



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Patrícia Teixeira Pereira

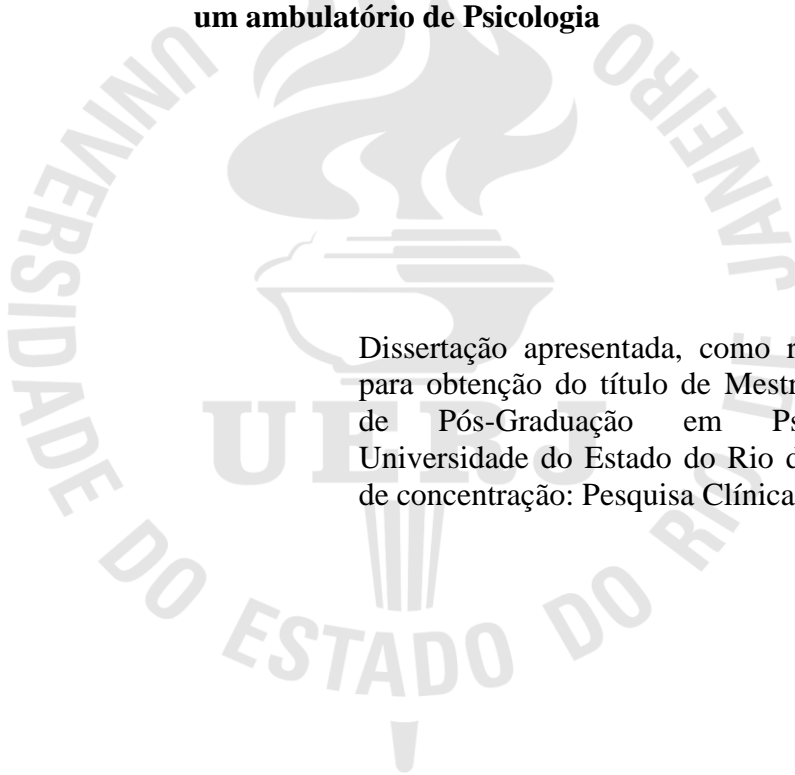
**Lugar e tempo de palavra: reflexões sobre a construção de um trabalho  
psicanalítico em um ambulatório de Psicologia**

Rio de Janeiro

2020

Patrícia Teixeira Pereira

**Lugar e tempo de palavra: reflexões sobre a construção de um trabalho psicanalítico em um ambulatório de Psicologia**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Pesquisa Clínica em Psicanálise.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rita Maria Manso de Barros

Rio de Janeiro

2020

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

P436	<p>Pereira, Patrícia Teixeira.</p> <p>Lugar e tempo de palavra: reflexões sobre a construção de um trabalho psicanalítico em um ambulatório de Psicologia / Patrícia Teixeira Pereira. – 2020.</p> <p>91 f.</p> <p>Orientadora: Rita Maria Manso de Barros.</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia</p> <p>1. Psicanálise – Teses. 2. Saúde Mental – Teses. 3. Sujeito – Teses. I. Barros, Rita Maria Manso de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.</p>
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

Patrícia Teixeira Pereira

**Lugar e tempo de palavra: reflexões sobre a construção de um trabalho psicanalítico em um ambulatório de Psicologia**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Pesquisa e clínica em Psicanálise.

Aprovada em 16 de dezembro de 2020.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Rita Maria Manso de Barros (Orientadora)  
Instituto de Psicologia - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Ana Cristina C. Figueiredo  
Instituto de Psicologia - UERJ

---

Prof. Dr. Fernando Ribeiro Tenório  
Instituto de Psicologia - UERJ

Rio de Janeiro

2020

## DEDICATÓRIA

A todos os pacientes do ambulatório de Psicologia que me confiaram suas palavras, endereçaram suas histórias, possibilitando o surgimento das interrogações que movimentaram esta pesquisa.

## AGRADECIMENTOS

Ao concluir esta pesquisa, coloco-me a pensar em todos que, de maneira direta ou indireta, estiveram comigo nesta travessia.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, por sustentar um espaço oportuno de pesquisa e lugar da Psicanálise na universidade. Agradeço também aos secretários do Programa, sempre disponíveis em todas as situações em que precisei.

À minha orientadora Rita Manso, pelo acolhimento, incentivo e partilha de saber, possibilitando que esta pesquisa pudesse se realizar.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, pela transmissão de ensino.

Aos professores Ana Cristina Figueiredo e Fernando Ribeiro Tenório, por terem aceito o convite para estar na banca, pela leitura atenta do texto no momento da qualificação e pelas indicações tão precisas que me colocaram a trabalhar.

Aos colegas e gestores da Rede de Atenção à Saúde Mental, pela possibilidade de um trabalho conjunto realizado na dedicação mútua.

Aos meus pais, por me ensinarem a caminhar na vida com amor e coragem. Agradeço especialmente à minha mãe, pelo apoio incondicional, pela generosidade e carinho, pelo incentivo ofertado nas mais diversas formas. Seu apoio foi crucial nesta jornada.

À minha irmã, presente em todas as etapas desta travessia, sempre amorosa e compassiva, a quem agradeço grandemente pelo alento prestado nos momentos difíceis, pelo incentivo e carinho de sempre.

Ao Maicon, pelo incentivo e cumplicidade. Sua presença aconchegante foi imprescindível.

À Ilka, pelo carinho e amizade, pela aposta neste trabalho no decorrer de toda a travessia, pela leitura atenta, pelas generosas contribuições, pela disponibilidade de sempre.

À Ameli, pela transmissão de ensino que possibilitou o encontro de um lugar na Psicanálise, por me contagiar com o interesse pela palavra.

Ao Luiz Romão, cuja transmissão subsidiou as primeiras direções desenvolvidas nesta pesquisa.

À Leila, pelo carinho e inspiração.

À Faculdade Machado Sobrinho, pelo primeiro encontro institucional de formação e por me permitir experienciar o trabalho na docência.

Aos alunos da Faculdade Machado Sobrinho, pela possibilidade de construir saberes.

Ao Espaço Oficina de Psicanálise, pela acolhida em um momento tão singular, possibilitando que eu pudesse me inserir em um espaço de endereçamento e estudo em Psicanálise. Agradeço especialmente à Marta Macedo, que me recebeu tão gentilmente.

Aos meus pacientes, sempre presentes nas interrogações que me colocam a trabalhar.

Aos colegas do grupo de estudos Corpo e Finitude, pela receptividade e trabalho de estudo. Agradeço especialmente à Juliana Castro, pelo ensino generoso e acolhedor.

Às amigadas construídas ao longo do mestrado, em especial Brena e Jahyne, que estiveram sempre comigo, compartilhando as dificuldades, trazendo doçura e alegria para este momento.

À Alinne, incentivadora deste processo.

À Mônica Magalhães, por ouvir minha angústia e ser presença, ajudando-me a sustentá-la e a caminhar, sempre e a cada vez.

À Mariângela Innocêncio, pela leitura e revisão cuidadosa de todo o trabalho.

Aos demais amigos que estiveram comigo, participaram direta ou indiretamente, torceram por este trabalho - carregou no coração o carinho de cada um.

A Deus, fonte de amparo, sustentação e alento diante das vicissitudes da vida.

“Em sua origem, as palavras eram magia, e ainda hoje a palavra conserva muito de seu velho poder mágico. Com palavras, uma pessoa é capaz de fazer outra feliz ou de levá-la ao desespero; é com palavras que o professor transmite seu conhecimento aos alunos e é também por intermédio das palavras que o orador arrebatava a assembleia de ouvintes e influi sobre os juízos e as decisões de cada um deles. Palavras evocam afetos e constituem o meio universal de que se valem as pessoas para influenciar umas às outras. Não vamos, pois, subestimar o emprego das palavras na psicoterapia, e sim nos dar por satisfeitos se pudermos ser ouvintes daquelas palavras que são trocadas entre o analista e seu paciente”.

*Sigmund Freud, 1916.*



## RESUMO

PEREIRA, Patrícia Teixeira. *Lugar e tempo de palavra: reflexões sobre a construção de um trabalho psicanalítico em um ambulatório de Psicologia*. 2020. 91f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Esta dissertação propõe investigar as possibilidades de um trabalho psicanalítico em um ambulatório de Psicologia de uma cidade no interior do estado de Minas Gerais. Para isso, retomamos a ferramenta mais importante do processo analítico para discutir essa questão, a saber, a palavra do paciente. A partir do aprofundamento teórico em Freud e Lacan, buscamos situar a função da palavra na Psicanálise e sua relação com o inconsciente. Vale considerar que, nesta pesquisa, apostamos em uma clínica situada no campo das políticas públicas, mais especificamente no campo da saúde mental, o que abarca consequências importantes ao trabalho. Desse modo, fizemos uma breve incursão nas discussões que envolvem o campo e o espaço institucional e, a partir de vinhetas clínicas, buscamos alcançar contribuições da escuta psicanalítica no ambulatório de Psicologia, aliado à rede de saúde mental.

**Palavras-chave:** Ambulatório de Psicologia. Saúde mental. Psicanálise. Palavra. Sujeito.

## Résumé

PEREIRA, Patrícia Teixeira. *Lugar e tempo de palavra: reflexões sobre a construção de um trabalho psicanalítico em um ambulatório de Psicologia*. 2020. 91f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Ce mémoire se propose à enquêter sur la possibilité d'un travail psychanalytique dans un ambulatoire de Psychologie d'une ville à l'intérieur de l'État du Minas Gerais. Pour cela, on a repris l'outil le plus important dans le processus analytique pour discuter de cette question, à savoir, la parole du patient. À partir des études théoriques profondes chez Freud et Lacan, on a envisagé de situer le rôle de la parole dans la psychanalyse et aussi sa relation avec l'inconscient. Il faut considérer que dans cette recherche, on a misé sur une clinique située dans le champs des politiques publiques, plus spécifiquement dans le champs de la santé mentale, ce qui recouvre des conséquences importantes pour ce travail. On a fait ainsi une brève incursion dans les discussions qui comprennent le champs et l'espace institutionnel et, à partir de vignettes cliniques, on a souhaité d'obtenir des contributions de l'écoute psychanalytique dans le cabinet de Psychologie, celui-ci étant associé au réseau de santé mentale.

**Mots-clé:** Cabinet de Psychologie. Santé Mentale. Psychanalyse. Parole. Sujet.

## Sumário

	INTRODUÇÃO .....	11
1	<b>INTERROGANDO A DIMENSÃO DA PALAVRA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA</b> .....	1
1.1	<b>O lastro da palavra e sua relação com o sintoma - a via régia para o nascimento da Psicanálise</b> .....	15
1.2	<b>A cura pela palavra - a experiência germinativa da Psicanálise</b> .....	22
1.3	<b>O método associativo e o inconsciente - a consolidação do método psicanalítico</b> .....	27
1.4	<b>O ato de tomar a palavra – as contribuições de Lacan</b> .....	33
2	<b>Pela via da palavra – Reflexões sobre a clínica da Psicanálise em um Ambulatório de Psicologia</b> .....	40
2.1	<b>A clínica na saúde mental – uma breve discussão sobre a psicanálise na Reforma Psiquiátrica</b> .....	42
2.1.1	<u>A reforma psiquiátrica no Brasil</u> .....	43
2.2	<b>Redirecionando a prática de saúde mental – reflexões sobre a intervenção ambulatorial</b> .....	52
2.3	<b>Do lugar que se diz – as amarrações do sujeito no território</b> .....	55
2.3.1	<u>O município</u> .....	57
2.3.2	<u>A rede de dispositivos da saúde mental</u> .....	57
2.3.3	<u>O ambulatório</u> .....	60
3	<b>O ENDEREÇAMENTO AO ANALISTA – A CONSTRUÇÃO DO LUGAR/ TEMPO DE PALAVRA</b> .....	63
3.1	<b>O início do trabalho – o sujeito entre a demanda e o desejo</b> .....	63
3.2	<b>A palavra endereçada ao analista - uma abertura para o advento do sujeito a partir do laço transferencial</b> .....	70
3.3	<b>A travessia do sujeito nos tempos da clínica</b> .....	77
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	83
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	86

## INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem sua gênese nos questionamentos advindos da minha experiência de trabalho na área de saúde, em uma atuação que se encontra em construção, na Unidade Básica de Saúde (UBS)<sup>1</sup> de um município no interior de Minas Gerais. A entrada nesse serviço é recente e a estruturação do trabalho é, ainda, bastante incipiente, sendo justamente as interrogações sobre a possibilidade do desenvolvimento de uma escuta psicanalítica nesse cenário que se colocou como o direcionamento para esta pesquisa.

