito que aí se constitui, quanto no Outro, (de)limitado que passa a ser, na perspectiva desse sujeito, por um saber e um gozo parciais (FINK, 1998). Em suma, no lugar da extração do objeto a resta esse buraco estruturado-estruturante que nenhum sujeito que advém na e pela linguagem escapa de ter que constantemente encarar, seja de forma mais alienante e tendencialmente (com)passiva produzindo um *sintoma* para tamponá-lo – daí a fantasia neurótica de completude amorosa – seja de forma mais singularizada, por intermédio de um saber-fazer (cri)ativo e sempre diferente que a psicanálise define como o *Sinthoma*. Diante disso, um tratamento psicanalítico tem como objetivo a maximização dessa transformação sintomática.

Para Skriabine (2013), “expulso do paraíso, que era esférico, o sujeito falante [...] se move num mundo esburacado” (p. 12). Veremos como uma analisante, após o percurso de sua análise que vamos descrever, alude à mudança de posição em relação à subjetivação do esburacamento no Outro. Veremos também que a direção do tratamento psicanalítico visa a uma modificação da posição do sujeito em relação ao saber e ao gozo, o que não é sem consequências para o reposicionamento do sujeito frente ao desejo e ao carecimento (laço social). Tentarei discorrer sobre alguns aspectos relativos à produção do *Sinthoma*, responsável por bord(ej)ar o real impossível de dizer. Após um relativo esgotamento do desvelamento dos conteúdos recalcados da história do sujeito, coloca-se em primeiro plano a criação de um *savoir-faire* com isso que resta desse esgotamento da análise pela via do significante (RINALDI, 2006). Para tal, é preciso diferenciarmos o processo de deciframento (significação) relativo ao “inconsciente linguagem” e o processo ciframento (significância) que diz respeito ao “inconsciente real” (MACHADO, 2013). São operações que não podem ser consideradas separadamente: se por um lado nos é claro que, em uma análise, o processo de deciframento se coloca em primeiro plano no início e em boa parte de um tratamento analítico, também é fato que o processo de cifração já ocorre, mesmo que em pequenas proporções, desde o começo. Entretanto, no percurso analítico podemos chegar a um ponto de primazia do processo de cifração, ou seja, o de se haver com o que não é mais nomeável pela rememoração da história recalcada do sujeito. Chega o tempo de encarar mais frontalmente a produção da letra-*Sinthoma* enquanto aquilo que, no Outro, (a)borda o buraco no saber. Em outras palavras, enquanto o que faz a inscrição do gozo que sequer havia sido associado a representações inconscientes do recalcado da história (COSTA-ROSA, 2013, p. 261). Como em psicanálise

qualquer discussão teórica só pode ser fecunda se realizada por meio da prática clínica, partirei de um tratamento analítico por mim realizado em um Estabelecimento público de Saúde.

Alice e o buraco

Em *Alice no País das Maravilhas* (CARROLL, 2000), a história tem início com a queda da protagonista no buraco muito fundo da toca do coelho. Inspirado em Lewis Carroll, escolho Alice como pseudônimo para essa jovem de vinte e poucos anos, por mim tratada durante três anos em uma Unidade Básica de Saúde. Antes, havia feito uma psicoterapia cognitivo-comportamental que aplacara temporariamente sua angústia. Chega até a mim referindo um sentimento de grande descontrole, sensação de que estava enlouquecendo, associado a períodos depressivos. Tomada por ideias suicidas, refere momentos em que chegava a “bater a cabeça na parede, para ver se a dor da pancada fazia diminuir a dor que sentia por dentro”³⁴. No início, eu a atendi duas vezes por semana durante um semestre. Ela tinha um horário fixo, sendo que para o segundo propus que viesse e aguardasse para ser atendida quando havia a falta de algum outro paciente agendado. Como as faltas no contexto da Atenção pública são bastante recorrentes, essa “estratégia de encaixe” nos casos graves e/ou em crises se mostrou bastante efetiva, configurando uma das muitas inovações técnicas que o próprio Freud (1919/2010a) apontou como necessárias para o tratamento analítico nesse novo contexto³⁵.

Desde o início, relaciona seus principais conflitos à relação difícil com o pai, que julgava ser autoritário e violento, junto à mãe, que via como apática e submissa. A mãe era, na sua concepção, a vítima da violência do pai. Ao longo das entrevistas preliminares, sua questão foi se decantando: abominava ambas as posições; apesar de logo passar a identificar em si mesma algumas situações em que agia de forma ora “submissa”, ora “autoritária”. Mas o “submissa” apresenta-se como um importante significante-mestre da sua história, no qual havia se fixado.

³⁴ No *a posteriori* do tratamento, já ressignificando esse período, diz que quando passava pelo pontilhão da cidade se imaginava “morta lá embaixo” e, em cima, “os meus pais se culpando pelo fato”. Isso nos mostra como a efetivação do *acting out* suicida, na clínica das neuroses, manifesta-se como o cúmulo da demanda ao Outro: o sujeito resvala em um último e derradeiro ato cuja enunciação, inconsciente, formula-se da seguinte forma: “vamos ver se sou ou não sou precioso para o desejo do Outro!”

³⁵ A alta incidência de faltas na clínica pública merece reflexão. Onde se poderia ver apenas resistência à análise, uma visada atenta permite captar uma gama de atravessamentos que pouco comparecem nos consultórios particulares, associados à especificidade da classe social desses sujeitos: incompatibilidade de horário por causa de longas jornadas de trabalho; atividades com vinculação trabalhista precária associada às ameaças dos patrões ou dos seus capatazes referente ao tratamento; necessidade de cuidado de filhos e/ou outros parentes (idosos e outros familiares doentes); dificuldades de chegar ao Estabelecimento de Saúde (falta de dinheiro para o transporte, o “ônibus que não passou” ou “que atrasou muito”, ou mesmo falta de acesso no caso de bairros afastados com poucas opções ou até com inexistência temporária ou crônica de transportes públicos) etc.

Com o tempo, esse significante toma a cena da sua fala, passando a ser aquilo que repugnava na posição da mãe: “a minha mãe é muito submissa, e meu pai autoritário. Eu não queria ser como eles. *Tenho horror à submissão*. Se for com mulher menos mal, eu suporto, mas com homem não!”. Ao longo do tratamento, chega ao ponto de comprar um livro cujo título era “O que é ser vítima?”. Após ler o livro, diz continuar sem saber o sentido disso.

A primazia da decifração

O tempo em que a decifração esteve em primeiro plano no tratamento de Alice durou em torno de dois anos. Trata-se de um período de intensa rememoração de situações recalcadas advindas das suas associações livres, de repetições transferenciais e de elaborações desses conteúdos. Como exemplos importantes e emblemáticos desse período de sua análise, entre muitas, destaco três passagens.

Na décima nona sessão, retoma algo que vinha falando desde o início do tratamento: o sentimento de já se sentir velha, coisa que repetia incansavelmente mesmo tendo apenas 24 anos de idade. Relacionava esse sentimento a um desânimo que dizia desmotivá-la na busca de crescimento profissional e, sobretudo, amoroso. Tratava-se de um sentimento irracional que foi associando ao longo dessas primeiras sessões, até que chegou ao fato de que a mãe havia se casado com 23 anos. Após mais algumas sessões, esse sentimento se desfaz.

Na quinquagésima quinta sessão fala da sua necessidade, também sem razão explícita, de experimentar “o colo” dos pretendentes a namorado, sendo que o fato de não ser um “colo gostoso” era determinante para se decidir por interromper a investida amorosa: “eu sinto muita falta de colo. Meus namorados, antes de decidir namorá-los, eu tinha que sentir se o colo era gostoso”. Logo após essa fala, associa a uma lembrança: “me lembrei de uma coisa, que era recorrente; eu devia ter uns seis anos: ‘quando tínhamos que andar pela rua, eu fingia estar com sono só para meu pai me levar *no colo*’” (instante em que corto a sessão). Algum tempo depois, refere-se ao casamento prestes a acontecer, relacionando-o, como foi comum em seu percurso analítico, ao sentimento de buraco, vazio de sentido: “é como se eu tivesse me dado conta de que não preciso encontrar alguém para tapar meu buraco”.

A outra passagem de sua análise que destaco foi de suma importância em seu tratamento. Diz respeito ao que eu chamaria de passagem do pai para a mãe. Durante o início do tratamento, sendo o que inicialmente a fez demandar uma análise, fala da relação difícil entre ela e seu pai. Um pai que, repetia ela obstinadamente, era autoritário e agressivo. Na vigésima nona sessão comete um lapso que, só-depois, mostrou-se fundamental: “sou muito explosiva, mas eu não

posso explodir com todo mundo, não explodo com meu chefe porque eu posso perder o emprego. Mas, eu me permito explodir com minha mãe, porque eu sei que independente de qualquer coisa a minha mãe vai ser sempre a minha mãe. E eu explodo também com o meu pai, porque eu sei que *o meu pai vai ser sempre a minha mãe*”. O lapso é assinalado por mim que, cortando a sessão, faço a aposta de que se tratava do fim das entrevistas preliminares.

Na sessão seguinte, e durante muitos meses que se seguiram, a mãe toma o primeiro plano das suas queixas, trazendo um fato fundamental ocorrido nos sete primeiros anos de sua vida, o que desvela *um dos* sentidos do lapso anteriormente ocorrido: como a mãe saía muito cedo para trabalhar fora, era o pai – que trabalhava em casa, numa oficina – quem fazia os cuidados primários (dar banho, pentear os cabelos, levar à escola, dar comida, etc). Passa a falar, então, de uma “grande falta de mãe” e da mágoa que sentia dela.

A primazia da cifração

O que eu faço com essa pedra no sapato que eu não uso mais? não vou botar na orelha porque eu já escuto bem demais³⁶

A psicanálise é uma prática que convida o analisando a bem-dizer tudo, até que, após certo tempo de tratamento, ele vai esbarrando-se cada vez mais em um impossível de dizer. Como refere Laurent (1997), “uma vez isolado um certo número de significantes-mestres na vida de um paciente, existe um outro problema” (p. 40). No caso de Alice, sempre *às voltas* com o que chama de “o meu buraco”, isso começa a se enunciar por volta do final do segundo ano de tratamento, ao dizer:

parece que eu já sei um monte de coisas, que vir aqui me mostrou. Mas, a questão é: ‘o que faço com isso?’ Cheguei num muro, como atravessá-lo? Às vezes, falando aqui, eu sinto que *tô* tão próxima, mas eu vejo que há um muro e eu não consigo pular, derrubar, correr em volta, não consigo ver o que tem do outro lado. Sei lá, eu posso passar o muro e encontrar eu mesma?”.

Essa questão foi muitas vezes por ela repetida durante aproximadamente seis meses, de *muitas formas diferentes*, com imagens e metáforas as mais diversas, como em outra sessão, em que diz que “o buraco, parece que venho falando das coisas na sua borda: minha autoestima, meus medos, minhas angústias, *ficam na borda dele*. E eu fico rodeando e rodando”. Em um esforço de compreensão desse caso clínico, podemos desdobrar a polissemia dos significantes

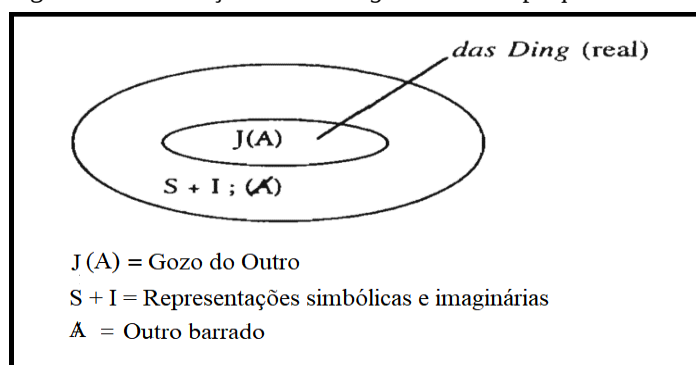
³⁶ ANTUNES, ARNALDO. *Nem tudo*. Composição de Arnaldo Antunes e Tony Bellotto. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=ZryKNgAE7Hk> >. Acesso em: 07 set. 2021.

“rodando” e “rodeando”. Num primeiro momento, “rodando” pode conotar o ato de andar em círculos sem sair do lugar. Mas, como nas expressões linguageiras comuns entre os caminhoneiros, o verbo “rodar”, em frases como “rodei o dia e a noite sem parar”, tem o significado de “andar”, de “movimentar-se”. Com isso, o sujeito em questão nos mostra que “o inconsciente é o evasivo e é nas repetições que tentamos cercá-lo” (COSTA; RINALDI, 2007, p. 289). Agora reflitamos um pouco sobre o verbo “rodear”. No Seminário *A ética da psicanálise*, Lacan (1959-60/2008a) refere que “há [...] *rodeos* e obstáculos que se organizam para fazer com que o âmbito do vacúolo como tal apareça” (p. 184, grifo nosso). Toma emprestado da Citologia a noção de “vacúolo”, conceito que define o pequeno espaço limitado por uma membrana situado no citoplasma de uma célula, que isola um certo volume de produtos (de nutrição ou de excreção) do resto do citoplasma. Já esse vacúolo ao qual Lacan se refere, essencialmente ligado à simbolização primária, é criado no “centro do sistema de significantes” ao passo que somos privados de “alguma coisa real” (ibidem, p. 182). Uma coisa intimamente excluída. É a Coisa freudiana, *das Ding*³⁷.

É interessante como Alice alude à “sensação de vazio,” referente ao seu buraco, de forma diferente conforme vai avançando em sua análise. Uma maneira de visualizar essa mudança pode ser em relação à cor com que o descreve. Inicialmente, em suas descrições o buraco é preto, escuro; e a sensação é a de “pavor”, de “horror”. As sessões vão se passando, até o ponto de associá-lo a um “buraco negro”. Indagada, segue as associações dizendo que um buraco negro é um *astro que engole tudo*, que suga tudo para dentro de si, relacionando, aliás, ao seu então período de fome insaciável – surgido após decidir parar de tomar os

³⁷ Para esse fato de que “*das Ding* está justamente no centro, no sentido de estar excluído” (LACAN, 1959-60/2008a, p. 89), Valas (2001, p. 28) propõe o seguinte esquema gráfico representativo:

Figura 9 - Localização de *das Ding* na estrutura psíquica.



Fonte: VALAS, 2001.

antidepressivos – em que saiu “comendo tudo o que vejo pela frente”, com a intenção de preencher o que nomeia como “buraco *sem fundo*”.

É por volta desse período do tratamento que enunciou algo que só-depois suplementará o sentido: “me ocorreu pesquisar e, segundo a astronomia, quando uma estrela explode ela vira um buraco negro. O buraco negro, então, é *uma estrela que não é mais*”. Corte da sessão! Esse enunciado será por ela repetido durante alguns meses, sendo deslizado em seu sentido. Porém, antes disso, falou do buraco negro descrevendo-o como uma “estrela que se apagou”, indagando-se logo em seguida: “será que minha estrela se apagou em algum lugar da minha infância? Tenho essa impressão”. Vemos que a essa altura do tratamento, na mesma sessão, refere-se novamente ao buraco, que aparece para ela em um sonho, dando-lhe uma cor menos soturna: “sonhei *com a frente* da minha casa, antes sonhava somente com os *fundos*, e no muro do sonho dessa semana havia um buraco que continua preto, mas, agora as suas *bordas* são de cor marrom”.

Quando criança, era incentivada pelo pai a cantar na igreja e, devido ao seu talento, a participar de festivais de música nos quais era raro não obter o prêmio de primeiro lugar. No entanto, questionava-se quanto ao amor do pai, que, segundo a visão da menina, parecia gostar dela apenas quando ganhava as competições. Fala de um período em que perdia deliberadamente as competições, fingindo estar doente justamente nos dias das finais das competições (sendo que de tanto fingir – conclui agora – começou a realmente ter os episódios de amigdalites). Na sessão seguinte chegou quase afônica, dizendo com voz rouca: “só agora entendo que eu queria ver se ele iria me amar se eu não ganhasse a competição”. Como se nota, ela queria a prova, a prova do amor do pai, a prova sobre o fato de ser ou não ser a estrela aos olhos do pai.

Durante vários meses, Alice vem às sessões para falar de um sentimento depressivo que apareceu, quando, em uma sessão, falando novamente dessa questão de ser a estrela do pai, indaga-se: “parece ser um luto, mas *um luto de algo que eu nunca tive*. Pode alguém sofrer um luto de algo que nunca teve?”. Corte da sessão!