Minha inserção nesse campo se deu por meio de concurso público, no início de 2019, assumi a lotação de psicóloga no ambulatório de atendimento especializado na Unidade Básica de Saúde, dispositivo que também participa de uma rede de atenção à saúde mental. Vale considerar que, apesar de ser este um dispositivo existente na assistência de saúde do município, o ambulatório de psicologia teve sua inauguração concomitante à minha chegada.

É importante considerar que, junto com a Unidade Básica de Saúde, havia também outros importantes dispositivos compondo a rede de saúde mental no âmbito municipal, tais como a Unidade de Saúde da Família (USF)<sup>2</sup> Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>3</sup>, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)<sup>4</sup> e a já referida Unidade Básica de Saúde (UBS). Entre os dispositivos específicos da saúde mental, o município também já contava com o acesso a outros serviços na região de saúde, tais como CAPS I<sup>5</sup> e leitos no Hospital Geral<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> Tal instituição se caracteriza como um instrumento do Sistema Único de Saúde (SUS) para o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, de baixa complexidade, na busca de promoção, proteção, prevenção e manutenção da saúde (Brasil; Ministério da Saúde, 2011).

<sup>2</sup> A Unidade de Saúde da Família (USF) é um dispositivo vinculado ao Programa de Saúde da Família, voltado para a reestruturação do trabalho na busca de ofertar respostas às necessidades básicas de saúde da população de sua área de abrangência. Ela deve oferecer assistência integral, contínua e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional, tanto na Unidade como também nos domicílios e em locais comunitários, como escolas, creches, asilos, presídios, entre outros.

<sup>3</sup> Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade (BRASIL, , 2019, p.69).

<sup>4</sup> O CRAS é a unidade pública municipal, de base territorial, localizada em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada à articulação dos serviços socioassistenciais no seu território de abrangência e à prestação de serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social básica às famílias (BRASIL, 1993).

<sup>5</sup> De acordo com a portaria nº 3.088, de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, o CAPS I atende a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack,

Na maioria das vezes, o desenvolvimento do trabalho na rede, com exceção do atendimento psiquiátrico com intervenções específicas e individuais, era desenvolvido a partir de ações voltadas à coletividade, estruturadas por meio de grupos e intervenções socioeducativas, seguindo as designações previstas pelas políticas de saúde mental vigentes.

Foi percebido pelos diferentes profissionais envolvidos no trabalho de saúde mental que, além dos serviços ofertados pela rede, havia uma demanda situada entre as possibilidades da atenção primária e o dispositivo especializado de saúde mental, que, por não encontrar alternativas que pudessem respondê-la, acabava por aparecer no ambulatório de Psiquiatria.

Na aposta de uma intervenção outra, que pudesse de algum modo acolher essa demanda, culminou a mobilização dos diferentes profissionais do município pela reivindicação de um dispositivo ambulatorial para atendimento psicológico, o que ocasionou a minha chegada.

O começo do trabalho foi desafiador, sendo justificado pela expectativa atribuída ao ambulatório de Psicologia pelos diferentes profissionais da rede, além da falta de regulamentações para o dispositivo ambulatorial nas políticas públicas de saúde mental, o que me fez refletir se esse trabalho poderia, de fato, acontecer. Nos manuais, cartilhas e portarias vigentes, o trabalho em saúde mental é amplamente motivado a intervenções focais, grupais ou de caráter psicoeducativo e, quando há a menção da clínica, esta aparece como uma designação médica.

Desse modo, sendo alocada em um ambulatório de atendimento psicológico especializado, deparei-me com a necessidade de inventar os caminhos que fundariam o começo do trabalho nesse espaço e, conseqüentemente, seu lugar na rede de saúde mental.

Estando atravessada pela Psicanálise como método clínico de trabalho, pude perceber a necessidade de pensar as condições de chegada nesse dispositivo, o lugar ocupado na rede e as possibilidades que a escuta analítica, mesmo estando inserida em um contexto singular como o da saúde, poderia acontecer com os sujeitos que ali chegassem.

---

álcool e outras drogas de todas as faixas etárias, sendo indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes. (BRASIL, 2011)

<sup>6</sup> O Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos (BRASIL, 2011).

Dando início ao trabalho, deparei-me com uma grande quantidade de encaminhamentos, oriundos dos diferentes serviços, tais como assistência social, instituições escolares e, principalmente, da própria saúde. É certo que tais encaminhamentos não provinham situações aleatórias, apesar da heterogeneidade do público. Na maioria das vezes, foi possível perceber uma condição de adoecimento ou sofrimento psíquico nas pessoas encaminhadas, embora comportassem diferenças importantes na complexidade do sofrimento.

É certo que os diferentes encaminhamentos se davam na busca de uma consulta psicológica. Todavia, para mim, mantinha-se como uma constante indagação: a possibilidade ou impossibilidade de construir um trabalho psicológico a partir da escuta psicanalítica nesse cenário, de modo que fosse possível construir um trabalho que implicasse o sujeito, como trata a Psicanálise.

Sabemos que a Psicanálise é uma clínica que se sustenta na abertura de um espaço para a palavra, apostando que é por meio dela que é possível subsidiar um tempo e um lugar para o sujeito, desde que haja um analista para escutar. Desse modo, pensar as condições dessa clínica em um dispositivo ambulatorial foi o que deu corpo às interrogações que movimentam a pesquisa.

Desse modo, é a partir da experiência recolhida no campo supracitado, aliada à orientação da professora Rita Manso de Barros, que foi desenvolvida esta investigação, tomando como ponto de partida a seguinte questão: *como instituir um lugar/tempo de palavra que inclua um sujeito em um ambulatório de Psicologia?*

Para responder a essa questão, escolhemos percorrer o seguinte trajeto: para a construção do primeiro capítulo, guiamo-nos pelas direções de Freud, na tentativa de tatear a essência de sua experiência germinal, de modo a compreender o lugar da escuta do sujeito na história da psicanálise. Não buscamos, com isso, desenvolver um resumo do desdobramento inicial da Psicanálise e, sim, orientar nos pelo movimento freudiano em direção à “magia” das palavras, entendendo ser esta a mola propulsora da clínica psicanalítica.

Nesse percurso nos valem também das construções feitas por Jaques Lacan, psicanalista francês, que introduziu a Psicanálise no campo da linguagem, possibilitando uma leitura clínica da palavra do sujeito situada através da dimensão significante. Nessa direção, buscamos elucidar a função da fala articulada à dimensão inconsciente.

No segundo capítulo, faz-se uma apresentação do campo clínico onde a pesquisa se estrutura e de onde partem as questões levantadas nesta dissertação. Para isso, fazemos uma breve digressão da história da saúde mental no Brasil e o lugar da clínica nesse contexto, de modo a refletir sobre os caminhos que nos permitem pensar as amarrações possíveis da

Psicanálise nos dispositivos públicos atualmente. Posteriormente, procedemos a uma breve apresentação do espaço territorial onde a escuta psicanalítica acontece, de forma a compreender as condições que sustentam a chegada do paciente ao ambulatório de Psicologia.

Avançando para o terceiro capítulo, buscamos construir amarrações teóricas que possibilitem extrair consequências da escuta analítica no ambulatório de Psicologia. Buscamos discutir como este trabalho pode fazer reverberar no sujeito, quando este encontra um espaço para tomar a palavra, dirigindo-se a um outro que possa escutá-lo de um Outro lugar. A partir de vinhetas clínicas, abordamos a importância do ato da palavra na presença do analista, tentando circunscrevermo-nos às condições que delimitam uma aposta de trabalho.

## **1 INTERROGANDO A DIMENSÃO DA PALAVRA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA**

Neste primeiro capítulo, tomamos, como ponto de partida, o lugar dado à palavra na Psicanálise. Para isso, retomamos as construções freudianas desde as precipitações iniciais, para que possamos retomar, junto com Freud, os fios que enlaçam o embaraço do sujeito na sua condição sintomática. Assim, situamos a experiência freudiana como ponto de partida para este texto, para que possamos entender como o inventor da Psicanálise construiu, passo a passo, o método analítico.

Depois desse movimento de incursão no pensamento de Freud, fazemos uma incursão na obra de Lacan. Perfazendo uma minuciosa e profunda releitura própria das formulações freudianas teórico-clínicas, Lacan estabelece a Psicanálise como campo em que o que está em cena é a linguagem. Partindo de suas contribuições, desenvolvemos brevemente a dimensão da palavra no simbólico, a partir do esquema L, em sua topologia da fala. Seguimos os caminhos dessa construção, a fim de compreender a dimensão da palavra e seu lugar na escuta do sujeito.

### **1.1 O lastro da palavra e sua relação com o sintoma - a via régia para o nascimento da Psicanálise**

Subversivo à sua época, Sigmund Freud insere a palavra do paciente no bojo da clínica médica. Em um momento marcado pela hegemonia científica, quando os estudos sobre a racionalidade e as investigações anatômicas sobre o corpo vigoravam como uma “espécie de fé jurada” sobre todas as questões concernentes à vida humana, Freud ousou dar lugar à importância da palavra na construção de seu método, tomando-a como instrumento substancial para sua práxis. A Psicanálise surge como um saber que leva em conta o poder da palavra, abarcando a radicalidade que isso representa e seus efeitos na existência do homem (LACAN, 1953/2009).

Formado como médico neurologista, Freud ultrapassou os limites convencionais, já que cogitar um funcionamento mental que não se limitasse ao cérebro ou ao sistema nervoso era considerado, pelo meio científico, como uma “heresia profissional: uma profanação do pensamento” (JONES, 1961, p.16). Freud ousou ir além, fazendo nascer a Psicanálise.



Os caminhos preliminares à descoberta inaugural de seu método são consequências de seus primeiros passos, tendo início na clínica médica. Dotado de grande interesse investigativo, Freud dedicava atenção às diferentes patologias que envolviam as doenças nervosas. Os frutos desse interesse lhe proporcionaram tomar uma posição diferente dos demais médicos da época, permitindo se inquietar pelos mistérios do sofrimento histórico, entendido, até aquele momento, como uma simulação e visto com desdém pela ciência médica (JONES, 1961).

É importante considerar Freud como alguém à frente de seu tempo, visto que, tanto no âmbito profissional quanto pessoal, nunca se deixou abalar pelas questões morais, pela vaidade tão presente na comunidade científica. Ousou experimentar um caminho desconhecido, desbravando uma técnica aportada nos efeitos da palavra, a começar pela construção da Psicanálise, rompendo com a conformidade da dedicação exclusiva ao plano anatômico. Freud resgatou, no mais antigo método terapêutico, a Psicoterapia, em sua forma mais radical, segundo a qual o médico poderia oferecer ao doente nada mais que sua “expectativa crédula”. Com as suas descobertas, pôde se desvencilhar da Psicoterapia e sustentar uma direção própria, rumo à construção de método (FREUD, 1905/2016, p. 333).

É certo que o nascimento da Psicanálise só se tornou possível pela forma como Freud se posicionava perante a vida e a ciência, dando lugar às questões que o acoassavam, levando a sério tudo que perpassava a vida humana, principalmente as palavras a ele endereçadas. Diferente de outros modos de investigação científica, que consideravam os objetos externos nas investigações, Freud se colocou como objeto de sua própria investigação, ao considerar suas próprias “antinomias, sonhos e perturbações neuróticas”, ousando desbravar uma “redescoberta, num terreno não cultivado da razão” (LACAN, 1953-54/2009, p. 12).

Para Freud, sua descoberta poderia se enlaçar à ciência médica, vez que entendia o progresso científico como a possibilidade de dar um novo sentido aos fatos, a partir do surgimento de um novo método ou instrumento (JONES, 1961). Assim, sempre se dedicou para fazer da Psicanálise um ramo da ciência, com a ressalva de ter a metodologia distinta dos moldes convencionais. Em seu texto “Tratamento psíquico (ou anímico)” de 1905<sup>7</sup>, Freud afirma que “os médicos passaram a restringir seu interesse ao corporal e de bom grado

---

<sup>7</sup> O texto “Tratamento psíquico (ou mental)” foi, até 1966, considerado como sendo escrito por Freud, em 1905, estando, por isso, inserido na edição das Obras completas de Freud no volume VII. Mas, em 1966, Saul Rosenzweig, da Washington University em St. Louis, descobriu que ele havia sido escrito em 1890 (JORGE, 2017).

deixaram aos filósofos, a quem menosprezavam, a tarefa de se ocuparem do anímico” (FREUD, 1905/1969, p. 273).

O criador da Psicanálise não pôde deixar de considerar a vida anímica ou mental de seus pacientes, além de suas influências na condição de adoecimento. Ao escutá-los, considerou suas perturbações psíquicas, bem como a complexa relação do sujeito consigo mesmo, entendendo que havia processos inconscientes na formação do sintoma, que só poderiam encontrar um contorno por meio da palavra. Dar lugar à palavra fez com que Freud pudesse tatear o “furo” que se presentificava nos atos falhos, sonhos, chistes e na maneira como o próprio sujeito podia falar sobre os seus sintomas. Ele foi capaz de se deixar conduzir pela palavra, desde as primeiras construções clínicas, ao considerar a fala de seus pacientes, mesmo antes de conceituar a vivência da palavra do paciente na presença do analista.

É certo que a Psicanálise surge a partir da clínica médica, mas se torna heterogênea, construindo um campo próprio. Também não pode ser entendida como parte das vertentes psicoterápicas, apartando-se destas e de seus efeitos de sugestibilidade, erigindo uma perspectiva própria para o lugar da palavra em seus efeitos “terapêuticos”. Para Elia (2000), a Psicanálise é o único saber capaz de dar lugar ao sujeito.

Introduzido na Psicanálise a partir da leitura de Jacques Lacan, o sujeito que aqui tratamos é o sujeito do inconsciente que não pode ser dissecado, analisado empiricamente, não possui atributos universais, não podendo sequer ser materializado concretamente em designações sobre sua cor, raça, posição financeira ou sexual. Ele possui um lugar de alteridade<sup>8</sup> na linguagem, que também não se sustenta no plano das psicoterapias que pressupõem um funcionamento, uma ordem, um assujeitamento. Dito desse modo, a Psicanálise só pode se sustentar em métodos próprios, em sua metodologia analítica que considera cada caso na sua singularidade.

Assim, a Psicanálise surge como uma prática dotada de metodologia própria, respeitando a divisão do sujeito, a criptografia que vela a condição problemática em que repousa seus sintomas e desejos. Dar lugar à dimensão da palavra e à relação daquilo que aparece por meio dela com o sintoma nos faz retomar a experiência freudiana na sua origem, resgatando o seu ponto germinal ao qual ela se funda. Começamos, portanto, retomando o caminho percorrido por Freud na construção de seu método.

---

<sup>8</sup> Podemos reconhecer a alteridade como uma descoberta intuitiva de Freud, embora seja uma noção lacaniana de um sujeito que não é autônomo, estando sempre referido ao Outro do inconsciente (QUINET, 2012).

Desde suas precipitações iniciais, podemos perceber que a dedicação à palavra é algo que enlaça todo trabalho analítico de Freud, desde os estudos neurológicos à formalização do método psicanalítico. Em suas construções mais incipientes, a inquietação com a palavra e sua relação com o sintoma, foi o ponto crucial para o desenvolvimento de suas elaborações clínicas e teóricas posteriores, sendo o encontro com a clínica da histeria o elemento fundante para uma nova concepção de adoecimento, de um corpo tomado por palavras. Se, antes, Freud se dedicava aos estudos fisiológicos da neuropatologia, é no trabalho com a histeria que ele se depara com a dimensão corporal como efeito da linguagem e se deixa tomar por compreendê-la.

Os primeiros passos de Freud se tornaram decisivos, tendo início entre os anos de 1885-1886, quando ganhou uma bolsa de estudos da Universidade de Viena para estudar neuropatologia com o professor Charcot no “Hospice de La Salpêtrière”, em Paris. Charcot foi um dos médicos pioneiros nos estudos sobre as doenças nervosas crônicas de modo singularmente diferente do que Freud já havia visto. Seus trabalhos incidiam na hipnose como método científico, sendo uma forma de intervenção para tratamento do sofrimento histérico, algo genuinamente inovador para a medicina da época, uma vez que tanto a histeria quanto a hipnose eram vistas com desdém pelo meio científico (FREUD, 1886-1969).

De acordo com Jorge (2017), desde os anos de 1870, Charcot dera início a um serviço que contava com um número grande de pacientes que sofriam de diferentes afecções, tais como convulsões e crises epiléticas que, sem uma causa orgânica específica, recebiam o nome de histeria. Buscando encontrar critérios acerca dessas afecções, Charcot resolveu considerar, com rigor e critério médico, todos esses tipos de sofrimento, do mesmo modo como considerava as doenças orgânicas.

Esta era a primeira vez que a histeria era vista como adoecimento pela ótica médica. Se, antes, era entendida como simulação de sofrimento, é somente com os trabalhos de Charcot que ela recebe um acolhimento medicinal. Torna-se uma patologia, a partir de uma “espécie de teoria da sintomatologia histérica” (FREUD, 1886-1969, p. 49).

É importante considerar que a histeria desorganizava a ordem científica, já que o fenômeno histérico ultrapassava os limites da organicidade, tão vigentes naquele momento. De acordo com Freud, a histeria seria, para a medicina da época, um estado mórbido visto de maneira negativa, sendo pouco estudada e carregada de preconceito (FREUD, 1886/1969).

A dedicação de Charcot em suas pesquisas sobre a histeria o levaram a recorrer cientificamente ao hipnotismo e, para isso, “a neuropatologia (...) teve que ser arrancada, de um lado, do ceticismo e, de outro, do embuste” (FREUD 1886-1969, p. 49). Charcot valia-se

seriamente desse método para a suspensão dos fenômenos histéricos. A partir do emprego da sugestão, ele fazia cessar as diferentes sintomatologias, mas não as curava, elas se rerepresentavam com contornos sintomatológicos diferentes. Para Freud, deparar-se com esse trabalho foi de extrema importância, fazendo com que suas motivações acerca da neuropatologia se transformassem em um grande interesse pela psicopatologia.

Os frutos desse encontro possibilitaram ao fundador da Psicanálise erigir os primeiros passos de uma clínica que levava em conta a presença e a palavra, como pontos cruciais para o exercício de sua prática no tratamento dos sintomas histéricos.

Tomando como ponto de partida a experiência com Charcot, desenvolve a percepção de que, na prática da hipnose, haveria, entre o hipnotizador e o hipnotizado, “uma influência física de uma ideia” (FREUD, 1905/1969, p. 282), sendo capaz de ocasionar a extirpação do adoecimento histérico, devido ao ‘poder mágico’<sup>9</sup> das palavras trocadas entre o médico e seu paciente. Para o fundador da Psicanálise, a hipnose traduzir-se-ia em um método que poderia oferecer a cura a partir da influência da palavra do médico. Desse modo,

[...] a marca mais significativa da hipnose, e para nós a mais importante, reside na atitude do hipnotizado perante o hipnotizador. Enquanto o hipnotizado comporta-se perante o mundo externo como se estivesse adormecido, com todos os seus sentidos desviados dele, está desperto para a pessoa que o hipnotizou: vê e ouve apenas a ela, compreende-a e lhe dá respostas (FREUD, 1905/1969, p. 282).

A inquietação acerca do poder da palavra levou Freud a erigir formulações sobre seus efeitos na vida humana sob diferentes aspectos, tais como no âmbito das emoções e afetos, sendo capaz de influir fortemente no corpo, até mesmo nas condições de adoecimento. De acordo com Freud,

as palavras são o mediador mais importante da influência que um homem pretende exercer sobre o outro; as palavras são um bom meio de provocar modificações anímicas naquele a quem são dirigidas, e por isso já não soa enigmático afirmar que a magia das palavras pode eliminar os sintomas patológicos, sobretudo aqueles que se baseiam justamente nos estados psíquicos (FREUD, 1905/1969, p. 279).

Um ano após o desenvolvimento desse texto, Freud publica seu artigo “Sobre a concepção das afasias” (1891/2014), no qual faz construções iniciais, mas de grande relevância, sobre a íntima relação existente entre linguagem e psiquismo e a mútua influência entre a palavra e o sintoma. Embora tenha sido excluído da edição de obras completas de

<sup>9</sup> Em “A questão da análise leiga: diálogo com um interlocutor imparcial”, Freud (1926/2014) explica que o trabalho pela palavra cunhado pela Psicanálise não se traduz em magia, já que esta tem por excelência a rapidez, o êxito imediato, o que não condiz com a condução analítica que leva em conta um tempo para o sujeito, podendo se estender a meses e anos. Freud reitera que é a palavra um instrumento poderoso na vida humana, visto ser “o meio de comunicarmos nossos sentimentos, o caminho para termos influência sobre as demais pessoas. Palavras podem beneficiar enormemente ou infligir danos terríveis” (FREUD, 1926/2014, p. 104).

Freud, devido à tonalidade neurológica de suas construções, esse texto é de grande valia para o desenvolvimento da Psicanálise. De acordo com Jorge (2017), ele se traduz como “uma verdadeira ponte entre a neurologia e a psicanálise” (JORGE, 2017, p. 34).

É por meio desse texto que Freud tenta consolidar argumentações neurológicas acerca da importância do teor psicológico dos distúrbios de linguagem. Até aquele momento, as diferentes autoridades da neurologia não levantavam nenhuma dúvida sobre a constatação de que os diferentes distúrbios de linguagem eram efeito de lesões cerebrais. Freud foi o primeiro a constatar que a ênfase no funcionamento cerebral era superestimada, havendo a necessidade de repensar as condições funcionais da linguagem (GAY, 2019).