Conforme Soler (1998), uma análise “tem como fim a programação de um luto” (p. 365). Não demora muito para que os sintomas e a angústia diminuam radicalmente, não sem dizer que “é uma sensação estranha, essa de perder os motivos para reclamar e para sofrer” e acrescenta: “parece que eu desejava sofrer. Era mais fácil quando podia dizer *que era a vítima*. Agora que sei de tudo isso só vem esse sentimento que não sei o que é, que não sei se é melancolia ou o quê”. Algumas sessões depois, diz que já não sofre mais pelo passado, não sofre pelo que é, ou pelo que poderá ou não ser. Na sequência relata um sonho. Estava dando

aula e, no meio do gramado da escola, apareceu um furinho que foi aumentando até formar um buraco retangular feito de madeira. Refere que desta vez o buraco não era apavorante, mas sim engraçado. “Engraçado?”, pergunto. E responde: “É. Acho que nesse sonho eu estava enterrando o luto. Na sessão anterior eu falei das feridas do passado que não doem mais tanto”.

Decorridos alguns meses, houve duas sessões fundamentais para o seu processo de análise. Na primeira, entre outras coisas, fala do marido, com quem casara há poucos meses, como alguém que necessitaria fazer análise, pois “ele está sempre querendo ser o centro das atenções”, acrescentando logo em seguida que, no caso dela, deixou “de ser aparecida”. Pontuo esse *significante*, o que a leva a dizer que deixou de “ser aparecida no primeiro lugar”, pois sempre variava entre ser a primeira e ser a última. Cortada a sessão, retorna na próxima semana dizendo: “saí daqui da última vez falando que é como se eu tivesse perdido o primeiro lugar. É esse o luto, o luto do primeiro lugar”. Em análise, dá a ver o núcleo do seu “traumatismo”³⁸. É quando, algumas sessões depois, refere-se novamente ao buraco, que nunca deixou de aparecer em sua fala e em sua produção onírica, como não sendo mais de cor marrom, mas de cor rosada.

Palavras finais

A borda do furo no saber, que a psicanálise designa justamente como de abordagem da letra, não seria o que ela desenha? (LACAN, 1971/1986, p. 23).

Decantada a primeira face do sintoma, passível de ser decifrada, resta na análise a produção da dimensão do sintoma enquanto letra, que Lacan (1975-76/2007) propõe que grafemos com o *th*. A partir desse ponto, é o Sinthoma que dá a letra. Então, a letra-Sinthoma (QUINET, 2009) é a vertente do significante que realiza a inscrição do gozo, que realiza o sulco que a escrita desenha no real, resultante de um saber-fazer capaz de cernir partes importantes do gozo irreduzível da linguagem. A letra, “que faz terra do litoral” e que é “rasura de nenhum traço que seja anterior” (LACAN, 1971/1986, p. 26), só pode ser posterior ao advento significante. Isso nos leva ao fato de que no começo, e em boa parte de uma análise, é a decifração (rememoração e equacionamento dos conflitos psíquicos do recalcado da história do sujeito) que se coloca em primeiro plano, sendo que é somente após um relativo esgotamento desse processo que a cifração de gozo ainda não inscrito passa a ser o processo que impera na

³⁸ Jogo de palavras em francês, associando *trou* (furo) e *traumatisme* (traumatismo), feito por Lacan (1973-74/2018b) para falar do buraco produzido no interior do simbólico: “todos inventamos um truque para preencher o buraco do Real. Lá onde não há relação sexual, isso produz um buraco que traumatiza (*troumatisme*). Nós inventamos! Nós inventamos o que podemos, é claro! Quando não se é esperto, se inventa o masoquismo” (p. 144).

análise. Porém, se por um lado “a escrita não é de modo algum do mesmo registro [...] que o significante” (LACAN, 1972-73/2008d, p. 35), por outro algo do significante sempre participa da escrita. Para além dos conteúdos inconscientes recalcados da história do sujeito, trata-se do inconsciente que opera ciframento, para circunscrever o buraco do não sabido, o furo que estrutura.

No caso de Alice, ao *descer* do narcisismo que a levava ao “buraco negro que tudo engole”, chegando a uma “estrela que não é mais”, o sujeito identifica-se ao que restou do seu sintoma e começa³⁹ o processo de produção do seu Sinthoma-letra – identificação que produz um efeito *de ser*, um efeito de *l'être (lettre)* esvaziadora de gozo, portanto, de redução da angústia por equacionamento simbólico. Na fase final do seu tratamento, Alice diz que antes era como se quisesse a perfeição, que “se eu consegui montar as peças do seu quebra-cabeça é porque sempre haverá peças para colocar”, dizendo poder fazer isso sozinha daqui para frente, e conclui: “agora eu sei que não há vida totalmente total. É assim!”. Alice parece se despedir do país das maravilhas.

Por meio de um lapso ocorrido em uma das últimas sessões, diz: “aqui consegui *tratar... digo, traçar* o meu caminho...”. Nesse momento, emito um riso discreto suficiente para destacar o seu lapso. Ri junto e diz: “é, *tratei* o caminho”. E em outra das últimas sessões refere que a vida é mesmo assim, “cheia de buracos”, e suplementa: “parece que antes eu só via o buraco, e ele estava dentro de mim. Bom, e eu de dentro dele não o via. Daí, aqui, com você, eu comecei a vê-lo, e me dei conta de que estava dentro dele. Mas, o mais difícil foi ver que eu gostava. *A gente se acostuma e acaba gostando de ser a vítima*”. “Mas havia dor!?”, digo de modo ambigualmente afirmativo e questionador. “Sim, e como! Mas, com o tempo fui saindo, né? E, bom, agora ele está no caminho. Engraçado, antes eu não via o caminho, só via o buraco e nele vivia caindo. Agora vejo os buracos na vida e, *como posso*, desvio deles. É isso: a vida é cheia de buracos, mas, quando a gente os vê *e quer* seguir o caminho, aí ficamos mais...”. Faz uma pausa na fala, pondera e conclui: “... aí ficamos mais *ativos* e otimistas”. Na penúltima sessão diz que “não te vejo mais como uma voz interna que me ajuda a achar o caminho”. O percurso desse tratamento parece demonstrar que essa analisante, ao tratar o caminho – isto é, ao revis(it)ar sua história biográfica para operar *alguma travessia* da sua fantasia fundamental – pôde mudar sua relação com o saber e com o gozo; em outras palavras, mudar seu modo de caminhar, de subjetivar, exemplificando aquilo de que nos fala o poeta: “eu não tenho caminho

³⁹ Digo “começa” por levantar a hipótese de que, no caso dessa analisante, haveria um tanto a avançar nesse processo. No entanto, esse ponto em que chegou pode ser definido como o fim do tratamento da neurose nesse contexto da Saúde Mental Coletiva, podendo ela continuá-lo em outro lugar? Em qual?

novo, o que eu tenho de novo é o *jeito de caminhar*. Aprendi (o caminho me ensinou)” (MELLO, 1999, p. 60).

4.6 Considerações finais

Só existe progresso para o sujeito através da integração a que ele chega de sua posição no universal (LACAN, 1951/1998g, p. 225).

Desde o início da história da psicanálise tivemos várias tentativas de práticas coletivas de tratamento, mas foram necessárias as teorizações de Lacan para que o dispositivo psicanalítico pudesse ser utilizado para além da escuta individual de uma forma mais efetiva. É preciso ressaltar a grande dificuldade que enfrentamos ao implementar práticas coletivas de recepção e de tratamento em meio a uma formação social produtora de subjetividades cada vez mais restritas ao individualismo capitalista. Frente à isso, especialmente no caso dos sujeitos das classes proletárias, é importante ofertarmos dispositivos clínicos (tratamento) e políticos (organização e gestão dos Estabelecimentos públicos) capazes de reconectar os sintomas e demais sofrimentos privatizados pela sociabilidade capitalista com os processos coletivos que determinam ou no mínimo sobredeterminam esses sofrimentos. Uma Clínica Crítica e ampliada dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva deve partir do princípio freudiano e marxiano de que o mal-estar individual está necessariamente correlacionado a uma determinada Cultura e suas instituições/formas sociais prevalentes. No campo dos tratamentos em Saúde Mental, trata-se de exercitarmos a lógica da Saúde Coletiva para fazer oposição à atual hegemonia da Saúde Pública privatista.

Recalcati (1998) afirma que o tratamento psicanalítico em pequenos grupos é uma maneira de fazer resistência à sociedade neoliberal que tende cada vez mais à produção do individualismo. A essa afirmação, acrescentamos que a base econômica determinante da sociedade neoliberal é o pós-fordismo, cuja tendência é a gradativa extinção dos direitos trabalhistas mínimos que intensifica o vampirismo do Capital sobre os corpos dos trabalhadores. Esse psicanalista propõe que o tratamento analítico em pequenos grupos venha a constituir uma espécie de “mesa de partilha da palavra” para o horizonte de novos modos de saber-fazer com a vida em sociedade. Muito mais do que no dispositivo psicanalítico de escuta individual, que não deixará de ter lugar, o tratamento em pequenos grupos tem a vantagem de

suscitar questões relacionadas a problemas coletivos a serem discutidos e superados pelas classes proletárias, que são o principal público-alvo do SUS.

Por fim, resta fazermos um último comentário sobre a intercessão-pesquisa que desenvolvemos com os grupos na última década. Tem sido um trabalho tão difícil quanto necessário e positivamente surpreendente. As teorizações sobre os manejos que essas novas práticas exigem ultrapassam o que já se tem estabelecido na teoria psicanalítica e exige de nós constantes inovações teórico-metodológicas, sempre a partir da prática. Chamou a nossa atenção o fato de que as trocas de experiências e as associações significantes entre os integrantes dos grupos sobre preconceitos sociais têm-se apresentado como importantes formas de equacionamento de variadas situações conflituosas. Entre outros exemplos, a questão da homofobia, que é mais frequente nas classes proletárias pela alta incidência das religiões evangélicas, merece destaque. O sofrimento de pais e mães com a descoberta das orientações homoafetivas dos filhos, ou mesmo o sofrimento de sujeitos eles mesmos em conflitos por causa da homofobia de que são alvos dentro e fora das suas famílias, têm sido trabalhados coletivamente e em transferência nos grupos com importantes efeitos. Em algumas ocasiões, quando esses conteúdos eram abordados já compareciam amenizados pelos efeitos de análise de outros conflitos. Para poder conseguir falar sobre essas situações, entre outras, como de abusos sexuais, desejos mais íntimos de vários matizes, algumas vezes alguém solicitava uma sessão individual e, após falar individualmente, conseguia trazer para o grupo. Outras vezes, era o acaso de comparecer apenas um integrante e ele podia abordar o que ainda não conseguia dizer no grupo e, após isso, conseguia compartilhar. Por vezes, o disparador era o fato de alguém falar algo que tinha alguma relação com aquilo que não se conseguia dizer até então. Quando o grupo alcançava o que chamamos de “grupo autopoietico” ou “grupo como dispositivo em transferência de trabalho”, acompanhamos situações em que, eventualmente, algum integrante chegava em crise e precisava falar quase a sessão toda, e os demais acolhiam com perguntas, como intercessores⁴⁰. O que não queria dizer que eles também não se beneficiassem dessa função analítica que acabavam exercendo.

Lacan (1953/1998f) afirmou que o fim de um tratamento psicanalítico “satisfaz à circularidade sem fim do processo dialético que se produz quando o sujeito realiza sua solidão”, mas uma solidão que enlaça socialmente, não de modo individualista, pois “a satisfação do sujeito chega a se realizar na satisfação de cada um, isto é, de todos aqueles a que se associa numa obra humana” (p. 186). Do mesmo modo, Marx e Engels (1848/2008) apontaram para

⁴⁰ Como nos demonstrou o caso Joseane.

“uma associação em que o livre desenvolvimento de cada um é o pressuposto para o livre desenvolvimento de todos” (p. 43). Tanto a psicanálise quanto o materialismo histórico apontam para o fato de que a negação da coletividade é correlata à negação da singularidade e vice-versa.

Buscando o exercício de relações mais cooperadas e solidárias, *para além da fraternidade imaginária* (alienação no romance familiar), a difícil sustentação do singular no coletivo, porém, não pode deixar de seguir o horizonte para o qual a artista nos abre a picada: “O resto é a implícita tragédia do homem – a minha e a sua? O único jeito é solidarizar? Mas ‘solidariedade’ contém eu sei a palavra ‘só’” (LISPECTOR, 1978, 162).

PARA CONCLUIR - NÃO HÁ SAÚDE MENTAL COLETIVA NO CAPITALISMO

Marx e Freud são grandes desmistificadores. O que o primeiro fez em relação à formação social, o segundo operou sobre as formações subjetivas. Freud percebeu a inversão mistificadora no discurso das pacientes neuróticas histéricas, quando lhe relatavam terem sofrido investidas amorosas de seus cuidadores. Suas análises desvendaram que elas atribuíam ao Outro o desejo que era delas. Lacan (1953/1998f) formalizou isso afirmando que o sujeito recebe do Outro sua própria mensagem sob forma invertida. Para que o “saber de sujeito” pudesse emergir na fala das suas pacientes, Freud foi silenciando o seu “saber de mestre” e, em seu escritório, colocando-se em posição de trabalho para construir e aprimorar cada vez mais os alicerces da psicanálise. Dessas experiências e formulações delineou o conceito de inconsciente.

Por sua vez, Marx percebeu a inversão mistificadora de Hegel que veio a dar base ao discurso liberal. Essa inversão atribui ao Estado não só a neutralidade política, mas a chave da compreensão do processo histórico. Partindo da crítica da economia política capitalista, Marx desvendou que o Estado não é neutro, por ser um efeito da sociedade civil e é nessa que se encontra a chave da compreensão do processo histórico, especificamente no seu modo de produção, circulação e distribuição das riquezas socialmente produzidas. Dessas formulações teceu o seu conceito de ideologia.

Da mesma maneira que Freud demonstrou que um sujeito neurótico não tem acesso aos conteúdos recalçados que o determinam, Marx evidenciou que uma época histórica não pode ser explicada por seus próprios discursos ideológicos dominantes: o imaginário egóico dos sujeitos e a ideologia dominante de uma dada sociedade recalcam suas próprias determinações. Nesse quiasma entre Marx e Freud podemos localizar a menção de Lacan (1969-70/1992) de que Hegel foi o mais sublime dos histéricos.

Nesse ponto de convergência, o fato de a psicanálise dialetizar o imaginário e simbolizar não-totalmente o real, e o fato de o materialismo histórico furar a ideologia e desvelar as contradições sociais são atos que poderiam estar em continuidade em uma banda de Moebius. Como propõe Žižek (1996), além da fantasia fundamental individual é necessário atravessarmos também as ideologias concebidas como fantasmas sociais. Entre esses, destaca-se o que Marx e Engels chamaram de “espectro do comunismo”, do qual a ideologia burguesa tem sabido se servir para seus propósitos. Relacionando as formações subjetivas e as formações

sociais, o mais alto rigor científico aponta para os fatos de que *não há relação sexual* e de que *não há fim da história*.

Na sequência de Newton, que evidenciou que a Terra não é o centro do Universo, e Darwin, que nos arrancou da posição de centro das espécies animais, Freud (1917/1996) operou o que ele chamou de a terceira grande ferida narcísica no amor-próprio da humanidade: *em última instância*, não é a nossa consciência que determina nossas ações, mas sim os conteúdos advindos de uma Outra cena, do inconsciente. Incontestavelmente, não havia como a descoberta do inconsciente ser bem recebida. Essa resistência foi e continua sendo *uma dificuldade no caminho da psicanálise*: “não se trata de uma dificuldade intelectual [...], mas de uma dificuldade afetiva [...] que os deixa menos inclinados a acreditar nela ou a interessar-se por ela [...]. Onde falta simpatia, a compreensão não virá facilmente” (Ibidem, p. 147).

Nos ensaios desta tese, tentamos articular dialeticamente essa operação freudiana com o que podemos chamar de a quarta grande ferida narcísica na humanidade (historicamente, a terceira), efetivada por Marx¹: o fato de que, *em última instância*, não é a consciência dos homens que determina sua vida social (idealismo), mas sim a suas relações reais, vividas, historicamente transmitidas (materialismo dialético):

O modo de produção da vida material condiciona o processo em geral de vida social, política e intelectual [ideologia]. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser, mas, ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência (MARX, 1859/1974, p. 24).