Se, no ano de 1890, o fundador da Psicanálise constrói seu artigo “Tratamento Psíquico (ou mental)”, argumentações acerca do poder da palavra, em 1891, ele concebe a formulação da existência de “um aparelho de linguagem” e questiona a problemática concernente à doença afásica, percebendo que há um comprometimento na capacidade de expressar pensamentos através de signos convencionais ou de compreendê-los, apesar da integridade dos aparelhos sensoriais, como se houvesse uma “ruptura nas associações” (FREUD, 1891/2014, p. 33), havendo uma desorganização da representação de palavra.

Assim, começa a se enveredar por questionamentos que envolvem a conexão entre as palavras e o sintoma, entendendo que, atravessado nos sintomas de afasia, havia uma lógica própria, uma notória relação na manifestação sintomática. Freud já considerava a palavra como dotada de “representação complexa”, que “corresponde a um intrincado processo de associação de elementos”, sejam eles de “origem visual, acústica e cenestésica” (FREUD, 1891/2014, p. 31).

É importante considerar que, naquele momento, o fundador da Psicanálise ainda buscava encontrar bases fisiológicas que sustentassem a sua argumentação sobre o funcionamento do psiquismo. Assim, sua implicação se dava na tentativa de localizar, no funcionamento cerebral, os mecanismos que moviam o processo associativo, conquanto já percebesse, em sua experiência clínica, que haveria uma lógica psicológica para esse funcionamento. É digno de consideração que a busca pela compreensão da associação de palavras com a formação dos sintomas se constituiu como a base para o desenvolvimento de suas construções posteriores.

Em seu artigo “Hipnose”, de 1891, Freud explica o desenvolvimento da aplicação do método hipnótico, bem como seus fins terapêuticos e conseqüentes implicações. Entre as minuciosas descrições técnicas, reafirma nesse texto a importância da palavra, considerando que são as sugestões exercidas pelo médico o que há de mais valioso na terapêutica da

hipnose. Freud dá lugar à importante tarefa médica de respeitar o paciente e tratar com zelo as palavras a ele endereçadas, vez que o paciente “não é um autômato psíquico, mas um ser dotado do poder de crítica e de capacidade de julgamento” (FREUD, 1891-1969, p. 169).

A experiência freudiana é marcada pela percepção de que há uma grande responsabilidade médica, quando endereça ao paciente uma sugestão, já que considera que, em estado hipnótico, o paciente está submetido à influência de seu médico, muito maior do que a influência recebida em estado de vigília, sendo necessário que este tenha respeito e cuidado com a palavra. De acordo com Jorge (2017), é por meio dessa percepção que começa a germinar uma apreensão embrionária do que futuramente Freud iria considerar como o fenômeno da transferência.

É no ano de 1893 que Freud publica o artigo “Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas”. Esse texto foi considerado o “divisor de águas” entre sua pesquisa neurológica e a psicológica. Inicialmente, a escrita desse trabalho foi recomendada por Charcot, sendo mencionado em seu relatório sobre os estudos em Paris e Berlim como “Comparação entre a Sintomatologia Histérica e a Orgânica” (FREUD, 1893-1969, p. 49). Mas as correspondências com Wilhelm Fliess e o trabalho com Josef Breuer fizeram Freud reconsiderar seus escritos até a conclusão e publicação do artigo. Vale ressaltar que estes se constituíam como grandes interlocutores do pensamento freudiano, participando ativamente do processo germinativo da Psicanálise.

Freud avança em suas construções, dando ênfase à conotação psíquica para o adoecimento histérico, fazendo uma importante distinção em relação ao adoecimento orgânico. Assim, parte das indicações de Charcot de que, “para explicar a neurose histérica, devemos concentrar-nos na psicologia” (FREUD, 1893/1969, p.243), reconhecendo que há outras formas de adoecimento para além da fisiologia, que têm origem no psiquismo.

Entendendo que as paralisias orgânicas e motoras possuíam meios fisiológicos que justificavam o adoecimento, a paralisia histérica não poderia ser avaliada na mesma perspectiva, dado que o sofrimento histérico se furta à congruência anatômica. Nas palavras de Freud: “[...] afirmo que a lesão nas paralisias histéricas deve ser completamente independente da anatomia do sistema nervoso, pois, nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta” (FREUD, 1893/1969, p. 242).

Freud dá início à construção da diferença crucial entre o corpo que é efeito de uma lesão biológica para um corpo que é atravessado pela linguagem, já que a histeria “ignora a distribuição dos nervos” e “toma os órgãos pelo sentido comum, popular, dos nomes que eles

têm: a perna é a perna até a inserção do quadril, o braço é o membro superior tal como aparece visível sob a roupa” (FREUD, 1893/1969, p. 242).

É desse modo que o sofrimento histérico ganha um contorno consistente na investigação científica de Freud, visto que ele considera ser este um adoecimento distinto daqueles versados no corpo, sendo uma condição de sofrimento que é efeito da representação de corpo no psiquismo. Assim, ele constata que, se um paciente sofre de paralisia histérica no braço, é por um motivo inconsciente, revestido de intensa carga afetiva, que não encontra lugar na associação, produzido por uma ruptura de um evento traumático. Desse modo,

se numa associação, a concepção de braço está envolvida com uma grande quantidade de afeto, essa concepção será inacessível ao livre jogo das outras associações. O braço estará paralisado em proporção com a persistência dessa quantidade de afeto ou com a diminuição através de meios psíquicos apropriados (FREUD, 1893/2006, p.243).

O braço paralisado não consegue encontrar representação na consciência, devido a alguma cisão nas associações, causada por um trauma psíquico, com grande carga afetiva. A lesão histérica seria, então, “a abolição da acessibilidade associativa da concepção do braço” (FREUD, 1893/1969, p. 243).

Nesse mesmo ano, Freud publica seus “Estudos sobre a histeria” (1893/2016), trabalho publicado em coautoria com Josef Breuer, no qual o método psicanalítico começa a ser fundamentado.

## 1.2 A cura pela palavra - a experiência germinativa da Psicanálise

Breuer foi uma figura importante nos caminhos preliminares do desenvolvimento da Psicanálise. A criação do método catártico e o trabalho com Anna O. possibilitaram grandes descobertas e contribuições. Anna O., pseudônimo dado à paciente Bertha Pappenheim, uma moça que, aos 21 anos, foi acometida por diferentes sintomas histéricos, foi acompanhada terapêuticamente por Breuer. O trabalho com Anna O. permitiu o entendimento de que a “cura pela fala” – expressão cunhada pela paciente - era um importante método para o trabalho analítico, já que falar fazia com que a paciente pudesse exercer a “limpeza da chaminé” – outra expressão utilizada por Anna O., esvaziando seu sofrimento (FREUD & BREUER, 1893-95/2016, p. 53).

De acordo com o historiador e biógrafo de Freud Peter Gay (2019), Breuer consagrava à Anna O. o lugar de “célula germinativa do conjunto da psicanálise” (GAY, 2019, p. 81). As dificuldades com a sugestão hipnótica e os poucos efeitos terapêuticos desse método levaram

Breuer à criação da terapia catártica como uma nova possibilidade diante do sofrimento histérico. Consistia a terapia catártica numa tentativa de resgatar a ampliação da consciência em um momento posterior à hipnose, levando a paciente a comunicar ao médico as recordações e os sentimentos despertados, trazendo-os à consciência, fazendo ceder o sintoma aparente.

Freud se apoiou no método de Breuer, passando a aplicar tal procedimento em seus pacientes como uma aposta terapêutica. De acordo com Gay (2019), os pacientes tratados por Freud nesse período apresentavam diferentes formas de sintomas de conversão, manifestando dores nas pernas, estados depressivos, alucinações, calafrios, entre outras condições sintomáticas. Assim, o método catártico de Breuer foi a abertura para que Freud pudesse encontrar substratos para uma investigação mais apurada.

De acordo com Barros (1999), surge o entendimento de que, no trabalho versado pela sugestão, a intervenção vem de fora, por uma indicação sugestiva, fazendo com que o paciente abandone seu sintoma na presença do médico. Mas isso não podia significar uma intervenção terapêutica, visto que, nessa circunstância, o doente apenas sucumbia à sugestão, sendo breves os momentos em que conseguia se sustentar sem o sintoma. Assim, “[...] era como se o sujeito estivesse submetido à vontade alheia e a ela atendesse. Não havendo a adoção verdadeira a sua verdade, mas à do outro, logo o sujeito revoltar-se-ia e os sintomas retornariam, com a mesma roupagem ou com uma outra” (BARROS, 1999, p. 48).

Os avanços na clínica da histeria levaram Freud e Breuer a erigir o entendimento de que não se tratava da sugestão, mas também não poderia ser entendida pelo viés da simples recordação ou ampliação da consciência. Era necessário um reposicionamento do paciente perante a lembrança do evento causador, fazendo com que o paciente pudesse dizer do afeto que a lembrança impelia, de forma que ele pudesse colocar o “afeto em palavras” (FREUD & BREUER, 1893-95/2016, p. 23). Para eles,

[...] o ser humano encontra na linguagem um sucedâneo para a ação, com o auxílio do qual o afeto pode ser "ab-reagido" quase do mesmo modo. Em outros casos, a própria fala é o reflexo adequado, como queixa e como enunciação de um segredo que atormenta (confissão!). Quando não ocorre semelhante reação por atos, palavras e, em casos mais leves, pelo choro, a lembrança do episódio conserva, a princípio, o realce afetivo (FREUD & BREUER, 1893-95/2016, p.26).

De acordo com Jorge (2017), surge uma prática que concebe a histeria como efeito da fixação inconsciente de uma recordação traumática. Há, assim, a necessidade de trazê-la à consciência por meio da eliminação do afeto concernente a tal lembrança, a partir da reação motora compatível com a atividade psíquica consciente, chamada, assim, de ab-reação.



As experiências clínicas e as construções teóricas de Freud e Breuer os levaram ao entendimento de que o sintoma surge como um representante de processos traumáticos inconscientes, capazes de grande perturbação. Assim, não podendo advir à consciência, encontram uma saída possível na conversão sintomática.

Freud e Breuer dão início à investigação dos ‘traumas psíquicos’ de seus pacientes, a fim de descobrir os processos desencadeadores da formação de sintomas. Vale considerar que esses traumas eram dotados de intensa carga afetiva, agindo como uma espécie de corpo estranho, provocador da dissociação inconsciente (FREUD & BREUER, 1893-85/2016).

Promover a eliminação do sintoma colocava a necessidade de fazer com que o paciente conseguisse alcançar uma representação do trauma e não apenas trazê-lo à consciência. A descoberta inaugural de Breuer foi encontrar, na fala, a saída possível para a representação, possibilitando que o paciente pudesse dizer do que sentia a respeito da recordação. A partir da construção de uma cadeia associativa, o afeto dissociado poderia, assim, encontrar uma saída pela via da fala.

É interessante considerar que, de maneira quase inconsciente, os trabalhos desenvolvidos por Freud e Breuer caminhavam para o entendimento de que o humano encontra, na linguagem, um correspondente análogo ao ato, sendo essa a explicação do que ele considerava o poder “mágico” das palavras. Conquanto não houvesse, ainda, elementos teóricos consolidados para prestar claros entendimentos acerca da questão, é curioso perceber que, mesmo de maneira incipiente, Breuer e Freud tateavam a complexidade dos laços simbólicos que enredavam os afetos (FINGERMANN, 2007).

Breuer muito contribuiu para o surgimento da Psicanálise, já que erigiu a escuta como um ponto importante para sua práxis. Embora ele e Freud tenham se distanciado pelas divergências teóricas posteriores, o método catártico foi um importante instrumento que possibilitou a Freud alçar suas construções próprias acerca do sofrimento histérico. Nas considerações de Gay (2019, p. 87), “ouvir, para Freud, tornou-se mais do que uma arte; tornou-se um método, uma via privilegiada para o conhecimento, à qual os pacientes lhe davam acesso”.

É importante considerar que os relatos clínicos de Breuer sobre o tratamento de Anna O. foram de extrema importância para as construções subsequentes de Freud. A partir das indicações clínicas desse caso, o conceito de regressão fora descoberto como fator preponderante nos processos psíquicos das neuroses.

Ao escutar a fala de seus pacientes, Freud e Breuer puderam perceber que, na associação feita pelo paciente, vivências anteriores se ligavam no adoecimento presente.

Entendendo ser este um direcionamento regressivo acerca dos sintomas aferentes, a regressão veio a se tornar um componente importante para o surgimento da Psicanálise, visto que o processo de análise está eminentemente referido à vivência patogênica anterior, ou seja, que o paciente “sofre sobretudo de reminiscência” (FREUD & BREUER, 1893-85/2016, p. 25).

Mas, diferentemente de Breuer, Freud pôde considerar condições que se colocavam para além das lembranças de eventos ulteriores, dando lugar aos efeitos da resistência e da transferência no tratamento analítico.

Tenho boas razões para supor que, após a eliminação de todos os sintomas, Breuer inevitavelmente descobriu por novos indícios a motivação [...] dessa transferência, mas escapou-lhe a natureza universal desse inesperado fenômeno, de modo que nesse ponto, como que atingido por um “untoward event” [acontecimento impróprio], ele interrompeu a investigação (FREUD, 1914/2012, p. 252).

De acordo com Barros (1999), Freud considerou o movimento de Breuer uma fuga diante da transferência de sua paciente. Tal movimento lhe possibilitou circunscrever, posteriormente, o fenômeno transferencial. Freud conseguiu alcançar que até mesmo o movimento afetivo do paciente em relação a seu médico deveria ser tomado como objeto de escuta clínica, como uma forma simbólica, comportando um texto enigmático nas amarrações sintomáticas que o sujeito apresenta.

A transferência torna-se, para Freud, um importante conceito, sendo considerado como o endereçamento afetivo à figura do médico, um movimento que consistiria em uma apresentação enigmática do adoecimento do paciente, uma atualização do funcionamento sintomático que se revelava com a mesma dificuldade apresentada pelo sintoma e, portanto, carregado com a mesma força de resistência.

Freud introduziu o conceito de resistência no trabalho analítico a fim de designar o movimento feito pelo analisando para lidar com a dificuldade, inerente ao tratamento, à rememoração que a análise exigia. Tornou-se um conceito decisivo à construção do método analítico, uma vez que valorizava a participação progressiva do sujeito em seu tratamento, diferentemente dos métodos anteriores à criação da Psicanálise.

Vale considerar que, anteriormente, o criador da Psicanálise se dedicava ao enfrentamento da resistência por meio da sugestão hipnótica ou do método catártico. Agora, ele passa a entender que ela é preponderante, vez que incide na dificuldade própria do sujeito.

Eliminar os sintomas já existentes, remover as modificações psíquicas que os fundamentam, significa devolver aos doentes a sua inteira capacidade de resistência, com a qual podem se opor com êxito à ação da nocividade. Pode-se oferecer muito a tais doentes mediante prolongada vigilância e ocasional “chimney sweeping” [limpeza de chaminé]<sup>10</sup> (FREUD & BREUER, 1893/2016, p. 372).

Respeitar a resistência inerente ao adoecimento levou Freud à percepção de que caberia ao sujeito, por meio de sua palavra, construir, junto com seu analista, um novo contorno para seu sofrimento.

Foi por meio de suas experiências e dificuldades clínicas que Freud pôde erigir tal consideração. No atendimento à Emmy Von N (FREUD & BREUER, 1893-95/2016), Freud se deparou com uma paciente que sofria de diferentes acometimentos sintomáticos, tais como alucinações aterrorizantes, inibições na fala, espasmos e tiques convulsivos. Submetida à investigação terapêutica, Emmy pede a Freud que parasse de perguntar “de onde vinha isso e aquilo, mas sim deixá-la contar o que tinha a dizer” (FREUD & BREUER, 1893/2016, p. 96). Além disso, pela dificuldade de se submeter ao processo de hipnose, tal paciente fez Freud considerar o próprio ato de falar livremente do paciente e a posição do médico de escutar o método mais eficiente.

O mesmo se deu com o caso de Elisabeth von R. (FREUD & BREUER, 1893-95/2016) cujo trabalho se processou na insistência de que a paciente produzisse palavras acerca de seu sofrimento, a partir da associação livre. Freud considera ter sido um tratamento em que a sua técnica podia ser comparada à escavação de uma cidade soterrada, já que a conversão da paciente se dava na medida em que a resistência a impedia de falar (GAY, 2019).

Nas palavras de Freud (1893/2016):

Assim, nessa primeira análise completa de uma histeria, por mim empreendida, cheguei a um procedimento que mais tarde elevei a método e empreguei deliberadamente, um procedimento de remoção do material psíquico patogênico por camadas, que gostávamos de comparar à técnica de escavação de uma cidade soterrada. Primeiramente, fazia com que a doente me contasse o que sabia e reparava cuidadosamente onde uma conexão permanecia enigmática, onde parecia faltar um elo na cadeia causal; depois penetrava em camadas mais profundas da lembrança, fazendo agir naquele lugar a investigação hipnótica ou uma técnica similar (FREUD & BREUER, 1893/2016, p. 200).

Com Lucy R. (FREUD & BREUER, 1893-95/2016), ele alcança a percepção de que seu trabalho não se tratava simplesmente da eliminação dos sintomas, mas também seria necessário acolher o movimento sintomático. Freud pôde avançar para uma leitura do sintoma, do enigma que ele representa, podendo ser, então, trabalhado por meio da fala de sua

---

<sup>10</sup> Referência à expressão da paciente Anna O. (FREUD & BREUER, 1893-95/2016, p. 53)

paciente. Com Katharina (idem), ele chega ao entendimento de que o acesso ao inconsciente só é possível na medida em que se pode falar livremente. É na medida em que Freud se atém no texto próprio de seus pacientes que o trabalho analítico começa a operar, sendo a escuta das referidas pacientes a mola propulsora de seu método.

De acordo com Jorge (2017), os quatro casos trabalhados por Freud apresentam um considerável interesse freudiano “na sustentação de um lugar não só de escuta da fala da paciente, como também de invocação dessa fala” (JORGE, 2017, p. 40). Ele encorajava as pacientes à associação livre. Passa a entender que a ruptura da cadeia associativa perpassa a noção de resistência do paciente, sendo esta uma formulação primordial para a criação do método psicanalítico e condição para o que ele postulará para surgimento da transferência.

### **1.3 O método associativo e o inconsciente - a consolidação do método psicanalítico**

É no bojo da clínica médica que nasce a descoberta de Freud sobre a importância da palavra no tratamento dos sintomas, particularizando-se na escuta do sujeito como ponto cardinal de seu método. Tal descoberta se engendra na condição de se furtar das construções gerais acerca do adoecimento, submetendo-se atentamente às questões que perfazem cada caso na sua singularidade. A Psicanálise surge como um saber que se atém na palavra do paciente, no texto próprio do sujeito na reconstituição de sua história. Desse modo, ela, a palavra, torna-se o “elemento essencial, constitutivo, estrutural, do progresso analítico” (LACAN, 1953-54/2009, p. 22).

Freud (1914/2012) nos indica que “a história da psicanálise propriamente se inicia apenas com a inovação técnica da renúncia à hipnose” (FREUD, 1914/2012, p. 258). Ao consolidar a associação livre como regra fundamental, Freud inaugura a clínica psicanalítica propriamente dita.

Tomado como condição de enigma no tratamento psicanalítico, o sintoma passa a encontrar contorno na palavra, a partir da livre fala do paciente sobre as lembranças e pensamentos traumáticos que jaziam sob o sintoma ao longo da vida.

A partir do trabalho com a palavra, Freud se depara com os sonhos revelados por seus pacientes e, por meio deles, ousou se enveredar por um caminho inaugural, em busca de seus sentidos. De acordo com o próprio Freud (1900/2019),

[...] ao longo desses estudos psicanalíticos, me deparei com a interpretação dos sonhos. Os pacientes, que eu havia obrigado a me comunicar todos os pensamentos e associações que lhes ocorressem sobre determinado tema, contaram-me seus sonhos e assim me ensinaram que um sonho pode estar inserido na concatenação psíquica que podemos rastrear na memória a partir de uma ideia patológica. O passo seguinte foi tratar o próprio sonho como um sintoma e aplicar a ele o método de interpretação desenvolvido para os sintomas (FREUD, 1900/2019, p. 132)

Desse modo, Freud (1900/2019, p. 563) passou a considerar “cada nuance da linguagem em que o sonho foi apresentado”, até mesmo nas situações em que ele se apresenta de modo absurdo ou fragmentado, podendo ser entendido “como escritura sagrada”, já que nele não há “nada de arbitrário”, possuindo uma determinação própria.

A análise de sonhos e as consequentes descobertas deram a Freud a base para a publicação de seu livro “A interpretação de sonhos”, em 1900. Essa publicação se tornou um importante instrumento para a construção da metapsicologia freudiana. A partir dessa obra, torna-se possível verificar o ‘rébus’ ou o ‘aspecto pictórico’ que se encontra nos sonhos, sendo uma espécie de quebra-cabeças, em que cada peça tem um valor a ser considerado.

Nessa direção, torna-se necessário seguir nos sonhos uma busca criptográfica, devendo tratá-la como “um tipo de código secreto em que cada signo é traduzido para outro signo segundo uma chave estabelecida” (FREUD, 1900/2019, p. 129). Mais adiante, Freud vai explicar que

a consideração adequada do rébus só acontece quando não faço objeções ao conjunto e aos seus detalhes, mas procuro substituir cada imagem por uma sílaba ou uma palavra representada de alguma forma pela imagem. As palavras que assim se formam deixam de ser sem sentido e podem resultar numa bela e significativa frase poética. O sonho é um enigma pictórico desse tipo, e nossos precursores na esfera da interpretação de sonhos cometeram o erro de interpretar o rébus como desenho (FREUD, 1900/2019, p. 319).

Freud é o primeiro a conferir aos sonhos um sentido latente. Ao descrever sua “análise de uma amostra de sonho” (1900/2019), desenvolve, minuciosamente, a partir dos diferentes fragmentos que compõem o conteúdo manifesto do sonho, a análise de seu próprio sonho, o da injeção de Irma. De acordo com Lacan (1954-55/2010, p. 221), a análise desse sonho se tornou “o momento decisivo em que a função do inconsciente era descoberta”. Nele, podemos verificar associações entre os diferentes elementos que perfazem o pensamento onírico, sejam eles semelhantes, superpostos ou opostos, capazes de evocação de sentidos por recordações que se conjugam, até o limite do insondável, “um umbigo, por assim dizer, com o qual se vincula ao desconhecido” (FREUD, 1900/2019, p. 143).

A partir desse importante trabalho de análise sobre seu próprio sonho, o fundador da Psicanálise nos permite alcançar o texto do sonho, seu conteúdo latente. É nessa direção que o

psicanalista vienense passou a considerar o texto que produz o pensamento do sonho, no qual todas as distorções, modificações, deslocamentos e condensações se articulam a partir de uma determinação psíquica.