Isso quer dizer que as ideologias expressam idealmente a vivência material dos sujeitos sociais. É o que levou Althusser (1969/2013) a afirmar que as maiores dificuldades em relação ao entendimento efetivo da obra “O Capital” estão relacionadas mais a fatores político-ideológicos e afetivos que cognitivos. Eis *uma dificuldade no caminho do materialismo histórico*:

se os especialistas em história, economia política, sociologia, psicologia etc. tiveram e ainda têm tanta dificuldade para ‘compreender’ O capital, é porque estão submetidos à ideologia dominante (a da classe dominante), que intervém diretamente em sua prática ‘científica’ para falsear seu objeto, sua teoria e seus métodos. Salvo poucas exceções, eles não suspeitam, não podem suspeitar do extraordinário poder e variedade do domínio ideológico a que estão submetidos em sua própria ‘prática’. Salvo poucas exceções, são incapazes de criticar por si mesmos as ilusões em que vivem e que ajudam a manter, porque elas literalmente os cegam (p. 40).

¹ “Assim como Darwin descobriu a lei do desenvolvimento da Natureza orgânica, descobriu Marx a lei do desenvolvimento da história humana [...]. Com a descoberta da mais-valia fez-se aqui de repente luz” (ENGELS, 1883/2020, p. 33).

No entanto, se a psicanálise e o materialismo histórico são campos teórico-práticos com objetos próprios, não se trata de aglutiná-los em uma superteoria. Trata-se de duas determinações em última instância, cada qual respectiva ao seu domínio específico: o das formações subjetivas e o das formações sociais. O grande desafio se encontra em como articulá-las dialeticamente. Se, apenas em princípio, a prática dos psicanalistas de consultório dispensaria essa tarefa, por tratarem de analisantes das classes socioeconomicamente privilegiadas, não podemos dizer o mesmo dos trabalhadores de Saúde Mental que lidam, principalmente, com os proletários e os subproletários.

No contexto da Saúde Mental Coletiva almejamos um modo de produção da clínica e da política em cuja práxis a psicanálise é ampliada ou inovada. Nessa perspectiva, a psicanálise não visaria à colonização desse campo. Não se trata de torná-lo exclusivamente psicanalítico, ambição que só faria aumentar as resistências à psicanálise. Mesmo porque, não é apenas a psicanálise que aí amplia o seu campo de atuação e a sua oferta, mas é o próprio campo da Saúde Mental Coletiva que, orientada pelos parâmetros do Paradigma Psicossocial, amplia-se *e demanda* as inovações *da* psicanálise e *na* psicanálise. Queremos dizer que quanto mais a psicanálise se orienta para aquilo que no coração desse novo campo de experiência é o núcleo do real, mais amplia e inova a sua teoria e a sua prática. Se a “experiência” em questão é o da Saúde Mental Coletiva, a lida com esse “núcleo real” deve ser diretamente feita por aqueles que, como trabalhadores desse campo, teorizam sobre as inovações na psicanálise. Então, os psicanalistas que desde essa experiência se formam não prescindem da especificidade da psicanálise. Porém, quando eles se armam dos outros saberes-fazer que esse novo contexto e público-alvo demandam, além de psicanalistas, tornam-se trabalhadores-intercessores.

Os parâmetros do Paradigma Psicossocial, portanto, exigem a formação de trabalhadores de Saúde Mental precavidos com uma complexa caixa de ferramentas. Por terem que lidar simultaneamente com as formações subjetivas inconscientes e as formações sociais, são obrigados a recorrer a vários campos teórico-discursivos. Do materialismo histórico os trabalhadores-intercessores herdam um referencial de análise política capaz de considerar a estreita relação das instituições sociais com a luta de classes. Da análise institucional, obtêm recursos suplementares para melhor operarem nos espaços sociais e institucionais. E é na psicanálise de Freud e Lacan que esses trabalhadores adquirem a mais sofisticada teoria da constituição estrutural do sujeito, dos sintomas e demais impasses psíquicos, bem como do próprio tratamento. O conjunto dessas referências possibilita o entendimento da complexa relação entre as demandas subjetivas privatizadas pelos indivíduos e as pulsações da Demanda

Social definida como hiância em sentido amplo, como aquilo que, no seio da sociedade, abre-se para o novo no intervalo entre o que existe e o que estaria prestes a existir. Na Saúde Mental Coletiva, no que se refere às demandas subjetivas dos sujeitos em sofrimento, expressas na maioria das vezes como pedidos de saber-poder disciplinar, medicação e internação, é fundamental considerarmos que há, nessas demandas subjetivas, importantes aspectos velados da Demanda Social, para entendermos esses pedidos também como encomendas sociais: formas de capturas de pulsações instituintes operadas pela ideologia capitalista, também formas de negação do desejo e do carecimento que nelas pulsam e “pedem” expressão.

Com Marx, visualizamos um limite estrutural relacionado às políticas públicas estatais, ao entendermos que o Estado é um derivado necessário da *forma social* mercadoria. Por causa do alinhamento com os interesses do mercado capitalista da Saúde, o Estado, que com muito custo tolera algumas transformações paradigmáticas (reformas) nos modos de tratamento em Saúde e Saúde Mental, é o mesmo que sustenta as brutais condições cotidianas do adoecimento da população, não somente, mas especialmente, das classes proletárias. Em vista disso, entendemos que as políticas públicas são sintomas sociais: são as “migalhas” dos “pães” que são negados/expropriados no âmbito dos processos complexos de produção social da vida material na sociedade capitalista. É essa constatação que se encontra no ideário do projeto originário da Reforma Sanitária brasileira (PAIM, 2008), levando-nos a concluir que as políticas públicas não podem ser o fim do nosso horizonte ético-político, mas tão-somente meios da nossa caminhada. Porém, meios transitórios em qual direção? Vejamos.

Nos ensaios desta tese falamos em transição paradigmática no campo da Saúde Mental sem deixar de entender que em uma formação social capitalista há pouco espaço para que o Paradigma Psicossocial possa tornar-se hegemônico, sendo que o Paradigma Psiquiátrico é dominante por ser um derivado imediato do Modo de Produção Capitalista. E até as experiências de avanços mínimos do Paradigma Psicossocial têm sido, de tempos em tempos, cooptadas numa rapidez vertiginosamente maior em face do tempo em que levaram para serem construídas. É o que, estremecidos, assistimos em nosso país desde o golpe de Estado de 2016. Considerando as motivações desse golpe, evidenciamos a determinação econômica em última instância de que Marx tanto nos alertou e que a ideologia liberal insiste em dissimular. Portanto, um efetivo processo de transição paradigmática em Saúde e em Saúde Mental não pode se dar sem a junção a outros movimentos sociais em busca da superação dialética do Modo de Produção Capitalista. Urge resgatarmos o projeto inicial da Reforma Sanitária brasileira segundo o qual as transformações no setor Saúde só poderiam consistir como uma pequena parte de um movimento coletivo maior, o de um Novo Projeto Civilizatório. Segundo a teoria

de Marx, considerando a relação orgânica entre o capitalismo e o Estado, esse projeto precisa visar à extinção progressiva do próprio Estado e a instalação de novas formas de gestão da vida econômica, social, subjetiva, cultural e política.

Por fim, no espírito das dialéticas marxiana e freudiana, não é demais lembrar que as hipóteses, discussões e conclusões dos ensaios desta tese não se pretendem cabais. São colocadas mais como convites à ação/reflexão dos trabalhadores-intercessores inseridos nos mais variados Estabelecimentos institucionais públicos, possíveis autores de novas e necessárias reflexões a partir das práticas suas transformadoras. Que essas linhas mais ou menos tortas possam ser andaimes dispensados no passo dos avanços das nossas práticas e reflexões teóricas do Paradigma da Atenção Psicossocial, que só pode ter como horizonte o contexto de revoluções sociais amplas para construção de uma efetiva Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, S.; ALMEIDA, C. P. Relatos sobre o nascimento de uma prática. Psicanálise em hospital geral. In: MELLO M.; ALTOÉ S. (Org.). *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p. 55-71.

ALEMÁN, J. *Para una izquierda lacaniana: intervenciones y textos*. Grama Ediciones: Buenos Aires, 2009.

ALTHUSSER L. *Sobre a reprodução* (1971). 2. ed. Petrópolis, RJ. Vozes, 2008.

_____. Advertência aos leitores do Livro I d'O *capital* (1969). In: *O Capital: crítica da Economia Política*, Livro 1 (1867). São Paulo: Boitempo, 2013. p. 39-58.

_____. El escándalo Tiflis (1976-1984). In: _____. *Escritos sobre psicoanálisis*. México: Siglo Veintiuno, 1996a. p. 163-211.

_____. Freud e Lacan (1964). In: _____. *Freud e Lacan, Marx e Freud*. Rio de Janeiro: Graal, 1984a. p. 45-71.

_____. Ideologia e Aparelhos Ideológicos de Estado (notas para uma investigação) (1970). In: ZIZEK, S. (Org.). *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996b. p. 105-142.

_____. *Lênin e a filosofia* (1968). São Paulo: Edições Mandacaru, 1989.

_____. Marx e Freud (1976). In: _____. *Freud e Lacan, Marx e Freud*. Rio de Janeiro: Graal, 1984b. p. 73-93.

_____. Marxismo, ciência e ideologia. In: _____. *Marxismo segundo Althusser*. São Paulo: Sinal, 1967. p. 10-56.

_____. O objeto de *O Capital* (1968). In: _____.; BALIBAR, E.; ESTABELT, R. *Ler O Capital*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. v. 2. p. 5-153.

_____. *Por Marx* (1965). Campinas: Editora Unicamp, 2015.

_____. Sobre a relação de Marx com Hegel. In: D'HONDT; DERRIDA; ALTHUSSER et al. *Hegel e o pensamento moderno*. Porto: Rés Editora, 1979. p. 109-138.

_____. Tres notas sobre la teoría de los discursos (1966). In: _____. *Escritos sobre psicoanálisis*. México: Siglo veintiuno editores, 1996c. p. 105-145.

ALVARENGA, As mulheres e a violência de nossos tempos. *Opção Lacaniana online nova série*. Ano 6, n. 17, 2015. Disponível em: <

http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_17/As_mulheres_e_a_violencia_de_nosso_tempo.pdf >. Acesso em: 15 maio 2017.

AMARANTE, P. (Org.) *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: SDN/ENSP, 1995.

AMIGO, S. Notas sobre o discurso do analista. In: VEGH, I, et al. *Os discursos e a cura*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2001. p. 75-111.

ANTUNES, R. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo, 2018.

AUGUSTO, A.; CARCANHOLO, M. Ainda sobre a teoria da história em Marx. *Lutas Sociais*, v. 18, n. 33, p. 9-22, 2014.

BASAGLIA, F. *A instituição negada*. Rio de Janeiro, Graal, 1985.

BASSOLS, M. *Lo femenino, entre centro y ausencia*. 2016. Disponível em: < <http://mujeres.jornadaselp.com/textos-de-orientacion/textos-de-orientacion-lo-femenino-entre-centro-y-ausencia/> >. Acesso em: 15 maio 2017.

BENELLI, S. J. *Entidades assistenciais socioeducativas: a trama institucional*. Petrópolis: Vozes, 2014.

BEZERRA JÚNIOR, B. C. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, S., A.; COSTA, N. R. (Org.). *Cidadania e loucura*. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 133-169.

BIRMAN, J. *Ensaio de teoria psicanalítica*. Parte 1 – Metapsicologia, pulsão, linguagem, inconsciente e sexualidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

_____.; COSTA, J. F. Organizações e instituições para uma psiquiátrica comunitária. In: P. AMARANTE (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-72.

BOTTOMORE, T. *Dicionário do pensamento marxista*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012.

BRAGA, R. Democracia, trabalho e socialismo. In: NETTO, J. P. (Org.). *Curso livre Marx Engels: a criação destruidora*. São Paulo: Boitempo, 2015. p. 163-183.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. *8ª Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. Brasília. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf >. Acesso em: 20 de agosto, 2018.

BRAVERMAN, H. *Trabalho e capital monopolista*. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

CABAS, A. G. *Curso e discurso na obra de Jacques Lacan*. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2005.

_____. *O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

CADERNOS IPUB. *A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 17, 2000.

CADES, O. Conflito em Guariba - Boias-frias demolem prédios, incendeiam veículos e saqueiam supermercado. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 16 maio. 1984. Primeira página. Disponível em: <

<https://acervo.folha.com.br/leitor.do?numero=8774&anchor=4187671&origem=busca&originURL=&pd=2e09c6cce658ad17e2fcf146f2e4d843> >. Acesso em: 22 de julho 2021.

CAMPOS, G. W. S. *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. São Paulo: Hucitec, 2013.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 3.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CAPELLA, B. B.; LEOPARDI, M. T. O ser humano e suas possibilidades no processo terapêutico. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). *Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa-Livro, 1999. p. 85-104.

CARROL, L. *Alice no país das maravilhas*. 2ª ed. São Paulo: Colégio Objetivo, 2000.

CASTEL, R. *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CECCHELLI, R.; GROVA, T. Extimidade: do cartel ao Digaí-Maré. In: MACHADO, O.; GROVA, T. (Org.). *Psicanálise na Favela – Projeto Digaí-Maré: a clínica dos grupos*. Rio de Janeiro: Associação Digaí-Maré, 2008. p. 86-90.

CHAGAS, E. F. O pensamento de Marx sobre a subjetividade. *Trans/Form/Ação: Revista De Filosofia*, v. 36, n. 2, p. 63–84. Disponível em: <
<https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/transformacao/article/view/3099/2360> >. Acessado em 30 dez. 2019.

CHAUÍ, M. Uma nova classe trabalhadora. In: SADER, E. (Org.). *10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma*. São Paulo: Boitempo, 2013. p. 123-134.

CHEPTULIN, A. *A dialética materialista: leis e categorias da dialética*. São Paulo: Alfa-Ômega, 1982.

CLAVREUL, J. *A ordem médica*. Poder e impotência do Discurso Médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CORBISIER, C. RIPP: Quando escutar é preciso. *Cadernos IPUB*. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental. Rio de Janeiro, v. 6, n. 17, p. 59-69, 2000.

COSTA, A.; RINALDI, D. O real na experiência de análise: interpelação e presença do analista. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, p. 281-292, 2007. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v13n2/v13n2a05.pdf> >. Acesso em: 20 de ago. 2018.

COSTA, J. F. Éticas da Psiquiatria. In: FIGUEIREDO, A. C.; SILVA, J. F. (Org.) *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996, p. 27-36.

COSTA, M. F. *Urgência e sujeito em uma Unidade Hospitalar*: Ensaio sobre a práxis da psicanálise na instituição de Saúde. Londrina: Eduel, 2019.

_____.; COSTA-ROSA, A.; AMARAL, C. H. A. Uma psicologia precavida pela psicanálise. *Revista de Psicologia da Unesp*, v. 15, n. 2, p. 36-50. 2017. Disponível em: < <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/672> >. Acesso em: 23 jan. 2019.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

_____. A essência das práticas em Saúde Mental alternativas ao modelo asilar: o modelo psicossocial. In: *II Congresso de Psicologia, Sexta Região*. São Paulo. Anais... São Paulo: Oboré; Conselho Regional de Psicologia, 1992. p. 248-252.

_____. A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 29, n.1, p. 115-126, 2012a. Disponível em < <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/8m4f9w9tFDZ87rLF5NWbSYy/?lang=pt&format=pdf> >. Acesso em: 20 nov. 2020.

_____. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica*: contribuição a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013.

_____. Carta de fundação do Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e “Subjetividade da saúde” (LATIPPSS). *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 18 (n. esp.), p. 5-8, 2019a. Disponível em: < <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1540/1350> >. Acesso em: 19 de maio 2020.

_____. Contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. In: DIONÍSIO, G. H.; BENELLI, S. J. (Org.). *Políticas públicas e clínica crítica*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012b. v. 1. p. 15-31.

COSTA-ROSA, A. Ética e clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 32, p. 743-757, 2011.

Disponível em <

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/GmmbxzMCNXqDqRZkwf5XMS/?lang=pt&format=pdf> >.

Acesso em: 10 jun. 2020

_____. Intercessões e análises sobre o processo de produção saúde-adoecimento-Atenção no campo psíquico, num território municipal. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 18 (n. esp.), p. 9-36. 2019b. Disponível em: <

<http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1541/1351> >. Acesso em: 22 de jan. 2020.

_____. Modo Psicossocial um novo paradigma nos tratamentos psíquicos na Saúde Coletiva. *Revista Vertentes*, UNESP, Assis, v. 5, p. 11-22, 1999.

_____. O Grupo Psicoterapêutico no Discurso do Analista: um novo dispositivo da clínica na Atenção Psicossocial (2005). *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 18 (n. esp.), p. 55-87.

2019c. Disponível em: <

<http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1543/1353> >. Acesso em: 22 de jan. 2020.