Se os sonhos se articulavam como um texto, o seu testemunho, na palavra do paciente, partilharia do mesmo princípio para a revelação dos sintomas. É nessa direção que a técnica da associação livre chega ao estatuto de regra fundamental da Psicanálise, como um método importante na condução clínica do tratamento neurótico.

Analisando sonhos, avançamos um pouco mais no entendimento da composição desse instrumento, o mais maravilhoso e mais misterioso de todos; apenas um pouco, é verdade, mas significa um começo para, a partir de outras formações - que devem ser chamadas patológicas -, progredir em sua dissecação (FREUD, 1900/2019, p. 662).

Dar lugar aos sonhos tornou-se a via possível para o encontro com a linguagem inconsciente, a partir de uma tópica com mecanismos e atividades que lhes são próprios, em que nada acontece por acaso. No processo onírico, há um conteúdo latente, que é expresso, transcrito de maneira enigmática pelo conteúdo manifesto, por meio de metucioso trabalho, conduzido por dois principais mecanismos, a saber, o deslocamento e a condensação.

No trabalho de condensação, o conteúdo manifesto do sonho, quando submetido ao tratamento analítico, revela que há “novos pensamentos escondidos por trás do sonho”, com uma extensão de elementos muito maior do que se poderia imaginar, se considerássemos apenas o conteúdo manifesto (FREUD, 1900/2019, p. 319). O trabalho de condensação nos permite entender que há uma cota indeterminável, uma “extensa condensação do material psicológico na formação do sonho” (idem, p. 320).

Um importante exemplo de condensação pode ser ainda encontrado nas indicações de Freud, em seu sonho supracitado. Ao se referir à “Irma”, Freud atenta para o fato de que, no trabalho de seu sonho, “Irma” não é sua paciente de carne e osso, sendo diferentes pessoas que

se escondem por trás da figura onírica “Irma”, que assim é transformada numa imagem genérica, dotada certamente de traços contraditórios. Irma se torna a representante dessas outras pessoas, sacrificadas no trabalho de condensação, pois passo para ela tudo o que, traço a traço, me lembra essas pessoas (FREUD, 1900/2019, p. 334-335).

No trabalho de deslocamento, Freud indica que nem sempre o que se evidencia com maior clareza no conteúdo manifesto é necessariamente o ponto mais importante do sonho. Desse modo, o conteúdo latente pode se manifestar por representantes deformados, pouco aparentes, ou menos importantes na imagem onírica.

Pudemos observar que os elementos que se destacam no conteúdo [manifesto] do sonho como essenciais não têm o mesmo papel nos pensamentos oníricos. Como corolário, pode-se formular a inversão dessa sentença. Aquilo que nos pensamentos oníricos é evidentemente o conteúdo essencial não precisa estar representado no sonho (FREUD, 1900/2019, p. 347).

É a partir dos dois mecanismos, condensação e deslocamento, que Freud nos permite alcançar a operação que consolida o trabalho de formação dos processos oníricos, sendo estes “os dois mestres artesãos a cuja atividade podemos atribuir essencialmente a forma do sonho” (FREUD, 1900/2019, p. 350).

A partir de suas construções sobre os sonhos, o fundador da Psicanálise pôde considerar que tanto a formação dos sintomas como a operação que possibilita a formação dos sonhos são frutos de uma regulação energética do aparelho psíquico, que se articula de maneira antagônica, ou seja, por uma ordem de forças que operam em oposição. Afinal, se há um laborioso trabalho para modificação do conteúdo aparente, é porque o que pôde se manifestar é apenas um resultado de algo que se busca revelar, mas que, na mesma medida, deve ser ocultado. Desse modo, é possível inferir que “o sonho se comportaria como um sintoma neurótico” (FREUD, 1900/2019, p. 571).

Nessa direção, Freud concebe que os sonhos são, portanto, a realização de desejos ocultados ou drasticamente modificados pela censura.

O sonho é um ato psíquico de pleno valor; sua força motriz é sempre um desejo a ser realizado; o fato de não ser percebido como desejo e suas muitas peculiaridades e absurdos são devidos à influência de censura psíquica que sofreu ao se formar (FREUD, 1900/2019, p. 583).

A censura é um mecanismo psíquico que, a partir do trabalho do sonho de deslocamento e condensação, impede que o sujeito reconheça como seus os desejos dissonantes à educação que recebera, fazendo com que este esteja “liberto de todos os grilhões da ética”, podendo vivenciá-los de maneira alucinatória (FREUD, 1916-17/2014, p. 192).

Os sonhos são, portanto, fenômenos que se constituem de maneira criptografada, justificada pelo fato de que, “para um certo desejo recalcado pelo sujeito, não há tradução direta possível”. É um desejo que não pode se fazer reconhecer, portanto, aparece nas “entrelinhas” (LACAN, 1953-54/2009, p.317). Na formação dos sonhos, Lacan vai dizer que sua composição é marcada por

elipse e pleonasma, hipérbato ou silepse, regressão, repetição, aposição, são esses os deslocamentos sintáticos, é metáfora, catacrese, antonomásia, alegoria, metonímia e sinédoque, as condensações semânticas em que Freud nos ensina a ler as intenções ostentatórias ou demonstrativas, dissimuladoras ou persuasivas, retaliadoras ou sedutoras com que o sujeito modula seu discurso onírico (LACAN, 1953/1998, p. 269).

Freud nos ensina que o trabalho dos processos oníricos denota a operação do aparelho psíquico. Neste, incide a operação de forças antagônicas sobre a instância do desejo em oposição à sua censura, sendo os sonhos a mediação possível entre o que se deseja realizar e que, na mesma medida, o paciente necessita ocultar. Desse modo, podemos inferir que

o sonho não pode ser comparado ao ressoar irregular de um instrumento musical que, em vez de ser tocado pela mão de um músico, é golpeado por uma força externa; ele não é despido de sentido, não é absurdo, não pressupõe que uma parte de nosso acervo de representações esteja dormindo, enquanto outra parte começa a despertar. Trata-se de um fenômeno psíquico de pleno valor, é a realização de um desejo (FREUD, 1900/2019, p. 155).

Um processo semelhante ao sonho ou à formação dos sintomas pode ser visto nas produções de atos falhos e chistes, sendo estes fenômenos também abordados na experiência freudiana.

Sobre os atos falhos, o criador da Psicanálise nos indica tratar-se de “fenômenos muito frequentes, muito conhecidos e muito pouco estudados, os quais nada têm a ver com enfermidades, uma vez que podem ser observados em toda pessoa saudável” (FREUD, 1916/2014, p. 31).

São considerados “atos falhos” a troca de uma palavra por outra, sem a intenção racional daquele que a profere. Pode ser considerado “um ato psíquico pleno, munido de objetivo próprio, devendo, assim, ser compreendido como uma manifestação dotada de conteúdo e significado” ((FREUD, 1916/2014, p. 45). Além disso, não podem ser considerados “obras do acaso, mas atos psíquicos sérios” (idem, p. 58).

Em “Esquecimentos de nomes próprios” (1901/2020), Freud nos oferece o testemunho de seu “ato falho”, a partir de uma vivência de esquecimento aparentemente fortuita, que, submetida ao trabalho de análise, pode ser entendida como efeito de um processo inconsciente.

No decorrer de uma viagem, Freud, ao tentar rememorar o nome de um pintor chamado Signorelli, depara-se com a suspensão momentânea do nome que gostaria de mencionar. Em seu lugar, retornam apenas os nomes de outros pintores, Boticelli e Boltraffio. Recobrando os motivos que o levaram a esse lapso de memória, Freud se dá conta de que, tal como na formação dos sonhos, as palavras advindas à consciência eram fruto de um



“deslocamento” regido pela lógica inconsciente, cuja formação “não está entregue à uma escolha arbitrária” (FREUD, 1901/2020, p. 10).

Em seu trabalho intitulado “O chiste e sua relação com o inconsciente” (1905/2017), Freud irá abordar a dimensão dos chistes, como manifestação inconsciente, que procede com um mecanismo similar aos sonhos, sintomas e atos falhos. Desse modo, ele nos indica que o chiste seria “toda evocação consciente e habilidosa à comicidade”, “um juízo lúdico”, ou “jogo de ideias” (FREUD, 1905/2017, p. 17-18-19). Nessa direção, passa a entender que o chiste é um mecanismo imperioso, na medida em que permite revelar algo que não poderia ser dito.

Suporte de um conteúdo inconsciente, o chiste opera com o jogo de palavras que se revela sem a intenção consciente e que transmite, tanto para quem o faz quanto para quem o ouve, um fato inesperado, causador de surpresa e riso.

Costuma-se dizer que “fazemos” um chiste, mas suspeitamos que, na verdade, nos comportamos aí de outro modo do que quando emitimos um juízo ou fazemos uma objeção. O chiste tem, de maneira destacada, a natureza de algo que nos “ocorre” involuntariamente. Um minuto antes, digamos, não sabemos ainda o chiste que faremos, e só precisará ser dotado de palavras. Pressentimos antes algo indefinível, que eu compararia a uma ausência, um súbito abandono da tensão intelectual - e o chiste surge então de um golpe só, em geral ao mesmo tempo que sua roupagem (FREUD, 1905/2017, p. 239).

Em seu artigo “A relação do chiste com o sonho e o inconsciente” (1905/2017), Freud disserta sobre as semelhanças e as distinções que o chiste possui em relação ao sonho. No que concerne à semelhança, podemos perceber que ambos repousam no mesmo processo de formação, a partir do trabalho de condensação e deslocamento. Além disso, assemelham-se na brevidade de duração. Em suas palavras:

Partimos do fato de que as técnicas do chiste apontam para os mesmos processos que conhecemos como peculiaridades do trabalho do sonho. Ora, é fácil objetar a isso que não teríamos descrito as técnicas do chiste como condensação, deslocamento, etc.; e não teríamos chegado a coincidências tão amplas nos meios de representação do chiste e do sonho, se o conhecimento prévio do trabalho do sonho não tivesse influenciado nossa concepção da técnica do chiste, de modo que, no fundo, apenas achamos confirmadas nos chistes as expectativas com que os abordamos a partir dos sonhos (FREUD, 1905/2017, p. 237).

Mas são processos diferentes à medida em que o sonho é trabalhado a partir de imagens, embora seja possível sonhar com palavras, e o chiste se aporta no jogo de palavras. Além disso, a vivência alucinatória do sonho permite que o sonhador evite o desprazer, já que o processo onírico prevê uma satisfação parcial. O chiste, por sua vez, é a intrusão do prazer no psiquismo.

Essas construções nos permitem chegar ao cerne de nossa questão: a palavra e sua relação com o inconsciente. Freud nos indica que os sintomas, sonhos, chistes e atos falhos são formações do inconsciente organizados por um sistema simbólico. São operadores que se articulam direta ou indiretamente com a dimensão do desejo inconsciente e se colocam como possibilidades de fazer ceder a censura, deixando escapar uma manifestação do desejo sobre o qual o paciente não possui domínio intencional, ou seja, algo que aparece, apesar ou para além, de suas vontades racionais. Nessa direção, podemos perceber o trabalho analítico em que, ao se fiar pela livre fala do sujeito, oferece abertura para que um desejo possa vir a comparecer, pela palavra endereçada ao analista.

#### 1.4 O ato de tomar a palavra – as contribuições de Lacan

Resgatando o lugar dado à palavra na experiência freudiana, Lacan situa a Psicanálise como campo da linguagem, extraindo da Linguística consequências conceituais, reintroduzindo a tessitura da palavra no seio da experiência psicanalítica. Nessa direção, a palavra é levada às últimas consequências, sendo considerada em todas suas formas e lugares nas composições textuais da fala do sujeito.

Quanto ao conceito de sujeito, é também a partir de Lacan que este se torna parte do corpo teórico da Psicanálise. Sendo efeito do inconsciente, a noção de sujeito indica que este “deve ser severamente distinguido tanto do indivíduo biológico quanto de qualquer evolução psicológica classificável como objeto de compreensão” (LACAN, 1966/1998, p. 890). É um sujeito que advém como possibilidade, não sendo a “causa dele mesmo, mas traz em si o germe da causa que o cinde” (LACAN, 1966/1998, p. 849). Para advir, o sujeito se aporta na palavra, como efeito de uma fala.

Para Lacan, “a palavra tem função criadora” (LACAN, 1953-54/2009, p. 314). Ela não se encerra em um único significado, mas alcança sentido à medida em que é alinhavada na soma de seus empregos na rede de palavras construída na fala do paciente. Portanto, é justamente nas associações que compõem a discursividade, no lugar que ocupa na estrutura semântica das associações livres, que o sujeito pode advir pela palavra (LACAN, 1953-54/2009): “No interior do que se chamam associações livre, imagens do sonho, sintomas, manifesta-se uma palavra que traz a verdade. Se a descoberta de Freud tem um sentido é este – a verdade pega o erro pelo cangote, na equivocação” (LACAN, 1953-54/2009, p. 345).

O diálogo construído por Lacan entre a Psicanálise e a linguagem possibilitou a compreensão do inconsciente freudiano sob o regimento de uma lógica significante. “O inconsciente, a partir de Freud, é uma cadeia de significantes que em algum lugar (numa outra cena, escreve ele) se repete e insiste” (LACAN, 1960/1998, p. 813). É seguindo essa direção que Lacan atribui à dimensão significante o valor estruturante da escuta analítica.

Nas considerações de Dubois (2004, p. 84), o significante é “uma marca, um rastro, uma escrita, mas não pode ser lido sozinho”. São operações, na medida em que nenhum significante possui um significado em si, remetendo-se a outro significante, articulando-se em cadeia. Com Lacan, podemos conceber o significante como “distinto da significação. O que distingue é o fato de ser em si mesmo sem significação própria. Tentem imaginar em consequência do que pode ser a aparição de um puro significante. Naturalmente, nem mesmo podemos imaginá-lo” (LACAN, 1955-56/2010, p. 233).

A partir dos alcances de Freud em torno dos sintomas, sonhos, chistes e atos falhos, Lacan atribui a esses elementos a função significante da palavra, entendendo serem estas formações de uma composição criptográfica de seus elementos, formados por um sistema simbólico, na superposição das significações de um material significante, que circunscreve uma dimensão do desejo que não pode aparecer em uma tradução direta. Desse modo, “Freud mostra-nos como a palavra, [...] pode se fazer reconhecer através de qualquer coisa, desde que essa qualquer coisa seja organizada em sistema simbólico” (LACAN, 1953-54/2009, p. 317).

Com a dimensão significante, Lacan restitui a palavra do sujeito para além do atributo verbal, considerando as enunciações proferidas nas diferentes manifestações, seja por meio de sinais, pelo próprio corpo e até mesmo através do silêncio, afinal, “um gesto humano está do lado da linguagem e não da manifestação motora” (LACAN, 1953-54/2009, p. 331).

Além disso, a dimensão significante permite uma outra leitura da fala do paciente, incluindo as falhas e as incongruências que ela comporta, como algo que sinaliza para além do que se pretende dizer. A irrupção de um “erro” não diz de uma contradição, algo a ser corrigido. É justamente na hiância, na equivocação do lapso verbal, na evidência da falha que uma verdade pode se revelar, tal como acontece nos atos falhos que, de acordo com Lacan, são atos “bem-sucedidos”, uma vez que “nossas palavras que tropeçam são palavras que confessam. Elas, revelam uma verdade de detrás” (LACAN, 1953-54/2009, p. 345).

Mas essa verdade não é plena ou integral. No intervalo dos significantes, há uma quebra, um hiato das representações, já que a linguagem humana abarca sempre um resto inominável. Por essa condição, a palavra que revela também oculta uma opacidade. Não se trata, portanto, de buscar na palavra um signo ou uma significação correspondente para

preencher a lacuna da comunicação, mas, sim, de se guiar pela palavra anunciada e escutar “no discurso essa palavra que se manifesta através, ou mesmo apesar, do sujeito” (LACAN, 1953-54/2009, p. 346).

As consequências dessa leitura clínica desenvolvida por Lacan nos permitem entender que o paciente, ao proferir sua palavra, evidencia que, além de falar, é falado, ou seja, que a formação do inconsciente “fala no sujeito, além do sujeito, e mesmo quando o sujeito não o sabe, e diz sobre isso mais do que crê” (LACAN, 1955-56/1988, p. 54).

Isso significa que toda a sua comunicação o ultrapassa, dizendo sempre mais do que acredita dizer. O sujeito do inconsciente está intimamente ligado com os significantes que o constituem. Desde sua chegada ao mundo, ele é mergulhado no campo da linguagem e passa a ser referido a um Outro, sede dos significantes, como lugar que lhe precede. Nas palavras de Lacan, podemos alcançar que o Outro “é o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer” (LACAN, 1964/2008, p. 200).

Esse Outro, ao lhe ser atribuída a letra maiúscula, comporta o adjetivo “grande”, que se difere dos pequenos outros, semelhantes. Esse Outro é a referência simbólica, lugar onde se coloca para o sujeito toda a sua história, seja da infância, seja de sua historicidade anterior ao nascimento. É o lugar que carrega a questão de sua existência. Por esse motivo, o sujeito tem como condição existencial carregar a marca desse Outro (QUINET, 2012).

Se o sujeito é o que lhes ensino, a saber, o sujeito determinado pela linguagem e pela fala, isto quer dizer que o sujeito, *in initio*, começa no lugar do Outro, no que é lá que surge o primeiro significante. Ora, o que é um significante? [...] um significante é aquilo que representa um sujeito, para quem? – não para um outro sujeito, mas para um outro significante [...] O sujeito nasce no que, no campo do Outro, surge o significante. Mas por este fato mesmo, isto – que antes não era nada senão sujeito por vir – se coagula em significante (LACAN, 1964/2008, p. 193-194).

O Outro é, portanto, de onde vem a linguagem, é a sede dos significantes, sendo o campo do qual partem os significantes que instituem a criança na vida. Mas, para que essa instituição aconteça, é necessário que o lugar do Outro seja ocupado por algum outro, com letra minúscula, referente a um semelhante, para representar o mundo e possibilitar um aporte do sujeito na linguagem.

Freud (1895/1969) nomeou como desamparo fundamental do ser humano a necessidade de uma intervenção outra à sobrevivência. Ao nascer, o infante se depara com um grande desamparo, relegando a continuidade de sua existência eminentemente atrelada à possibilidade de que um outro venha em seu auxílio, acolhendo-o e lançando sobre ele uma ação específica que possibilita a sua sobrevivência e, ao mesmo tempo, a uma experiência de

satisfação. É com a intervenção de um outro que uma condição de existência se torna possível.

Para que o bebê humano venha a se constituir como sujeito, este precisará passar por uma operação que se divide em dois tempos, a saber, a *alienação* e a *separação*. O primeiro tempo, a *alienação*, é designado como aquele em que há uma íntima relação entre a criança e a mãe, momento em que ela encarna a função de Outro primordial, sede dos significantes, sendo capaz de “ouvir” o que o bebê ainda não disse; de ver nele aquilo que ele ainda não é (LACAN, 1964/2008).

Desde os primeiros gestos infantis, até mesmo o choro que busca descarregar a tensão invasiva do corpo que ainda sequer reconhece como seu, o bebê, que é ainda um precipitado de homem, poderá receber do Outro os significantes que darão borda à sua existência. Assim, nesse primeiro momento, a mãe, ou quem faz a função de maternagem, é, para a criança, a encarnação do mundo da linguagem, ocupando, portanto, um lugar essencial para o bebê humano, na medida que constrói amarrações da criança no mundo.

Em seu importante trabalho sobre o estágio do espelho, Lacan (1949/1998) desenvolve a importância da confirmação do Outro, transmissor da linguagem, sobre a existência da criança. Essa confirmação se faz quando o outro, semelhante, encarna o Outro primordial.

É pela palavra que vem do Outro materno que se confere à ascensão imaginária um esteio à formação da subjetividade, como uma antecipação que lhe dirá: “És isto” e, portanto, poderás “existir”. Uma identificação imaginária, entretanto, não é o suficiente para o advento do sujeito, afinal, o sujeito não se reduz à imagem.

É preciso que um terceiro intervenha, o pai ou sua representação metafórica, na passagem do primeiro para o segundo momento, fazendo um corte nessa relação imaginária, especular e alienante, operando, portanto, uma *separação*. Se a sobrevivência do filhote de homem só se torna possível na medida em que um Outro o inscreve em seu discurso, é também com a cisão dessa relação dual “eu” - “outro”, que há o surgimento de uma abertura para a inscrição simbólica. A operação de separação implica um porvir pela via do questionamento em torno do Outro (LACAN, 1964/2008).

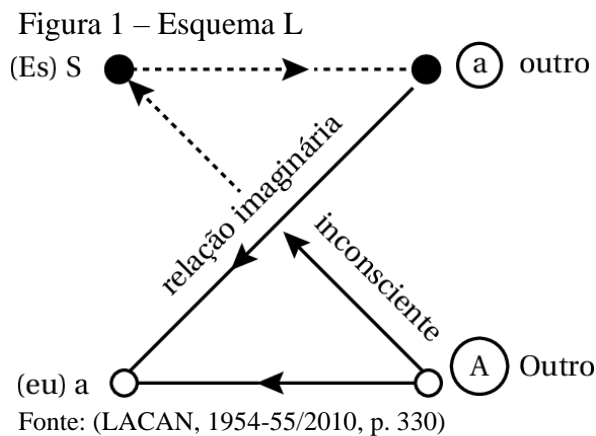
Na operação de *separação*, a intervenção do pai vai operar como uma produção de fissura, de uma abertura do desejo imperioso da mãe sobre a criança, para que ela possa ir ao encontro de outros desejos, que não seja a própria criança. Essa intervenção vai incidir concomitantemente na criança, na mesma proporção.

A intervenção paterna imprime uma falta simbólica, transmitindo a noção de que a criança não completa a mãe e que a mãe também não é um Outro absoluto, também não sendo, assim, capaz de aplacar a falta da criança.

Isso nos faz perceber que, ainda que a alienação promovida pelo outro materno, no campo do Outro, seja fundamental para a existência do sujeito, a operação de separação possibilita que o sujeito possa, a partir da falta, ancorar-se em seu próprio desejo, construindo questionamentos em torno do Outro, o que fundamentará a sua estruturação psíquica, a qual possibilitará o sujeito tomar uma posição na linguagem.

Essas construções nos permitem chegar ao entendimento de que, ao falar, o paciente revela sua posição, a forma como toma a palavra para se situar na vida, perante o Outro primordial e aos outros semelhantes.