_____. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na Psicanálise do campo Freud-Lacan? (2015). *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 18 (n. esp.), p. 37-54. 2019d.

Disponível em: < <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1542/1352> >.

Acesso em: 22 de jan. 2020.

_____. *Práticas de cura nas religiões e tratamento psíquico em Saúde Coletiva: algumas relações entre práticas de cura místico-religiosas e tratamento dos ambulatórios de saúde mental da rede pública*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 1995.

_____. *Saúde Mental Comunitária: análise dialética de um movimento alternativo*. 546 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1987.

_____. *Sobre o alcoolismo*. Assis-SP: Curso de Graduação em Psicologia da UNESP, 2017. Mimeografado.

_____. Um olhar para a Atenção Psicossocial. In: RABELO, I. V. M.; TAVARES, R. C.; FARIA, Y. R. A. (Org.). *Olhares: experiências de CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. Goiânia: Kelps, 2009. p. 9-20.

_____.; LUZIO, C. A.; MENDES, M. C. S.; FLOREZI, P. Uma experiência de pronto atendimento em Saúde Mental Coletiva. *Estudos de Psicologia (PUCCAMP)*, v. 21, n. 2, p. 101-115, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v21n2/a08v21n2.pdf> >. Acesso em: 26 dez. 2016.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma em Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

_____.; PASTORI, F. O grupo psicoterapêutico além do Imaginário: a psicanálise de Lacan, laços sociais e revoluções de discurso. *Revista de Psicologia da Unesp*, 10, (1), p. 1-23, 2011. Disponível em: < <http://www.assis.unesp.br/perfilvertentes/index.php/revista/issue/view/15> >. Acesso em: 20 jan. 2019.

_____.; YASUI, S. Algumas notas para pensar a Psiquiatria Psicossocial. In: RABELO, I. V. M.; TAVARES, R. C.; FARIA, Y. R. A. (Org.). *Olhares: experiências de CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. Goiânia: Kelps, 2009. p. 123-137.

CRUZ, I. N. *Contribuições da psicanálise lacaniana às práticas de grupo nas Instituições de Saúde*. 118f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2015.

CURY JÚNIOR, J. E. Entre trilhas de saúvas, a emergência do sujeito: o grupo psicoterapêutico no contexto escolar. *Diálogo*, Canoas, n. 28, p. 41-58, abr. 2015a. Disponível em: < <https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Diálogo/article/download/2115/1328> >. Acesso em: 21 Jan. 2021.

_____. *Que voz na voz não ouvida? Uma escuta psicanalítica a catadores de recicláveis*. 244f. Dissertação (Mestrado em Programa) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis-SP, 2015b.

DANTAS, D.; TUPINAMBÁ, G. O analista cobra, o paciente paga – e a economia política dá o troco. *Lacuna – Uma revista de Psicanálise*, v. 1, 2015. Disponível em: < <https://revistalacuna.com/2015/09/29/o-paciente-paga-o-analista-cobra-e-a-economia-politica-da-o-troco/> >. Acesso em: 21 Jan. 2021.

DANTO, E. A. *As clínicas públicas de Freud: Psicanálise e Justiça Social*. São Paulo: Perspectiva, 2019.

DAVIS, A. *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Boitempo, 2016.

DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 6, n. 1, 2007. p. 60-79. Disponível em: < <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1010> >. Acesso em: 20 jan. 2019.

DOR, J. *Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

_____. *O pai e sua função em psicanálise*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.

DUNKER, C. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. (Coleção Ato Psicanalítico).

ELIA, E. Psicanálise e Política: da mais-valia ao mais-de-gozar. *Psicanálise & Barroco em revista* (Ed. Esp.: Psicanálise e Política: versões e reversões do mundo e do imundo). v. 17, n. 2, p. 156-171, 2019. Disponível em: < <http://seer.unirio.br/index.php/psicanalise-barroco/article/download/9480/8105> >. Acesso em: 10 jun. 2021.

_____. O operário e a histérica: dois sujeitos modernos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3. p. 823-840. 2007. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/07.pdf> >. Acesso em: 22 nov. 2014.

_____. *O psicanalista precisa entrar na cena*. 2018. Disponível em: < <http://psicanalisedemocracia.com.br/> >. Acesso em: 23 jan. 2021.

_____. *Para além da sexualidade: a psicose na psicanálise*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1992.

_____. *Psicanálise, campo público e saúde mental*. Uma articulação necessária entre política e clínica, 2017. Disponível em: < <http://psicanalisedemocracia.com.br/2018/07/psicanalise-campo-publico-e-saude-mental-uma-articulacao-necessaria-entre-politica-e-clinica-luciano-elia/> >. Acesso em: 20 jan. 2019.

_____. Psicanálise: clínica e pesquisa. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (Org.). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rios Ambiciosos. Rio de Janeiro, 2000. p. 19-35.

_____. Uma equipe muito peculiar: a equipe do CAPS. In: KAMERS, M. (Org.). *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência*. Belo Horizonte: Editora Escuta, 2015. p. 243-266.

ENGELS, F. Princípios do comunismo (1847). In: NETTO, J. P. (Org.). *Engels: Política*. São Paulo: Ática, 1981. p. 82-99.

_____. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado* (1884). 9 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

_____. *A dialética da natureza* (1883). 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

_____. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra* (1845). São Paulo: Boitempo, 2008.

_____. *Anti-dühring* (1878). São Paulo: Boitempo, 2015.

_____. *Carta a Joseph Bloch* (em Königsberg) 21-22 de setembro de 1890. Disponível em: < <https://www.marxists.org/portugues/marx/1890/09/22-1.htm> >. Acesso em: Jan. 2021.

ENGELS, F. Carta de F. Engels a Conrad Schmidt, 05 de agosto de 1890. In: MARX, K.; ENGELS, F. *Cultura, arte e literatura: textos escolhidos*. São Paulo: Expressão Popular, 2010a. p. 107.

_____. Carta de F. Engels a Conrad Schmidt, 27 de outubro de 1890. In: MARX, K.; ENGELS, F. *Cultura, arte e literatura: textos escolhidos*. São Paulo: Expressão Popular, 2010b. p. 105-106.

_____. Carta de F. Engels a H. Starkenbur, 25 de janeiro de 1894. In: MARX, K.; ENGELS, F. *Cultura, arte e literatura: textos escolhidos*. São Paulo: Expressão Popular, 2010c. p. 104-105.

_____. Discurso diante do túmulo de Karl Marx (1883). In: MARX, K.; ENGELS, F. *História, natureza, trabalho e educação*. FRIGOTTO, G; CIAVATTA, M; CALDART (Org.). São Paulo: Expressão Popular, 2020. p. 33-35.

FERENCZI, S. Psicanálise e política social (1922). In: _____. *Obras completas Sándor Ferenczi*. São Paulo: Martins Fontes, 2011. v. 3. p. 167-170.

FERNANDES, M.; ALVES LIMA, R., A. Posfácio – Psicanálise para quem? In: DANTO, E. A. *As clínicas públicas de Freud: Psicanálise e Justiça Social*. São Paulo: Perspectiva, 2019. p. 389-394.

FERNÁNDEZ, M. R. *A prática da psicanálise lacaniana em centros de saúde: psicanálise e saúde pública*. 162 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

FERREIRA, A. P. Ação e reflexão no campo dos cuidados. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. *Clínica e pesquisa em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. p. 145-154.

FIDELIS, R. O. *A recepção de usuários em ambulatório de saúde mental: a importância da escuta do sujeito*. 80f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

FIGUEIREDO, A. C. Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. *Revista de Psicologia Política*, v. 19, n. 44, 2019, p. 78-87. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v19n44/v19n44a09.pdf> >. Acesso em: 03 jan. 2020.

_____. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental*, ano 1, n. 5, p. 43-55, 2005.

_____. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. 3. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

FIGUEIREDO, A. C.; JARDIM, S. R. Formação de recursos humanos, trabalho e saúde mental. In: FIGUEIREDO, A.M; CAVALCANTI, M.T. (Org.) *A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Edições IPUB, 2001. p. 59-68.

FINK, B. *O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

FLEMING, M. *Ideologias e práticas psiquiátricas*. Porto: Afrontamento, 1976. (Crítica e Sociedade, v. 5).

FOUCAULT, M. *A Microfísica do Poder* (1979). 22 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006a.

_____. *O nascimento da clínica* (1963). Forense-Universitária, 1977.

_____. O que é um autor? (1969) In: FOUCAULT, M. *Ditos e escritos III: Estética: literatura e pintura, música e cinema*. Rio de Janeiro: Forense, 2006b. p. 264-298.

_____. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão* (1975). 41 ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2013.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 60 ed. São Paulo: Paz e Terra. 2016.

FREUD, S. “Psicanálise” e “teoria da libido” (dois verbetes para um dicionário de sexologia) (1923). In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011a. v. 15. p. 273-308.

_____. O dr. Anton Von Freund (Prefácios e Textos Breves) (1920). In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011b. v. 15. p. 315-318.

_____. À guisa de introdução ao narcisismo (1914). In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago, 2004a. v. 1. p. 95-131.

_____. O Recalque (1915). In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago, 2004b, v. 1. p. 176-193.

_____. *A Interpretação dos Sonhos* (1900). Porto Alegre: L&PM Pocket, 2012. v. 2. (coleção L&PM pocket).

_____. A negativa (1925). In: *Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Fundamentos da Clínica Psicanalítica. Neurose, Psicose, Perversão. Belo Horizonte, 2017a. v. 5. p. 305-314.

_____. A questão da análise leiga. Conversas com uma pessoa imparcial (1926). In: *Fundamentos da clínica psicanalítica*, Obras Incompletas de Sigmund Freud. Belo Horizonte: Autêntica, 2017b. p. 205-313.

_____. As pulsões e seus destinos (1915). In: *Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017c. p. 12-69.

FREUD, S. Observações sobre o amor de transferencial (1915). In: *Fundamentos da clínica psicanalítica, Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017d. v. 6. p. 165-182.

_____. Recomendações ao médico para tratamento psicanalítico (1912). In: *Fundamentos da clínica psicanalítica, Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017e. v. 6. p. 193-106.

_____. Sobre a dinâmica da transferência (1912). In: *Fundamentos da clínica psicanalítica, Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017f. v. 6. p. 107-120.

_____. Sobre o início do tratamento (1913). In: *Fundamentos da clínica psicanalítica, Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017g. v. 6. p. 121-149.

_____. Sobre tipos de adoecimento (1912). In: *Neurose, Psicose, Perversão, Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017h. v. 5. p. 71-81.

_____. Caminhos da terapia psicanalítica (1919). In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010a. v. 14. p. 279-292.

_____. Novas conferências introdutórias, 35: Acerca de uma visão de mundo (1933). In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010b. p. 321-354.

_____. Novas conferências introdutórias, 34: Explicações, aplicações e orientações (1933). In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010c. p. 294-321.

_____. *O futuro de uma ilusão* (1927). Porto Alegre: L&PM, 2010d. (coleção L&PM pocket).

_____. *O mal-estar na cultura* (1930). Porto Alegre: L&PM, 2010e. (coleção L&PM pocket).

_____. Prefácio a problemas de psicologia da religião, de Theodor Reik (Prefácios e Textos Breves) (1919). In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010f. v. 14. p. 240-251.

_____. Uma dificuldade no caminho da psicanálise (1917). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 17. p. 147-153.

_____. *Psicologia das massas e análise do eu* (1921). Porto Alegre: L&PM, 2013a.

_____. Observações sobre a teoria e a prática interpretação dos sonhos (1923) In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Companhia das Letras, 2013b. v. 16. p. 300-317.

FREUD, S. Conferências introdutórias à psicanálise (1916-17). In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. v. 13. p. 13-630.

_____. Lettre de Freud à A. Zweig en date du 26.11.1930. In: Freud, E. L. (Org.) *Correspondance S. Freud - A. Zweig (1927-1939)*. Paris: Gallimard, 1973. p. 53. (Col. Connaissance de l'Inconscient).

_____. *Projeto para uma psicologia científica* (1895). Rio de Janeiro: Imago, 1995.

GIANNOTTI, J. A. *Origens da dialética do trabalho* – Estudo sobre a Lógica do Jovem Marx. Porto Alegre: LPM, 1985.

GODIN, J.-G. *Jacques Lacan*: 5, rue de Lille. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

GORENDER, J. O conceito de modo de produção e a pesquisa histórica. In: LAPA, J. R. A. (Org.). *Modos de produção e realidade brasileira*. Petrópolis, Vozes, 1980. p. 43-65.

GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. Introdução ao Estudo da Filosofia. v. 1. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1999.

_____. *Cadernos do Cárcere*. Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política. v. 3. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

_____. *Cadernos do Cárcere*. Os intelectuais. O princípio educativo. Jornalismo. 2. ed. v. 2. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2001.

_____. *Escritos Políticos*. v. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

_____. *Os intelectuais e a organização da cultura* (1949). 4 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

GRESPLAN, J. L. S. A dialética do avesso. *Crítica marxista*, São Paulo, n. 14, p. 21-44, 2002.

GUATTARI, F. *Psicanálise e transversalidade*: ensaios de análise institucional (1974). Aparecida-SP: Ideias & Letras, 2004.

_____. *Revolução molecular*: pulsações políticas do desejo. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

_____.; ROLNIK, S. *Micropolítica*: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1986.

HARNECKER, M. *Os conceitos elementares do materialismo histórico*. 2. ed. São Paulo: Global Editora, 1983.

HEGEL, F. *Fenomenologia do espírito* (1807). Petrópolis: Vozes, 2008.

HOBBSAWM, E. Introdução (1964). In: MARX, K. *Formações econômicas pré-capitalistas* (1857-58). 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006. p. 13-64.

IASI, M. Consciência e revolução no pensamento marxista. In: IASI, M. *O dilema de Hamlet: o ser e o não ser da consciência*. São Paulo: Viramundo, 2002. p. 91-138.

JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JONES, E. *Vida e obra de Sigmund Freud*. v. 3. Rio de Janeiro: Imago. 1989.

JULIEN, P. *O estranho gozo do próximo: ética e psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

_____. *Psicose, perversão, neurose*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 2002.

KONDER, L. *O que é dialética*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

KOSIK, K. *Dialética do concreto*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1998.

LACAN, J. (Carta de) Jacques Lacan a Louis Althusser (1964). In: ALTHUSSER, L. *Escritos sobre psicanálise: Freud y Lacan*. México, D.F.: Siglo XXI, 1996. p. 264-264.

LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios do seu poder (1958). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a. p. 591-652.

_____. A ciência e a verdade (1966). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b. p. 869-892.

_____. A coisa freudiana ou o Sentido do retorno a Freud em psicanálise (1955). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998c. p. 402-437.

_____. A direção do tratamento e os princípios do seu poder (1958). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998d. p. 591-652.

_____. Do sujeito enfim em questão (1966). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998e. p. 229-237.

_____. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1998f. p. 238-324.

_____. Intervenção sobre a transferência (1951). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998g. p. 214-225.

LACAN, J. O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada (1945). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998h. p. 197-213.

_____. Para-além do princípio de realidade (1936). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998i. p. 77-95.

_____. Variantes do tratamento padrão (1955). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998j. p. 325-364.

_____. O Aturdido (1972). In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003a. p. 448-497.

_____. O engano do sujeito suposto saber (1967). In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003b. p. 329-340.

_____. Televisão (1973). In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003c. p. 508-543.

_____. A psiquiatria inglesa e a guerra (1947). In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003d. p. 106-126.

_____. Pequeno discurso na ORT (1966). In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003e. p. 226-231.

_____. Prefácio à edição inglesa do Seminário 11 (1976). *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003f. p. 567-569.

_____. Primeira versão da “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola” (1978). In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003g. p. 570-590.

_____. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola (1967). In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003h. p. 248-264.

_____. Respostas a estudantes de filosofia (1966). In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003i. p. 210-223.

_____. *O Seminário, Livro 1: Os escritos técnicos de Freud (1953-54)*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009a.

_____. *O Seminário, Livro 5: As formações do inconsciente (1957-58)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. *O Seminário, Livro 7: A ética da psicanálise (1959-60)*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008a.

_____. *O Seminário, Livro 10: A angústia (1962-63)*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LACAN, J. *O Seminário, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008b.

_____. *O Seminário, Livro 13: O Objeto da Psicanálise*. (1965-66). São Paulo: Fórum do Campo Lacaniano de São Paulo, 2018a.

_____. *O Seminário, Livro 16: De um Outro ao outro* (1968-69). Rio de Janeiro: Zahar, 2008c.

_____. *O Seminário, Livro 17: O avesso da psicanálise* (1969-70). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. *O Seminário, Livro 18: De um discurso que não fosse semblante* (1971). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009b.

_____. *O Seminário, Livro 19a: ...ou pior* (1971-72). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012.

_____. *O Seminário, Livro 19b: O saber do psicanalista* (1971-1972). Publicação não comercial exclusiva para membros do Centro de Estudos Freudianos do Recife: Recife, 2001a.

_____. *O Seminário, Livro 20: Mais, ainda* (1972-73). 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008d.

_____. *O Seminário, Livro 21: os não-tolos erram/os nomes do pai* (1973-74). Porto Alegre: Editora Fi, 2018b.

_____. *O Seminário, Livro 22: R.S.I.* (tradução em português anônima e não oficial), 1974-75. Mimeografado.

_____. *O Seminário, Livro 23: O Sinthoma* (1975-76). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

_____. En guise de conclusion (Discours de clôture au Congrès de Strasbourg, le 13 octobre 1968). *Lettres de l'EFP*, Paris, n. 7, p. 157-166. 1970. Disponível em: < <https://ecole-lacanienne.net/wp-content/uploads/2016/04/Lettres-EFP-N7-Mars-1970-part3.pdf> > Acesso em: 17 fev. 2021.

_____. *Do discurso psicanalítico (conferência de Lacan em Milão em 12 de maio de 1972)* (1972). Disponível em: < <http://lacanempdf.blogspot.com/2017/07/do-discurso-psicanalitico-conferencia.html> >. Acesso em: 15 set. 2021.

_____. Entretien avec Emilia Granzotto pour le journal Panorama (1974). *La Cause du désir*, n. 88, p. 165-173, 2004. Disponível em: < <https://www.cairn.info/revue-la-cause-du-desir-2014-3-page-165.htm> >. Acesso em: 24 fev. 2021.

LACAN, J. Lituraterra (1971). *Che vuoi? Psicanálise e Cultura*, n. 1, Porto Alegre, Cooperativa Cultural Jacques Lacan, ano 1, 1986, p. 17-32.

_____. *Meu Ensino* (1967). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

_____. O Lugar da Psicanálise na Medicina (1966). *Opção Lacaniana*, n. 32, São Paulo: Eolia, p. 8-14, 2001b.

LAPASSADE, G. *El analizador y el analista* (1971). Barcelona: Gediza, 1979.

LAURENT, E. Alienação e separação I. In: FELDSTEIN, R.; FINK, B.; FOANUS, M. (Org.). *Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 31-41.

_____. Lo real y el grupo. In: CUCAGNA, A. (Org.). *Ecos y matices en psicoanalisis aplicado*. Buenos Aires: Grama, 2005. p. 15-26.

_____. O analista cidadão. *Curinga*, Belo Horizonte: EBP-MG, n. 13, p. 9-12, 1999.

LEFEBVRE, H. *Lógica formal, lógica dialética*. 5 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

LENIN, V. I. *Cadernos sobre a dialética de Hegel* (1936). Rio de Janeiro: UFRJ, 2011.

_____. *O Que fazer?* Questões candentes do nosso movimento (1902). São Paulo: Boitempo, 2020.

LEVCOVITZ, S. Grupos de Recepção Ambulatorial: uma Introdução ao Tema. *Cadernos IPUB*. A Clínica da Recepção nos Dispositivos de Saúde Mental. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, v. 6, n. 17, p. 21-29, 2000.

LISPECTOR, C. *Um Sopro de Vida - Pulsações*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1978.

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

LOURAU, R. *Análise institucional* (1970). 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

_____. O Estado e a Análise Institucional (1977). In: ALTOÉ, S. (Org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004a. p. 140-153.

_____. Objeto e método da análise institucional (1973). In: ALTOÉ, S. (Org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004b. p. 66-86.

LÖWY, M. *Ideologias e ciência social: elementos para uma análise marxista*. 20. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

LUKÁCS, G. A reprodução da sociedade como totalidade. *Revista Estudos de Sociologia*, Araraquara, v. 1, n. 1, p. 3-13, 1996. Disponível em: < <https://periodicos.fclar.unesp.br/estudos/article/view/389/764> >. Acesso em: 25 nov. 2020.

LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil* (1979). 2. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2013 (Coleção Clássicas da Saúde Coletiva).

MACHADO, O.; GROVA, T. (Org.). *Psicanálise na Favela – Projeto Digaí-Maré: a clínica dos grupos*. Rio de Janeiro: Associação Digaí-Maré, 2008.

MACHADO, Z. Diztrincar a interpretação. *Stylus – Revista de Psicanálise*, n. 27, p. 113-119, 2013. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/stylus/n27/n27a11.pdf> >. Acesso em: 04 mar. 2019.

MAGNO, M-D. *Ad Sorores Quatuor, os quatro discursos de Lacan*. Rio de Janeiro: NovaMente, 2007.

_____. *A música*. 2. ed. Rio de Janeiro: Aouta, 1982.

_____. *O porre e o porre de Quincas Berro D'Agua*. Rio de Janeiro: Aouta, 1985.

MANCINI, P. *Guariba – 30 anos da greve que mudou a vida dos 'bóias-fria' no Brasil*. Disponível em: < <https://www.ecodebate.com.br/2014/08/21/guariba-30-anos-da-greve-que-mudou-a-vida-dos-boias-fria-no-brasil-por-paulo-mancini/> >. Acesso em: 29 de jan. 2020.

MARON, G. Grupos de Recepção: Interrogando (n)os Grupos. In: *Cadernos IPUB. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 17. p. 47-58, 2000.

MARTINS, M. V. Marxismo e subjetividade: uma leitura dos “Manuscritos de 44”. In: BAPTISTA, L.A. S. (Org.). *Anuário do laboratório de subjetividade e política*. Niterói: Eduff, ano 1, v. 1, p. 11-43, 1992.

MARX, K. *A miséria da filosofia: resposta à Filosofia da Miséria, do Sr. Proudhon* (1847). Global Editora, São Paulo, 1985.

MARX, K. *Cadernos de Paris* (1844). In: _____. *Cadernos de Paris & Manuscritos Econômico-Filosóficos de 1844*. São Paulo: Expressão Popular, 2015. p. 185-233.

MARX, K. *Crítica do Programa de Gotha* (1875). São Paulo: Boitempo, 2012.

_____. *Formações econômicas pré-capitalistas* (1857-58). 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

MARX, K. *Grundrisse* (1857-58). São Paulo: Boitempo, 2011a.

_____. Manuscritos Econômico-Filosóficos de 1844 (1844). In: Anexo à dissertação de Mestrado: COSTA, M. H. M. *A diferença entre as Categorias lebensäusserung, entäusserung, entfremdung veräusserung nos Manuscritos Econômicos e Filosóficos de Karl Marx de 1944*. Dissertação (Mestrado em Filosofia). Departamento de Filosofia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 1999. p. 1- 62.

_____. Marx an Engels in Mancheste [16 de janeiro de 1858]. In: *Marx-Engels Werke*, v. 29. Berlin: Dietz Verlag, 1978. p. 259-261.

_____. Marx sobre Feuerbach (1845). In: _____.; ENGELS, F. *A Ideologia Alemã* (1845-1846). São Paulo: Boitempo, 2007. p. 537-539.

_____. *O 18 de brumário de Luís Bonaparte* (1852). São Paulo: Boitempo, 2011b.

_____. *O Capital: crítica da Economia Política, Livro 1* (1867). São Paulo: Boitempo, 2013.

_____. Prefácio. In: MARX, K. *Para a crítica da economia política* (1859). São Paulo: Abril Cultural, 1974. (Col. Os Pensadores). p. 23-27.

_____.; ENGELS, F. *Manifesto do Partido Comunista* (1848). São Paulo: Expressão Popular, 2008.

_____.; _____. *A Ideologia Alemã* (1845-1846). São Paulo: Boitempo, 2007.

MASCARO, A. L. *Crise e golpe*. São Paulo: Boitempo, 2018.

_____. *Estado e forma política*. São Paulo: Boitempo, 2013.

_____. *Filosofia do Direito*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

MELLO, T. *Faz escuro mas eu canto*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

MELMAN, C. *Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar*. São Paulo, 1992.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da Saúde. In: MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 233-300.

MILLER, J-A. Lacan e a política. *Opção Lacaniana*, n. 40, 2004, p. 7-20.

MONDONI, D.; COSTA-ROSA, A. Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, São Paulo, v. 26, n. 1. p. 39-47. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n1/a06v26n1.pdf> >. Acesso em: 28 mar. 2020.

MONTEZUMA, M. Transferência e encaminhamento na instituição de saúde mental. *Cadernos do IPUB*. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental. Rio de Janeiro, v. 6, n. 17, p. 117-123, 2000.

NETTO, J. P. Relendo a teoria marxista da história. In: SAVIANI, D.; LOMBARDI, J.C.; SANFELICE, J.L. (Org.). *História e história da educação: o debate teórico-metodológico atual*. Campinas-SP: Autores Associados; HISTEDBR, 1998. (Coleção Educação Contemporânea). p. 50-64.

NICOLESCU, B. *Manifesto da transdisciplinaridade*. São Paulo: Trion, 1999.

OLIVEIRA, C. Ler *O Capital*. In: MARX, K. *O Capital: crítica da Economia Política*, Livro 1 (1867). São Paulo: Boitempo, 2013. (Orelha da capa do livro).

OLIVEIRA, R. C. A Recepção em Grupo no Ambulatório do IPUB/UFRJ. *Cadernos IPUB*. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental. Rio de Janeiro, v. 6, n. 17, p. 30-46, 2000.

OURY, J. *O Coletivo* (1986). São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009.

_____. Quando a neutralidade é uma doença. In: SELAIBE, M.; CARVALHO, A. (Org.). *Psicanálise entrevista*. v. 1. São Paulo: Estação Liberdade, 2014. p. 77-104.

PACHUKANIS, E. B. *Teoria geral do direito e marxismo* (1924). São Paulo: Boitempo, 2017.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____.; ALMEIDA FILHO, N. *A crise na saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

_____.; _____. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, n. 32, v. 4, p. 299-316, 1998. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PDRmKQr7vRTRqRJtSgSdw7y/?lang=pt&format=pdf> >. Acesso em: 13 jan. 2020.

PASSARINHO, J. G. N. *O DSM como ideologia: uma crítica do Manual Diagnóstico e a luta paradigmática em Saúde Mental*. 231 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis-SP, 2020.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 71-79. 2000. Disponível: < em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n1/4390.pdf> >. Acesso em: 04 dez. 2018.

PATARRA, I. *O governo Luiza Erundina: cronologia de quatro anos de administração do PT na cidade de São Paulo* (1989-1992). São Paulo: Geração Editorial, 1996.

PATTO, M. H. S. *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: Quatro, 1990.

PERANI, C. A greve dos bóias-frias em São Paulo (1984). *Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades*, n. 233, p. 87-93, 2009. Disponível em: < <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/63/45> >. Acesso em: 30 abril 2020.

PÉRICO, W. *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva*. 164 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis - Universidade Estadual Paulista, Assis-SP, 2014.

_____. Psicanálise, transdisciplinaridade e Atenção Psicossocial: a necessária formação de trabalhadores de Saúde Mental de um novo tipo. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 18 (n. esp.), p. 121-140. 2019. Disponível em: < <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/download/1547/1357> >. Acesso em: 22 de jan. 2020.

_____.; COSTA-ROSA, A. Sujeito, Subjetividade e “Ciência” em Freud e Lacan: Algumas Considerações Teóricas Prévia a uma Interação-Pesquisa no campo da Saúde Mental Coletiva. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 418-432, 2014. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v14n3/06.pdf> >. Acesso em: 13 jan. 2020.

_____.; RINALDI, D. A reorientação das práticas ambulatoriais na Saúde Mental Coletiva a partir dos grupos de recepção. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, v. 22, n. 1, 2022 (no prelo).

PORGE, E. *Jacques Lacan, um psicanalista: percurso de um ensino*. Brasília: Universidade de Brasília, 2006.

PORTELLI, H. *Gramsci e o Bloco Histórico*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

POULANTZAS, N. *Poder político e classes sociais*. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

PRATTA, N. *O grupo psicoterapêutico na abordagem lacaniana: um estudo a partir da análise de uma prática*. 105f. 2010. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis-SP, 2010.

PRATTA, N.; COSTA-ROSA, A. O grupo psicoterapêutico e a interpretação na abordagem lacaniana: reflexão e redefinição de possibilidades e modos de atendimento na Saúde Coletiva. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, v. 14, n. 4, p. 672-689, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v14n4/v14n4a07.pdf> >. Acesso em: 20 jan. 2018.

QUINET, A. *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. 3. ed. Rio de Janeiro: Florense Universitária, 2008.

_____. *A estranheza da psicanálise: a Escola de Lacan e seus analistas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

_____. *As 4 + 1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

_____. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

RECALCATI, M. A função do pequeno grupo na lógica da psicanálise. In: *O lugar da psicanálise nas instituições*. I Congresso da Associação Mundial de Psicanálise (Barcelona). Relatório das Escolas da Associação Mundial de Psicanálise. École Européenne de Psychanalyse: Belo Horizonte, 1998. p. 229-281.

_____. Uma aplicação da psicanálise à clínica do grupo: o homogêneo e o aleatório. *Mental*, Barbacena, n 10, 2002.

REIS, A.; MORAES, L. A. Grupo, interpretação e transferência. In: MACHADO, O.; GROVA, T. (Org.). *Psicanálise na Favela – Projeto Digaí-Maré: a clínica dos grupos*. Rio de Janeiro: Associação Digaí-Maré, 2008. p. 91-98.

RINALDI, D. *A ética da diferença: um debate entre psicanálise e antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

_____. *Invenções contemporâneas: proximidade, ética e gozo*. Mimeografado, 2011. Disponível em: < http://dimpsy.online.fr/dimensionsdelapsychanalyse/bibliotheque/2011/Doris-Rinaldi_Invencoes_contemporaneas_proximidade_etica_e_gozo.pdf >. Acesso em: 04 mar. 2019.

_____. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: MELLO M.; ALTOÉ S. (Org.). *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. 2005. p. 87-106.

_____. Culpa e angústia: algumas notas sobre a obra de Freud. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (Org.). *Clínica e Pesquisa em Psicanálise*. Rios Ambiciosos. Rio de Janeiro, 2000. p. 85-92.

_____. Entre novos e velhos modelos: os desafios do trabalho em equipe nas instituições de saúde mental. *Boletim da Saúde*, v. 23. p. 15-23, 2010.

RINALDI, D. Joyce e Lacan: algumas notas sobre escrita e psicanálise. *Pulsional*, ano 19, n. 188, p. 74-81, 2006. Disponível em: < http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/188_06.pdf >. Acesso em: 10 de fev. 2018.

_____. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, p. 315-323, 2015. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/N7bBYxH8jvKXtssWpJG5Y9f/?lang=pt> >. Acesso em: 04 jun. 2019.

_____. O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário. In: RINALDI, D.; JORGE, M. A. C. (Org.) *Saber, verdade e gozo: Leituras de O Seminário, Livro 17 de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002. p. 53-69.

_____.; LIMA, M. C. N. Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental. *Mental*. 2006, v. 4, n. 6, p. 53-68. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v4n6/v4n6a06.pdf> >. Acesso em: 23 jan. 2018.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Psicanálise, instituição e laço social: o grupo como dispositivo. *Psicologia USP*, v. 23, n. 2, p. 343-366, 2012. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/pusp/a/sFbL783F5WGfmL9v9vjFnph/?lang=pt&format=pdf> >. Acesso em: 23 jan. 2018.

ROSA, M. D. *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2016.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-100.

_____.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

ROUANET, S. P. *Teoria crítica e psicanálise*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

ROZITCHNER, L. *Freud e o problema do poder*. São Paulo. Escuta. 1989.

_____. *Freud y los límites del individualismo burguês* (1972). Buenos Aires: Biblioteca Nacional, 2013.

RUBIN, I. I. *A teoria marxista do valor* (1929). São Paulo: Editora Polis, 1987. (Col. Teoria e História).

SAFATLE, V. *Maneira de transformar mundos: Lacan, política e emancipação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

SANTOS, B. S. *A crítica da razão indolente – Contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS, M. *Espaço e Sociedade*. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1982.

SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n1/a09v12n1.pdf> >. Acesso em: 28 mar. 2019.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. O ambulatório de saúde mental como analisador da Política de Atenção Psicossocial. In: L'ABBATE, S.; PEZZATO, L.; MOURÃO, L. C. (Org.). *Análise institucional e Saúde Coletiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 534-559.

_____.; _____. Rede e intersectorialidade na Atenção Psicossocial: contextualizando o papel do Ambulatório de Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n3/v31n3a15.pdf> >. Acesso em: 28 mar. 2018.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico para a Terapia Ocupacional: uma clínica do desejo e do carência na Saúde Coletiva*. 134f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis-SP, 2016.

_____. *O inconsciente é a política: contribuições do Dispositivo Intercessor para o saber-fazer da Terapia Ocupacional Psicossocial*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Assis, 2021

_____.; COSTA-ROSA, A. Contribuições do materialismo histórico para a terapia ocupacional: uma análise dialética do fazer e da genericidade humana. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - Revisbrato*, v. 1, p. 704-720, 2017. Disponível em: < <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/viewFile/9655/pdf> >. Acesso em: 16 out. 2018.

_____.; PÉRICO, W. O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade: análise do discurso, ética e práticas. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 13, n. 1, p. 33-51, 2014. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v13n1/a04.pdf> >. Acesso em: 16 out. 2018.

SILVEIRA, P A; DORAY, B. *Elementos para uma teoria marxista da subjetividade*. São Paulo: Vértice, 1989.

SILVEIRA, P. Da alienação ao fetichismo – formas de subjetivação e de objetivação. In: SILVEIRA, P.; DORAY, B. (Org.). *Elementos para uma teoria marxista da subjetividade*. São Paulo, Editora Vértice, 1989. p. 41-76.

SKRIABINE, P. A revolução lacaniana: a estrutura topológica da experiência. *@gente Digital nova série*. Revista da Escola Brasileira de Psicanálise-Bahia, n. 8, ano 2, p. 10-17, 2013. Disponível em: <

http://www.institutopsicanalisebahia.com.br/agente/download/agente008_seminario002.pdf >.

Acesso em: 28 de jan. 2019.

SOLER, C. Dos fins... do amor. In: _____. *A psicanálise na civilização*. Rio de Janeiro: ContraCapa, 1998a. p. 363-369.

_____. O psicanalista e sua instituição. In: _____. *A psicanálise na civilização*. Rio de Janeiro: ContraCapa, 1998b. p. 291-306.

_____. *O que faz laço?* São Paulo: Escuta, 2016.

_____. *O que Lacan dizia das mulheres*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

SOUZA, A. *Os discursos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2008.

STAROBINSKI, J. É possível definir o ensaio? *Revista Remate de Males*, v. 31, n. 1-2 p. 13-24. 2011. Disponível em: <

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/remate/article/view/8636219/3928> >. Acesso

em: 28 de jan. 2019

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Marca D'água, 2001.

_____. A Reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf> >. Acesso em: 14 jan. 2018.

_____. Desmedicalizar e subjetivar: A especificidade da clínica da recepção. *Cadernos IPUB*. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 6, n. 17. p. 79-91, 2000.

VALAS, P. *As dimensões do gozo: do mito da pulsão à deriva do gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

VANIER, A. *Lacan*. São Paulo: Estação Liberdade, 2005.

VIGANÒ, C. Da instituição ao discurso. *Mental – Revista de saúde mental e subjetividade da UNIPAC*, v. 4, n. 6, p. 33-40, 2006. Disponível em: <

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272006000100004&script=sci_arttext >.

Acesso em: 11 maio 2020.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, 2008. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf> >. Acesso em: 11 maio 2019.

ZIZEK, S. *Eles não sabem o que fazem*. O sublime objeto da ideologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. Como Marx inventou o sintoma? In: _____. (Org.). *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. p. 297-331.

APÊNDICE - Os quatro discursos de Lacan e os processos de subjetivação

Tudo o que pode proceder de novo e que chamamos de revolucionário [...] só pode consistir num deslocamento de discurso (LACAN, 1971/2009b, p. 25).

A teoria dos discursos como laços sociais elaborada por Lacan parte da superação dialética de *algumas* importantes teses de Marx e Freud, ao passo que lhes rende um grande elogio¹. Os discursos são modos de aparelhamento do gozo com os significantes. Quando nos relacionamos com os outros, fazemos investimentos libidinais, melhor dizendo, aparelhamos o gozo no campo social: “esse tipo de estrutura que designo com o termo discurso, ou seja, isto por meio do qual, pelo efeito puro e simples da linguagem, precipita-se um laço social” (LACAN, 1971/72/2012, p. 146). Tal como os modos de produção teorizados por Marx, os quatro discursos de Lacan habitam simultaneamente uma determinada formação social (MAGNO, 2007). Quer dizer, mesmo que possamos situar um discurso como dominante, determinando o teor geral dos processos de subjetivação de um dado tempo histórico, esta dominância nunca se realiza por completo, dada a necessária resistência e possíveis revoluções operadas por outros discursos/modos de produção que lhes são avessos. É o que Foucault (1979/2006a) constatou ao notar que onde há poder disciplinar há necessariamente contrapoder. Não por acaso, *O avesso da psicanálise* foi o título do décimo sétimo Seminário de Lacan, espaço no qual deu um maior acabamento às hipóteses esboçadas no ano anterior, ao servir-se de Marx. De saída, no que tange à sustentação de uma ética da singularidade, cabe notar a necessidade da rotatividade entre os discursos.

Os lugares do discurso

Quadrípodes é o nome que Lacan (1969-70/1992, p. 18) deu a esse “aparelho de quatro patas” que chamou de discurso, composto por *quatro lugares* fixos que são ocupáveis por *quatro elementos* rotativos. Em sua estrutura (Figura 11, abaixo), o discurso é composto pelo: lugar da Verdade, que é sempre velada e que sustenta o discurso; o lugar do agente, também chamado de a dominante, já que aquilo que ocupa esse lugar é o que especifica o estilo e os efeitos do discurso como modo de produção; o lugar do trabalho, lugar daquele ou daquilo que,

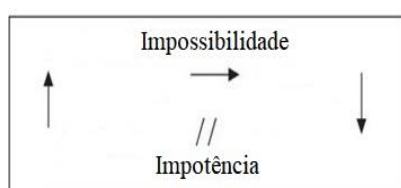
¹ Sublinhamos o “algumas” para discordar de alguns psicanalistas – como Jean-Guy Godin (1991) – que veem na teoria dos discursos de Lacan um suposto sepultamento do conceito marxista de ideologia.

respondendo ao agenciamento, produz algo; e o lugar do produto, que é esse algo produzido. O fato de a sequência dos termos ser fixa é a condição para que haja laço social. Silvia Amigo (2001) usa a metáfora do violão, dizendo que a mudança da sequência das cordas impossibilita a harmonia musical do instrumento. Como veremos, será exatamente a modificação da sequência dos elementos que o discurso do capitalista opera, pois é um discurso que retira os sujeitos do laço social, porque o Capital “não é uma coisa, mas uma relação social entre pessoas, intermediada por coisas” (MARX, 1867/2013, p. 836).

O circuito do discurso

O circuito dos discursos (Figura 10) é delimitado pelo caminho das flechas que se inicia com a que sai do lugar da Verdade e se dirige ao lugar do agente ($\uparrow$). Em seguida, temos a flecha do agenciamento – onde Lacan situa a impossibilidade, marcando a não-totalidade do agenciamento – que vai do lugar do agente para o lugar do trabalho ($\rightarrow$), seguida daquela que sai desse lugar e segue para o lugar da produção ($\downarrow$). Por fim, temos as barras paralelas, onde situamos a impotência de todo laço social ou modo de produção de atingir completamente suas finalidades. Isso quer dizer que toda produção inicialmente almejada só pode alcançar resultados parciais, parcialidade que é um dado de estrutura: efeito da perda de gozo operada com a entrada do sujeito humano na linguagem/coletividade.

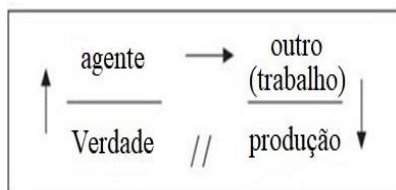
Figura 10: Composição do circuito no discurso



Fonte: O Autor, 2021.

De tal forma, articulando os lugares e o circuito do discurso, chegamos à estrutura discursiva como laço social, onde lemos que um *agente*, movido por uma *Verdade*, agencia *alguém ou algo* no lugar do trabalho para dele extrair uma *produção* (Figura 11).

Figura 11 - Composição dos quatro lugares do discurso como modo de produção



Fonte: O Autor, 2021.

Os elementos do discurso

Apresentados os lugares e o circuito, resta discorrermos sobre os elementos do discurso, que são: o significante-mestre (S_1), o saber (S_2), o sujeito ($\$$) e o objeto causa do desejo ou mais-gozar (a). Inicialmente, é necessário explicitar o surgimento de cada um desses elementos considerando tanto o processo de constituição estrutural do sujeito – o complexo de Édipo como metáfora paterna ou alienação e separação do desejo do Outro – quanto o desejo em exercício de um sujeito já constituído, isto é, em sua sintomática da vida cotidiana com menores ou maiores impasses. Em outras palavras, respectivamente, levando em consideração o que podemos chamar de *processos de subjetivação primários* e os *processos de subjetivação secundários*². Vejamos em traços sucintos e inevitavelmente esquemáticos esses dois processos³.

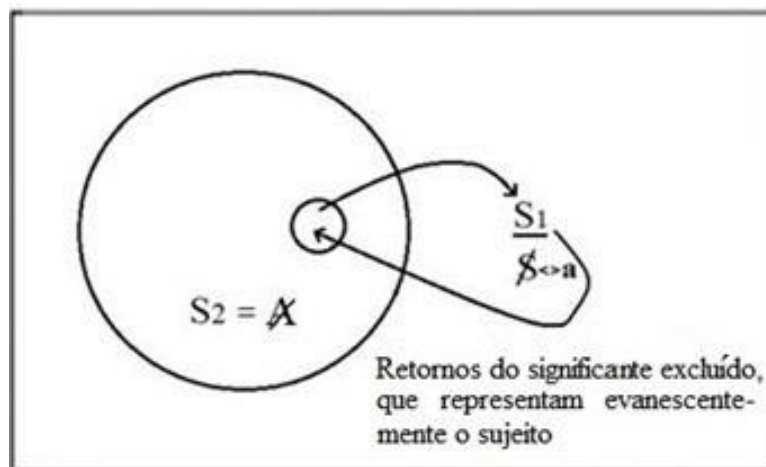
Nos processos da subjetivação primária, temos um primeiro tempo em que um *infans*, sob os cuidados de um ser humano, vai recebendo uma proto-representação (S_1) com a qual passa a se identificar de forma totalizante. É nesse inicial banho de gozo e linguagem que se constitui uma primeira versão do S_1 , como representação da completude narcísica, advento do significante fálico (DOR, 1989). É o tempo de constituição do *eu* (imaginário) do futuro sujeito, no qual necessariamente se aliena, configurando-se como um objeto supostamente capaz de satisfazer/completar o Outro (A). Sendo menos esquemático, é necessário lembrar que isso já se apresenta como uma transição para um segundo tempo de subjetivação. Esse é correspondente à ação de uma instância simbólica terceira: aquela que ocorre por meio da

² “[...] o que podemos chamar de funções primária e secundária da historicização. Pois, afirmar da psicanálise e da história que, como ciências, elas são ciências do particular não quer dizer que os fatos com que elas lidam sejam puramente acidentais, senão factícios, e que seu valor último se reduza ao aspecto bruto do trauma. Os acontecimentos se engendram numa historicização primária, ou seja, a história já se faz no palco em que será encenada depois de escrita, no foro íntimo e no foro externo” (LACAN, 1953/1998, p. 262).

³ Para superar a nossa explicação sintética, conferir o capítulo 4 do livro de Antonio G. Cabas (2005).

“intercessão do significante da falta no Outro” (DOR, 2011, p. 57), significante que Lacan batizou de Nome-do-Pai (S_2). Observemos nisso o processo de separação estrutural do Outro, quando esse significante (S_2), que passará a expressar um conjunto infinito de possibilidades para o diferir desejante do sujeito, vem metaforizar (dialetizar) aquela primeira representação (S_1) e o gozo totalizante que ela aludia. A isso Freud (1915/2004b) chamou de recalçamento originário (*Uverdrangung*). Como estabelece Souza (2008, p. 57), a partir desse ponto o sujeito passa a encontrar nos objetos que causam o desejo (*a*) as pequenas porções de prazer, “aperitivos de gozo”, daquilo que perdeu nessa separação estrutural do Outro. Disso derivou a definição lacaniana do desejo como metonímia, dada a sua capacidade de condensar simbolicamente em objetos sempre diferentes e cambiantes *partes* do gozo que “era” *todo*. A Metáfora Paterna, sendo a forma como Lacan (1957-58/1999) reinterpreto o Édipo freudiano, consiste em uma substituição de significantes: o significante Nome-do-Pai (S_2) vem recalcar/metaforizar o significante do “Desejo” da Mãe (S_1), quer dizer, aquele primeiro significante que aludia à completude: “a função do pai no complexo de Édipo é ser um significante que substitui o primeiro significante introduzido na simbolização, o significante materno [...], o pai vem no lugar da mãe” (Ibidem, p. 180). A partir dessa operação fundamental, descompletado, o sujeito estrutura-se como falta-a-ser; portanto, como desejante, ao passo que o Outro também é descompletado, barrado ($\bar{A}$). “Esse Outro deve ser barrado, barrado por isso que qualifiquei há pouco de um-a-menos” (LACAN, 1972-73/2008, p. 139). Após esse segundo tempo da subjetivação primária, o S_1 ganha nova consistência e, como significante excluído da cadeia de significantes (S_2 ou $\bar{A}$), passa a ser aquele que representará o sujeito ($\$$) em momentos pontuais e evanescentes nos processos de subjetivação da vida cotidiana (Figura 12), como veremos abaixo.

Figura 12 - Representação do Registro do Simbólico como o conjunto incompleto de significantes



Fonte: O Autor, 2021.

Lacan (1969-70/1992) afirma que S_1 e S_2 formam a “relação fundamental [...] de um significante com um outro significante. Donde resulta a emergência disso que chamamos sujeito” (p. 11). O sujeito, como efeito de simbolização do real, é o que pisca evanescentemente no intervalo entre os significantes. Em outras palavras, os efeitos-sujeito são causados pelo movimento da cadeia de significantes que, quando se encontra em estase, uma análise pode potencializar (PÉRICO; COSTA-ROSA, 2014). Nos processos de subjetivação secundários, o sujeito do inconsciente (\$) é representado provisoriamente por um significante (S_1) – ato falho, sonho, chiste, sintoma ou mesmo uma produção criativa-científica/artística⁴ – para outros significantes (S_2). No caso de uma análise, para outros significantes trazidos pela associação livre que um analista sustenta e potencializa com sua escuta.

Suponhamos um sujeito em análise. Em uma dada sessão ele emite uma das formações do inconsciente (S_1). Na associação livre ao longo de várias sessões, esse S_1 pode levar o analisante a desrecalcar outro significante ($S_1 \rightarrow S_2$), e outro $S_1(S_1 \rightarrow S_2)$, e outro $S_1(S_1(S_1 \rightarrow S_2))$, e mais outro $S_1(S_1(S_1(S_1 \rightarrow S_2)))$. Porventura, esse quarto significante desrecalcado, na somatória com os significantes anteriores, pode funcionar como um aglutinador capaz de proporcionar uma bifurcação de sentido e provocar um salto qualitativo a partir dessa variação quantitativa de novos significantes⁵. “Esse um, o enxame, significante-mestre, é o que garante

⁴ Disse o grande poeta: “Eu escrevo sempre quando eu posso, quando eu tenho papel na mão. Às vezes eu estou num ônibus e vem uma ideia e não tenho papel, aquilo voa e não volta mais”. CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE – TESTEMUNHO DA EXPERIÊNCIA HUMANA. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=O04QSmoo0hw> >. Acesso em 24 fev. 2021).

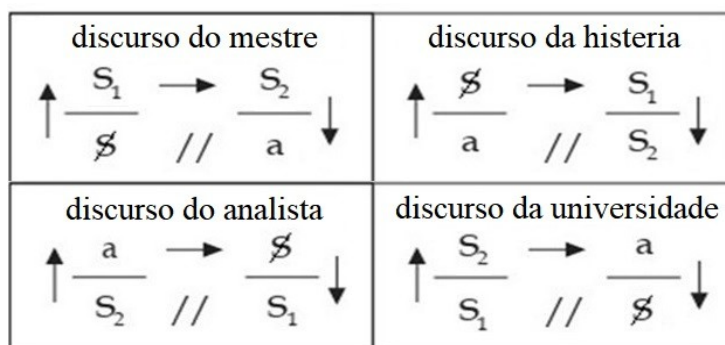
⁵ Estamos aqui na companhia de uma das Leis da Dialética: a lei da passagem da quantidade à qualidade, e vice-versa (KONDER, 1986). Por isso, Lacan tantas vezes disse que a psicanálise é uma experiência dialética. Uma práxis ética e metodologicamente homóloga ao materialismo histórico (ALTHUSSER, 1964/1984).

a unidade, a unidade de copulação do sujeito com o saber” (LACAN, 1972-73/2008, p. 196). Por meio dessas associações *sob transferência*, o analisante pode acessar e elaborar uma dimensão de saber que estava recalcada: “O significante mestre é esse encontro do saber inconsciente novo [...] capaz de produzir seu *clinâmen*, seu inclinar-se em outra direção, o divergir de sentido, recolocando o sintoma ou outras formas do sofrimento psíquico em novo estatuto para o sujeito” (COSTA-ROSA, 2013, p. 249). Assim sendo, observamos, no *a posteriori* (*Nachträglich*) desse percurso, que esse acesso operou uma parte da extração (dialeitização) do gozo, representado pela queda do objeto (*a*). É “esse objeto que o sujeito perde constantemente [...]. A barra que atravessa o $\$$ do sujeito é o traço do tiro; o *a*, ao cair, nos rasga, nos cinde” (MAGNO, 2007, p. 71). Cada vez que o efeito-sujeito advém, no contexto de análise ou não, a salutar operação de distanciamento do objeto se refaz.

É por meio de um processo de sucessivos deslocamentos significantes que opera o efeito de diminuição do gozo que invadia o aparelho psíquico, gozo que, então, passa a ser condensado, parcializado, deslocado no objeto. Dizer que o objeto passa a causar o desejo do sujeito, é dizer que a relação entre o sujeito e o objeto passa a ser dialetizada ou mediada simbolicamente. Quando isso acontece, quando esse distanciamento entre o sujeito e o objeto que causa o desejo se efetiva a cada vez, temos reassegurada a falta-a-ser e, por isso, *o movimento do desejo* do sujeito. Um desejo pulsante, singularizado, é como um relógio de pulso automático que dispensa baterias, mas precisa do movimento que o seu uso constante proporciona. A única bateria da qual o desejo singularizado se serve é a dos significantes em movimento. Para a psicanálise o desejo é definido como a capacidade de um sujeito produzir constantemente a diferença mais radical, produção necessária para superar seus conflitos cotidianos. Disso decorre a função do desejo como remédio para a angústia (LACAN, 1959-60/2008, p. 357). Em vista disso, como afirma Porge (2006), os elementos dos discursos “são aqueles dados pela definição estrutural do sujeito, representado por um significante para outro significante, com seu resto metonímico, não-todo a dizer, o objeto *a*” (p. 328).

Antes de discorrer melhor sobre os elementos que transitam pelos lugares da estrutura discursiva, apresentemos os matemas dos quatro discursos radicais (Figura 13).

Figura 13 - Os matemas dos quatro discursos



Fonte: O Autor, 2021.

Ancorados nesse ligeiro sobrevoo sobre os processos de subjetivação, podemos agora sintetizar a definição dos quatro elementos da estrutura, bem como explicitar algumas características dos quatro discursos. É preciso dizer que cada elemento do discurso adquirirá conotações diferentes a depender do lugar que esteja ocupando na estrutura.

O sujeito ($\S$), como efeito de linguagem, é representado por um significante (S_1) para outros significantes (S_2). Ele é tanto um efeito evanescente entre os significantes quanto a própria divisão do sujeito falta-a-ser (homólogo ao sujeito do carecimento, para Marx) que não se fixa em representações imaginárias por carregar em si a incompletude e a permanente transformação. Contudo, quando estiver no lugar da Verdade do discurso do mestre, o $\S$ representa a castração/divisão que o eu-mestre recalca para que, posando de semblante de poder, possa emitir uma ordem a um outro detentor de um saber-fazer consciente (S_2) no lugar do trabalho. Quando no lugar do agente do discurso da histeria ele será o sujeito dividido que vem à boca da cena para demandar do mestre, ou para criticá-lo, colocando-o contra a parede no lugar do trabalho. Quando no lugar do trabalho do discurso do analista, o $\S$ representa o sujeito desrecalcando (decifração) ou produzindo (cifração) os significantes-mestres (S_1) necessários para equacionar seus impasses e sua angústia. E quando ele estiver no lugar da produção do discurso da universidade, aparecerá como sujeito angustiado/revoltado por ter sido objetalizado pelo saber-poder disciplinar. Isso evidencia que no discurso do mestre e no discurso da universidade o sujeito está suprimido. É por isso que Lacan (1969-70/1992, p. 66) os chamam de “discursos da dominação”, pois nos matemas desses discursos o sujeito é colocado abaixo

das barras⁶. Será apenas no discurso da histeria e no discurso do analista que o sujeito aparecerá evidenciado em cima das barras.

O significante-mestre (S_1) representa o mestre em três dos quatro discursos. Quando no lugar da Verdade do discurso da universidade ele representa o mestre-autor de um *saber disciplinar* (S_2 , no lugar do agente). Quando no lugar do agente do discurso do mestre o S_1 será o representante de um mestre encarnado que, recalcando a sua divisão no lugar da Verdade ($\$$), apresenta-se com um *poder disciplinar* frente ao outro. Situados nesse discurso, no qual o S_1 é o eu do mestre, acreditamos que somos mestre em nossa própria casa e estamos no avesso da psicanálise, na dimensão do recalque do desejo e do carecimento. E quando no lugar do trabalho no discurso da histeria o S_1 será o mestre que é alvo da demanda e/ou da crítica do sujeito histericizado posicionado no lugar do agente; a propósito, é o sujeito no discurso da histeria que denuncia que a impotência é a verdade escamoteada pelo mestre. Por fim, o discurso do analista é o único discurso no qual o significante-mestre não será encarnado em alguém. Assim sendo, “o discurso psicanalítico implica, a saber, um pequenininho melhor uso do significante como Um” (LACAN, 1972, p. 49). Nesse discurso o S_1 aparecerá no lugar do produto como saber singularizado, transdisciplinar, que interessa ao sujeito produzir. O S_1 em articulação necessária com S_2 é um saber em movimento, um enxame de significantes capazes de produzir cortes radicais na produção de sentido do sujeito. Dizemos que a psicanálise é uma práxis ou uma experiência dialética: tratamento do real da angústia pelas ferramentas do simbólico. Isso porque, na via oposta ao capitalismo, a psicanálise é uma modalidade daquilo que Marx (1857-58/2006) chama de trabalho no modo arte⁷, exercício de uma práxis em que o sujeito que trabalha se apropria do que produz, incluindo a produção de um saber como valor de uso, saber intercessor.

O terceiro termo do discurso é o saber (S_2). No discurso do mestre e no discurso do analista o saber possui conotações avessas. No lugar do trabalho do discurso do mestre, ele é de estatuto consciente e tautológico, saber já sabido, disciplinar, e no lugar da verdade do discurso do analista, em relação com o significante-mestre – $S_1(S_1(S_1(S_1 \rightarrow S_2)))$ – é o saber inconsciente referente ao desejo/diferir, o saber sempre novo e em movimento. Quando o saber estiver no lugar do agente do discurso da universidade, ele será de estatuto disciplinar,

⁶ Clavreul (1983) afirmou que os discursos da dominação constituem a base do que ele definiu como *discurso médico*. Como apontamos ao longo desta tese, a revolução paradigmática no campo da Saúde Mental corresponde a revoluções de discursos, quer dizer, nos modos de produção de saúde e subjetividade.

⁷ Faço ressoar a tese de Althusser (1976-1984/1996a) de que o materialismo histórico demanda a psicanálise. No mesmo sentido, Costa-Rosa (2019d) afirma que os parâmetros do Paradigma Psicossocial exigem uma clínica fundada na psicanálise.

universalizante, que esmaga a singularidade. E quando no lugar do produto no discurso da histeria será o saber novo a ser produzido pelo significante-mestre incorporado em alguém (histerização) ou não incorporado em alguém, consistindo nos significantes-mestre do próprio sujeito em análise (histeristorização). Em outros termos, o saber nos discursos do mestre e da universidade tendem ao fechamento e à inflação do sentido imaginário (predomínio do signo) e nos discursos da histeria e do analista tende à abertura do sentido simbólico (prevalência do significante).

Por fim, o objeto a. No discurso do mestre ele está no lugar da produção representando aquilo que o sujeito produziu e que será expropriado em favor do mestre. Quando o objeto a estiver no lugar da Verdade do discurso da histeria, representará o sintoma ou a angústia que move o sujeito dividido em busca do saber. Quando ele comparece no lugar do agente do discurso do analista representa o objeto causa do desejo que põe o sujeito no lugar do trabalho. E quando ele está no lugar do trabalho do discurso da universidade representa a objetualização que o saber disciplinar opera sobre o sujeito.

Retomando. O significante-mestre (S_1) é a primeira representação introduzida que, após a estruturação do sujeito ($\$$), irá representá-lo de forma evanescente para outros significantes (S_2), processo por meio do qual o gozo, assim mediado pelo simbólico, parcializa-se no objeto (a) ao mesmo tempo em que, distanciado, reativa a causa do desejo. Isso define um sujeito analisante operando no lugar do trabalho no discurso do analista, ou qualquer sujeito criativo/singularizado em sua vida cotidiana. Nesse caso, o S_1 aparece em sua dimensão de equivocidade e em movimento junto ao S_2 . No entanto, o S_1 pode apresentar-se em sua dimensão de comando, alienando o sujeito, alienação que Freud (1916-17/2014) refere como fixações ou viscosidade da libido. Esse é o caso do indivíduo neurótico, que se encontra à mercê dos significantes-mestres do desejo do Outro aos quais se fixou/alienou de forma que, como afirma Quinet (2008), “de uma análise se espera que o sujeito conheça os significantes primordiais que o determinam em sua história e em sua vida a partir da decifração do inconsciente, para que possa deles se desalienar” (p. 45). Vemos que o sujeito do desejo/diferir em exercício nos dá o lado direito da estrutura do discurso do analista ($\frac{\$}{S_1}$), quando o sujeito produz sempre novos significantes para dar as respostas (cri)ativas necessárias ao equacionamento dos também possíveis novos impasses que o real pulsional, necessariamente vinculado à realidade social compartilhada, constantemente lhe confronta⁸. Ao passo que a

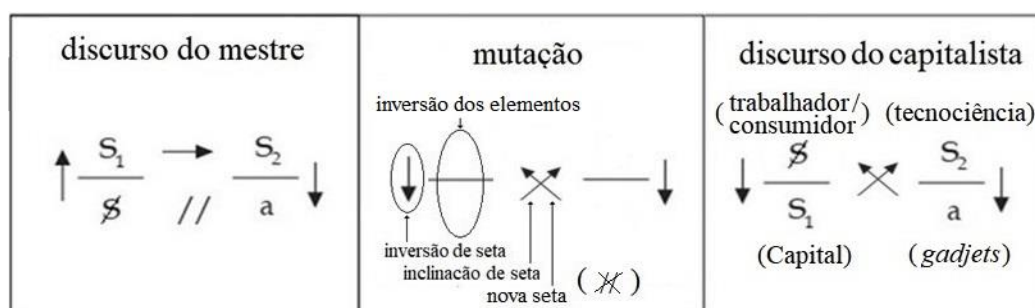
⁸ “Os senhores sabem que nossa vida psíquica é movida por incessantes conflitos, que cabe a nós resolver” (FREUD, 1916-17/2014, p. 462).

fixação/alienação do sujeito em representações pretensamente unívocas, que estancam a produção de novos sentidos para sua existência-sofrimento e fecham a sua hiância desejante, dá-nos o lado esquerdo da estrutura do discurso do mestre ($\frac{S_1}{\$}$). Disso inferimos que a posição de mestria é avessa à posição analítica/intercessora. Outra forma de oposição pelo avesso se dará entre o discurso da universidade, onde o saber estabelecido nega o saber do sujeito ($S_1 \rightarrow S_2$) e o discurso da histeria, no qual o sujeito questiona o saber-poder disciplinar universitário ($\$ \rightarrow S_2$). Disso inferimos que a posição universitária é avessa à posição histericizada como crítica ao monopólio do saber-poder.

O discurso do capitalista e a saída do laço social

No Seminário 17, Lacan afirmou que o discurso da universidade seria o discurso do mestre moderno. No entanto, em uma conferência na Itália (LACAN, 1972) proferida dois anos depois, retificou essa afirmação e propôs um matema específico para um quinto discurso: o discurso do capitalista como uma mutação do discurso do mestre. Partindo de Marx, considerou que as transformações históricas na formação social levaram a uma “mutação capital [...] que confere ao discurso do mestre seu estilo capitalista” (LACAN, 1969-70/1992, p. 178). Para caracterizá-lo, Lacan modificou a direção de algumas das setas, pois os elementos do lado esquerdo do matema do discurso do mestre se inverteram e essa torção que fez com que os conceitos de impossível e de impotência fossem abolidos (Figura 14).

Figura 14 - Os matemas do discurso do mestre e do discurso do capitalista



Fonte: O Autor, 2021.

O discurso do capitalista é uma mutação histórica do discurso do mestre, na medida em que nele os elementos da primeira equação do discurso do mestre ($\frac{S_1}{\$}$) se invertem ($\frac{\$}{S_1}$), ao passo que os da segunda permanecem ($\frac{S_2}{a}$). A consequência disso é que o laço social que se

estabelecia “entre dois” – notado pela flecha horizontal entre os lugares do agente e do outro ($\rightarrow$) nos quatro discursos – é abolido. No lugar do laço social resta a relação de um sujeito reificado e *fissurado* por objetos de gozo ($\$ \sim a$), com o detalhe de que nesse caso o objeto, cuja sombra tende a recair cada vez mais *sobre* o sujeito, aparece mais em sua face real, por causa do processo de paulatina anulação da potência imaginário-simbólica da fantasia fundamental que tem a função mediar a relação do sujeito com o objeto.

No discurso do capitalista encontramos $\$$ trabalhador/consumidor no lugar do agente, do qual se extrai a mais-valia (S_1) que o capitalista, após abocanhar uma parte, reinveste um tanto no processo de produção e, entre outras coisas, financia a tecnociência (S_2) para que – com o auxílio dos discursos do mestre e da universidade – sejam produzidos mais e mais mercadorias (a), principalmente os *fast-foods*, os *gadgets*, os *smart-products* e os *cyber-products*. Notemos que apesar de o sujeito estar no lugar do agente, ele “age” mediante o efeito da massiva oferta dessas mercadorias. No capitalismo, “a produção não produz, pois, unicamente o objeto do consumo, mas também o modo de consumo [...]. Logo, a produção cria o consumidor” (MARX, 1859/1974, p. 9). Nesse discurso, tudo aquilo com que o trabalhador/consumidor se relaciona, incluindo outros sujeitos, tende a ser reduzido a um objeto-mercadoria. A tendência à saída do laço social tem a ver com o fato de que nesse modo de produção os trabalhadores, principalmente os proletários, tornaram-se mercadorias compradas e vendidas no mercado: “no valor de troca, a conexão social entre as pessoas é transformada em um comportamento social das coisas; o poder pessoal, em poder coisificado” (MARX, 1857-58/2011a, p. 105). Dentre as modalidades de discursos é o mais avesso à psicanálise, já que é caracterizado pela forclusão (rejeição) da Castração Simbólica, incitando relações tendencialmente não mediadas entre sujeito e objeto, tanto no trabalho quanto no consumo.

Quinet (2006, p. 39) coloca o “consumidor” no lugar do agente do discurso do capitalista. Porém, temos que situar aí também o trabalhador (Figura 14, acima), entendendo que, fundamentalmente, é dos trabalhadores que a mais-valia é expropriada. Na atual fase do capitalismo, pós-fordista e neoliberal, os limites da exploração da força de trabalho são progressivamente ultrapassados, na medida da crescente abolição das garantias trabalhistas mínimas. Em face disso, o esgarçamento/adoecimento cada vez mais atroz dos corpos e das subjetividades dos trabalhadores e dos consumidores em geral pode ser entendido como uma diminuição progressiva da mediação entre sujeito e objeto, o que se expressa como o estabelecimento da ética sadiana: “Tenho o direito de dispor de teu corpo” (JULIEN, 1996, p.

63). O Capital, disse Marx (1867/2013, p. 307), é um vampiro insaciável que suga a força dos corpos. Ele consome os corpos dos trabalhadores, o corpo social e o corpo do planeta.

Por fim, diante dessa barbárie é necessário fazer um corpo a corpo, contra-atacar:

Colocando o corpo do capitalismo sobre a lápide fria da realidade, Marx procede como um anatomista; abre o interior do sistema para uma sistemática exploração e depara-se com a simultânea maravilha do corpo e de sua miséria, no sentido de sua intrínseca e fatal deterioração – o horror, na célebre frase de Marlon Brando em *Apocalypse Now* (OLIVEIRA, 2013, orelha de capa do “O Capital”).

ANEXO - Projeto Clínico-Institucional do Ambulatório Ampliado de Saúde Mental - Prefeitura Municipal de X¹

Projeto em construção a partir da prática, de autoria dos trabalhadores da equipe de Saúde Mental do Municipal. Ano de 2016.

1. Introdução e justificativa

Considerando o constante aumento da demanda de tratamento que chega às instituições públicas de Saúde, bem como a eficácia de experiências relatadas em uma já vasta bibliografia², temos a intenção de implantar uma reorganização dos dispositivos de recepção (comumente referida como “triagem”) e tratamento em nível Ambulatorial. Para tal, será necessário rever o modo de funcionamento institucional, a estrutura e o fluxo da recepção, dos encaminhamentos e dos tratamentos das demandas que chegam ao Estabelecimento. Trata-se de uma proposta de mudanças radicais: do modo Médico-Psicológico Tradicional, ao modo emergente que vem sendo denominado de Psicossocial, derivado e em total sintonia com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. O primeiro possui caráter privatista e liberal, enquanto o segundo se propõe coletivo e comunitário. Em relação à clínica da recepção, no modo tradicional encontramos a prática clínica individual, enquanto, no modo de tratamento

¹ [O nome do município foi omitido por motivos de sigilo].

² Entre outros trabalhos:

COSTA-ROSA, A. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica*: contribuição a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; MENDES, M. C. S.; FLOREZI, P. Uma experiência de pronto atendimento em Saúde Mental Coletiva. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 21, n. 02, p. 101-115, 2004. Disponível em PDF < <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v21n2/a08v21n2.pdf> >.

FIGUEIREDO, A. C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos*: a clínica psicanalítica no ambulatório público. 3. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

MENDES, M. C. S. *Repercussões da “Recepção-Escuta” no atendimento à porta dos serviços de Saúde Mental Coletiva e em seus projetos terapêuticos*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. 2004.

MONTEZUMA, M. A. Transferência e encaminhamento na instituição de saúde mental. *Cadernos IPUB*. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 06, n. 17, p. 116-123, 2000.

OLIVEIRA, R. C. A Recepção em Grupo no Ambulatório do IPUB/UFRJ. *Cadernos IPUB*. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 06, n. 17, p. 30-46, 2000.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. *Recomendações sobre o atendimento em saúde mental na rede básica*. Secretaria de Saúde. Subsecretaria de Ações e Serviços em Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Rio de Janeiro, 2005.

TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: A especificidade da clínica da recepção. *Cadernos IPUB*. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 06, n. 17, p. 79-91, 2000.

emergente, damos ênfase – considerando, obviamente, as exceções – às práticas coletivas de escutas iniciais e de tratamentos propriamente ditos.

Mesmo já sabendo dos desafios para consolidar essa reorganização, esses dispositivos, na modalidade de tratamento em grupo, tornam-se tanto necessários quanto potentes. Os Grupos de Recepção têm, entre outras, três funções/vantagens em relação ao modo de recepção-triagem individual: 1) já se mostram fortes em termos de soluções iniciais dos problemas trazidos pelos “sujeitos do sofrimento”, em vista das trocas experimentadas nas sessões; e, na medida em que isso é experimentado, 2) facilita a adesão ao tratamento nos Grupos Psicoterapêuticos quando, após algumas sessões nos Grupos de Recepção, são encaminhados. Isso acontece devido a uma mudança necessária em relação ao modo de tratamento Médico-Psicológico Tradicional, que diz respeito à forma de conceber os processos clínicos: no modo de tratamento emergente não há a separação entre “diagnóstico” e “tratamento”. Diferentemente da forma como concebe o modo tradicional de tratamento, onde primeiro “se diagnostica” e depois “se faz o tratamento”, constatamos que *receber/acolher já é tratar*; 3) Devido à concepção de que o melhor momento para iniciar um tratamento psíquico é o momento em que o sofrimento eclode – com isso também evitando agravos e riscos maiores –, a terceira vantagem da recepção em grupo diz respeito à extinção ou, no mínimo, à redução das listas de espera por atendimento.

Reafirmando as vantagens dessa proposta de reordenamento da porta de entrada do Serviço e dos dispositivos de tratamento, destacamos que: otimiza o tempo, “humaniza” o atendimento e previne que as problemáticas se agravem, pois o sujeito é acolhido no momento em que procura o atendimento – ou pelo menos pouco tempo depois –, já iniciando o seu simultâneo processo de diagnóstico e tratamento. Por fim, esse projeto tem por objetivo elencar algumas diretrizes para nortear a nossa prática, mas, devido à complexidade dos casos que sempre nos chegam, medidas não previstas aqui deverão ser implementadas no dia a dia de trabalho, rediscutidas em reuniões de equipe e, após consenso, incluídas nesse projeto escrito.

2. Estrutura e o fluxo da recepção, dos encaminhamentos e dos tratamentos

2.1 Da oferta

O modo com que é feita a oferta, realizada primeiramente pelos trabalhadores do administrativo da recepção, bem como por outros trabalhadores de outras instituições que nos encaminham pacientes, é de importância fundamental. A princípio, os grupos de recepção devem ser a primeira oferta a ser feita. A oferta dos grupos de recepção deve ser apresentada

de forma clara, explicitando que os grupos são uma das ofertas possíveis, dando ao sujeito que demanda tratamento, *somente após não aceitar participar do grupo*, a opção de entrar numa lista de espera para ser recebido individualmente, *contanto que saiba que para esta forma de atendimento o tempo de espera pode ser longo*. Mesmo quando o sujeito prefere aguardar na lista de espera, a ele deve ser colocada a possibilidade de que durante essa espera, caso mude de ideia, poderá pedir agendamento no grupo de recepção.

2.2 A especificidade das demandas de tratamento

Tanto a literatura científica quanto a nossa experiência prática têm mostrado que a demanda de tratamento possui uma diversidade muito grande: 1) sujeitos que já estão, alguns há longo tempo, em uso crônico de medicação psicotrópica; 2) sujeitos que não fazem, por si próprios, uma demanda de tratamento pois são trazidos por outros (caso, sobretudo, de crianças e adolescentes)³; 3) sujeitos com uma demanda própria de tratamento, mas cuja queixa gira em torno de “sintomas brutos”, os quais não relacionam, ainda – e eis mais umas das funções dos Grupos de Recepção –, com as problemáticas da sua vida cotidiana; 4) e, por fim, sujeitos que já chegam relacionando o sofrimento e/ou sintomas a questões da sua vida cotidiana, ou seja, *que chegam mais implicados nas questões das quais se queixam* (implicação que é, aliás, o objetivo dos grupos de recepção e de qualquer tratamento que se propõe singularizante). A experiência tem-nos mostrado, ainda, que essas variações podem se mesclar entre si; entre muitos, para ficarmos em um exemplo: um sujeito pode se apresentar nesses grupos de recepção com um longo uso de psicotrópicos, e sua queixa ser ou referida apenas aos “sintomas brutos” (incluindo aqueles que são efeitos colaterais dos próprios remédios), ou, o que é mais raro, já possuir alguma implicação no sintoma, de forma que já consiga relacioná-lo a situações concretas da sua vida. Cada sujeito, com o modo próprio com o qual chega – e formula, ou não, o pedido de ajuda –, terá o tempo de escuta necessário no Grupo de Recepção, ao longo de vários encontros. O intuito, para cada caso em particular, é proporcionar *uma passagem* do que podemos chamar de “demanda bruta” para uma “demanda de tratamento propriamente dita”.

Como já foi dito, da complexidade dos casos e das dinâmicas coletivas poderão derivar várias formas de encaminhamentos. Algumas vezes, ao final de uma dada sessão dos Grupos

³ Conferir tópico específico, abaixo, sobre os *A demanda infantojuvenil e os “Grupos de pais, mães e responsáveis”*.

de Recepção, um ou mais sujeitos poderão ser: 1) encaminhados para atendimento individual (sobretudo, casos mais graves, com dificuldade de grupalização, ou outros casos específicos); 2) para Grupos Psicoterapêuticos que já estejam em execução (que funcionarão, portanto, como grupos abertos a receber novos integrantes); 3) encaminhar ao psiquiatra, *considerando os casos em que o uso de uma medicação puder potencializar o seu trabalho subjetivo*; 4) encaminhar para atividades necessárias em outras áreas das Políticas Públicas; ou ainda 5) outros encaminhamentos que se fizerem necessários considerando a particularidade de cada caso ou grupo⁴.

2.3 Os Grupos de Recepção

2.3.1 A demanda de Adultos

Os Grupos de Recepção, poderão operar com até 8 participantes, sendo nele acolhidas as várias demandas e encaminhamentos de tratamento (psicologia e psiquiatria). No início da primeira sessão, ou sempre que tivermos no grupo a participação de um novo integrante, afirmaremos o “contrato” dessa atividade, que consiste em: 1) perguntar se “entre os participantes há conhecidos próximos” (sendo que, caso haja, um dos quais será realocado em outro Grupo de Recepção); 2) afirmar – e reafirmar cada vez que houver um novo integrante – a “importância do sigilo do que for dito no grupo”; 3) mencionar que “esse grupo tem a finalidade de entender melhor o problema que os trazem ali” e que, para tal, teremos alguns encontros; 4) mencionar que “ao final de algumas sessões, cada um receberá o encaminhamento necessário”; e, ainda, 5) mencionar que “é necessário que todos falem, mas cada um pode ir falando à medida que se sentir à vontade para tal ao longo das sessões”⁵.

Como já dito, a quantidade de encontros necessária para cada sujeito será variável e o quesito para finalizar sua atividade nesse Grupo de Recepção será o momento em que sua demanda de tratamento propriamente dita for formulada ou ao menos esboçada. Também será reservado um horário para escuta individual, caso seja preciso. Além disso, será estruturada uma ficha a ser preenchida após a sessão do grupo como instrumento para auxiliar no direcionamento (nomeamos como “ficha de acolhimento”, que somente se transforma em

⁴ Já tivemos, inclusive, a experiência de Grupos de Recepção inteiros se tornarem Grupos Psicoterapêuticos.

⁵ Esse tópico do “contrato” do grupo de recepção foi por nós acrescentado posteriormente, sobretudo, a partir da experiência com sujeitos cujos impasses psíquicos eram relativos a lutos difíceis. A experiência nos mostrou que foi a possibilidade de que poderiam, num primeiro momento, ficar em silêncio que possibilitou os primeiros deslocamentos subjetivos necessários, *ouvindo a fala dos outros*.

“prontuário” ao final das sessões do grupo de recepção. Caso o paciente não continue seu tratamento no Estabelecimento, ela será arquivada em uma pasta específica, que pode ser resgatada caso o paciente retorne).

2.3.2 A demanda infantojuvenil e os “Grupos de pais, mães e responsáveis”

No caso dessa demanda, os Grupos de Recepção se darão com os pais ou outros responsáveis, em grupos com até 8 participantes. Igualmente será reservado horário para escuta individual, caso necessária. Ao fim dos encontros, a criança ou o adolescente também poderão ser ouvidos antes de ser realizado o encaminhamento.

Objetivo: escutar a demanda, e, nesse período, avaliar se é possível desconstruí-la ou se será necessário acompanhamento psicoterapêutico da criança ou adolescente, bem como dos pais ou responsáveis. Nos Grupos de Recepção, poderão participar conjuntamente os pais ou responsáveis de crianças ou de adolescentes de variadas idades; no entanto, os Grupos Psicoterapêuticos serão realizados por faixa etária.

2.4 Os Grupos Psicoterapêuticos

2.4.1 Adultos

Grupos estruturados com número de encontros não determinados previamente. A princípio, podem ser estruturados grupos para participantes com sintomas e conflitos psíquicos leves, o que não impede a possibilidade de participarem sujeitos com problemáticas mais graves. O número de participantes não é fixo, a ser definido pelo psicoterapeuta, considerando a percepção das problemáticas dos sujeitos, ou seja: um grupo constituído predominantemente por problemáticas mais leves pode conter um número maior de integrantes em comparação a um grupo com sujeitos com problemáticas mais graves. A prática tem nos mostrado que a quantidade pode variar de 4 a 8 integrantes. Esse dispositivo deve contemplar, no caso de sujeitos com problemáticas mais graves – ou mesmo sujeitos que, ao longo do tratamento, entram em crise devido ao próprio processo de trabalho psíquico –, a possibilidade de oferta de sessões extras na mesma semana, dentro das possibilidades de agenda do psicoterapeuta em questão.

2.4.2 Crianças e Adolescentes

Delimitados por faixa etária, com no máximo 5 participantes (crianças) e 8 participantes (adolescentes), com funcionamento semanal.

3. Outras questões gerais

3.1 Tempo médio de funcionamento e condução dos grupos

Tanto os Grupos de Recepção quanto os Grupos Psicoterapêuticos terão que ser conduzidos num tempo necessário, a ser avaliado pelo trabalhador-terapeuta em questão. Costumamos trabalhar com a perspectiva de um tempo médio de uma hora e quinze minutos, podendo chegar até uma hora e meia em algumas sessões. No caso dos Grupos de Recepção, poderão tanto ser conduzidos por um psicoterapeuta quanto por mais de um, contando, ainda, com a possibilidade de participação de profissionais de outras categorias, como psiquiatra, assistente social, etc.

3.2. Agenda Individual

Como já enunciado, o atendimento individual será reservado para casos mais graves ou para aqueles que, por alguma especificidade, não se adéquam aos grupos. No entanto, sempre haverá a perspectiva de, após um tempo, ser ofertado a continuidade do trabalho em Grupo Psicoterapêutico, visando à liberação de agenda para outros pacientes.

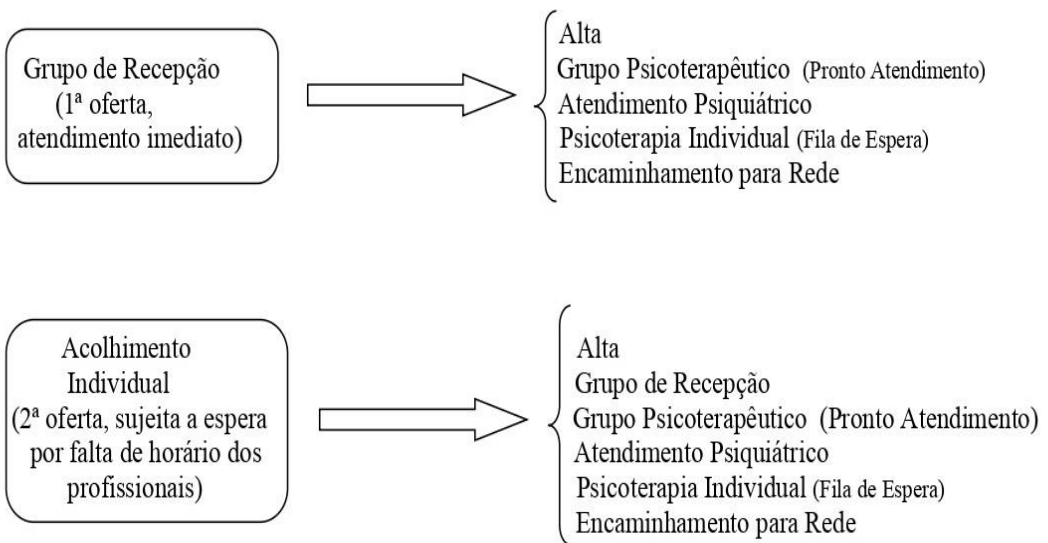
3.3. Prática de Ambulatório Ampliado

Sempre tendo em vista a concepção de que o processo saúde-adoecimento é multideterminado, é imprescindível pensar sobre os recursos do Território a serem acionados e oferecidos. Assim, faz-se necessário mapear as oficinas dos CRAS e verificar se temos a possibilidade de terapia comunitária nos ESF-NASF-UBS etc.

5. Fluxogramas

5.1 Fluxograma do Ambulatório Saúde Mental – Adulto

Origem: Demanda espontânea ou
Encaminhamentos da Rede



5.2 Fluxograma do Ambulatório Saúde Mental – Infantojuvenil

Origem: Demanda espontânea ou
Encaminhamentos da Rede