Para ampliar a discussão, tomaremos a ilustração de Lacan em seu esquema L, de forma a melhor compreender as problemáticas que atravessam a constituição do sujeito na linguagem e sua relação com o campo do Outro. Nesse esquema, Lacan situa quatro lugares necessários na constituição do sujeito e também o lugar da palavra falada, a saber, o sujeito (S), o eu (a'), o outro (a) e o Outro (A).



Lacan demonstra que a formação do eu (a') é uma formação imaginária, narcísica, em que ele reconhece como seu, espelhado pelo outro (a), seu semelhante. Acessar a imagem do semelhante, apesar de fundamental, não basta para que o precipitado de homem se constitua como sujeito. Podemos metaforizar essa relação com a criança e sua mãe, como já foi supracitado. É preciso que ocorra um desvio, promovido pela barra do campo do Outro (A), a partir da metáfora paterna, que irá instituir uma diferença entre o eu (a') e o outro (a), impedindo-o de um acesso direto a esse outro (a) (LACAN, J. 1954-55/2010).

Ao instituir a criança em um mundo simbólico, o Outro (A) possibilita que aconteça um impedimento, uma cisão que possibilitará o surgimento do sujeito (S) a partir de um desvio. Ser sujeito, portanto, não condiz com uma inteireza da assunção de uma imagem e nem mesmo com a fusão ao desejo do Outro, como absoluto, mas incide como uma abertura, ancorada na mediação simbólica.

Seguindo esse caminho, podemos inferir que o trabalho analítico não se encerra na expectativa de encontrar na fala do paciente a presença de significados, pois isso recairá numa ideiação imaginária, do que o eu (a') possui em relação a si mesmo e a seus objetos. Trata-se, assim, de encontrar, na fenda, na equivocidade da fala, o advento do sujeito (S) (LACAN, J. 1954-55/2010).

Os eixos transversais do esquema L demonstram a condição de triplicidade que constitui a inserção da criança na linguagem. Sem o intercruzamento dos eixos, sem a inserção de um terceiro ocupado pelo Outro, a criança tomaria o outro como absoluto (imaginário). Nessa direção, Darmon (1994) aponta que entre o Outro (A) e o sujeito (S), há uma flecha que atravessa em pontilhados, quebrada pela travessia da flecha eu (a') e outro (a). O desvio promovido pelo Outro se coloca como uma barreira ou filtro, sendo uma espécie de barreira simbólica que faz mediação entre o eu (a') e o outro (a) na dimensão imaginária e entre sujeito (S) e o Outro (A) na dimensão simbólica.

No esquema, o sujeito (S) se diferencia do eu (a'). No trabalho analítico, é justamente quando algo da estrutura imaginária do eu (a') se desloca, que o sujeito (S) encontra uma abertura para advir, enquanto ruptura: “É o sujeito, não em sua totalidade, porém em sua abertura. Como de costume, ele não sabe o que diz. [...] Claro que não é aí que ele se vê - isto, nunca ocorre – nem mesmo no fim da análise. Ele se vê em a, e é por isso que ele tem um eu” (LACAN, 1954-55/1985, p. 307).

Quando o paciente se dirige ao analista, ele se apresenta com seu eu (a') e irá se endereçar ao analista, como um outro (a). O analista, por sua vez, deverá atentar para o fato de que não cabe a ele responder ao paciente do lugar de um outro (a), já que uma análise não se justifica como um modelo especular, de um ideal imaginário.

Nas indicações de Darmon (1994), o trabalho analítico permite amplificar o discurso inconsciente. O analista tira partido de um apagamento do polo analista na relação de transferência, ou seja, o analista como outro se apaga, torna-se objeto e possibilita que o polo a' se confunda com A, para onde o sujeito verdadeiramente se endereça.

A experiência freudiana permitiu entender que o que se espera de um analista é que, em sua prática clínica, seu “eu” esteja apagado ou ausente (LACAN. 1954-55/2010). Em

outras palavras, a experiência analítica é um trabalho que possibilita o advento do sujeito. Ela só se torna possível na medida em que o analista aceita não tomar o lugar de outro (a) e reimprimir uma dualidade imaginária.

Ao tomar a palavra, o sujeito encontra, no trabalho analítico, a possibilidade de se deparar com a redescoberta de sua verdade, o que, nas palavras de Lacan, pode ser entendido como o fato de “o sujeito descobrir progressivamente a que Outro ele verdadeiramente se endereça, apesar de não sabê-lo, e de ele assumir progressivamente as relações de transferência no lugar onde está, e onde, de início, não sabia que estava” (LACAN, 1954-55/2010, p. 334).

De acordo com Sauret (2006), o trabalho analítico possibilita que o sujeito possa descobrir o “estofado do qual é fabricada sua singularidade” e, a partir dessa descoberta, encontrar saídas mais interessantes para sua existência (SAURET, 2006, p. 27).

Retomando agora o ponto de partida deste capítulo sobre o lugar dado à palavra para a Psicanálise, podemos perceber que, ao tomar a palavra, aquele que fala pode encontrar, na presença do analista, o lugar de escuta que lhe permite se encontrar com o que se produz em sua fala. É na presença de um outro, o analista, que a palavra ganha valor. Ainda que o analista não responda desse lugar de outro, poderá possibilitar que o sujeito alcance o Outro, para o qual ele realmente se endereça. É nessa condição de endereçamento, de um encontro com o analista, que essa operação poderá ter como consequência o advento do sujeito.

Situando as construções alcançadas no campo do qual são retiradas as consequências clínicas para esta pesquisa, faremos, a seguir, uma articulação do trabalho analítico com a palavra em extensão do campo da saúde mental.



## **2 PELA VIA DA PALAVRA: REFLEXÕES SOBRE A CLÍNICA DA PSICANÁLISE EM UM AMBULATÓRIO DE PSICOLOGIA**

O percurso realizado no primeiro capítulo introduziu em nossa pesquisa o lugar dado à palavra na Psicanálise, como uma via de acesso ao inconsciente e à determinação significativa. Sabemos agora que a possibilidade de endereçamento de fala é o caminho que poderá permitir o advento do sujeito, na medida em que este possa tomar um lugar nisto que se produz em sua fala.

Caminhando para o desenvolvimento do segundo capítulo, seguimos nossa investigação acerca dos efeitos produzidos no trabalho analítico pela palavra, articulando esse trabalho ao campo do qual extraímos as consequências clínicas para esta pesquisa, a saber, o Ambulatório de Psicologia vinculado à Rede de Saúde Mental um município no interior de Minas Gerais.

Consideramos necessário indicar o campo institucional do estudo, já que o trabalho a que aqui nos referimos, é fruto de uma clínica que se sustenta pela Psicanálise, mas se particulariza na diferença de se aportar no funcionamento institucional do campo da saúde. De acordo com Sciara (2004), a palavra instituição está eminentemente alicerçada à forma como as coisas foram instituídas e ao lugar simbólico que ocupam na organização social.

Lebrun (2009) afirma que a palavra instituição remete a duas acepções. A primeira designa instituir, estabelecer ou fundar, e a segunda designa a coisa instituída, seja ela jurídica, social, grupal ou outros. Ambas comportam, na palavra instituição, o duplo significado, seja da ação de instituir ou do estado do que está instituído. Sendo assim, as instituições “designam o conjunto das formas ou estruturas fundamentais de organização social [...] pela lei ou pelos costumes” (LEBRUN, 2009, p. 13).

Desse modo, se a instituição diz de como uma determinada coisa foi instituída, esta não poderá se desvencilhar do processo que a instituiu. No caso de uma instituição de saúde, mesmo que seja voltada à saúde mental, ainda assim, possui um modo próprio de se instituir no social, sendo um campo heterogêneo em relação à Psicanálise. Portanto, esse campo institucional opera em resposta ao lugar que a saúde é convocada na sociedade.

Partidária da Ciência Moderna, a saúde é designada atualmente pela Organização Mundial da Saúde como “completo bem-estar físico, mental e social” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946). No Brasil, é um direito constituído e seus dispositivos

inserem-se nas políticas públicas a serviço da sociedade. Assim sendo, as pessoas que se vinculam aos trabalhos desenvolvidos nos dispositivos da saúde possuem um modo de endereçamento singular a essa especificidade institucional.

Sendo o ambulatório de Psicologia um espaço clínico vinculado à rede de saúde mental, colocam-se para nós como indagações: o que pode a Psicanálise nesse contexto? Há espaço para o sujeito nesse cenário?

Sabemos que sujeito da Psicanálise se constitui na linguagem e possui, como condição existencial, a sua inserção pelo Outro em uma ordem social. Isso não significa que ele é determinado pelo Outro ou que é um produto do social. Ele possui uma posição de alteridade perante os elementos que o constituem. Todavia, é inegável que sua existência esteja eminentemente atrelada ao social, padecendo dos efeitos que marcam a sua inserção em um determinado espaço, em uma determinada sociedade.

Freud (1920-23/2011), em seu texto “Psicologia das massas e análise do eu”, já nos advertia que, “na vida psíquica do ser individual, o Outro é via de regra considerado enquanto modelo, objeto, auxiliador [...] e, portanto, a psicologia individual é também, desde o início, psicologia social, num sentido ampliado, mas inteiramente justificado” (FREUD, 1920-23/2011, p. 14).

Nessa direção, Freud observa que devemos considerar “o ser individual como membro de uma tribo, um povo, uma casta, uma classe, uma instituição” (FREUD, 1920-23/2011, p.15). Não podemos pensar o sujeito sem considerar o lugar e a época em que este está inserido. Desse modo, a escuta clínica não pode acontecer sem levar em conta o contexto e o lugar onde ela se insere.

Consideramos importante descrever a especificidade do contexto institucional, levando em conta todo o entorno do dispositivo onde a clínica psicanalítica se sustenta. Por essa razão, buscaremos descrever as características do lugar de onde partem as consequências dessa pesquisa, além das condições sociais, políticas, econômicas e geográficas que especificam esse trabalho.

É importante considerar que o campo da saúde mental possui uma característica muito particular, justamente por ser um lugar de incursão no campo das políticas públicas, que marca a história da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Entendemos ser importante contextualizar todo o panorama das políticas vigentes de saúde mental que afetam o cotidiano dos serviços. Nessa direção, buscaremos perfazer, brevemente, uma leitura histórica do lugar da clínica psicanalítica nas políticas públicas e no campo da saúde mental, para que possamos dialogar

com o espaço onde esta pesquisa se insere, bem como compreender as implicações do trabalho desenvolvido.

## **2.1 A clínica na saúde mental – uma breve discussão sobre a Psicanálise na Reforma Psiquiátrica**

No cerne das discussões que perpassam as políticas de saúde mental na contemporaneidade, e sobretudo no Brasil, é notória a presença de uma certa tensão entre clínica e política. Há, de certo modo, um notório incentivo à promoção de práticas focais, consideradas ágeis e resolutivas. Estas podem, por vezes, perpassar as construções sociais e políticas, enquanto a clínica, como viés paradigmático, fica cada vez mais relativizada.

No cotidiano dos diferentes dispositivos, podemos perceber que os profissionais engajados nos movimentos políticos ou aqueles que assumem um posicionamento mais biologistas sobre as questões de saúde mental demonstram um certo estranhamento, quando usamos o vocabulário da clínica na condução do trabalho. Entendem que essa referência coloca o paciente no campo da negatividade, da patologização, não devendo, portanto, ser considerada.

Diante da pluralidade de profissionais nos serviços de saúde, podemos perceber que há aqueles que definem a clínica, tanto a médica clássica quanto as clínicas existenciais ou a própria Psicanálise, como uma concepção ultrapassada, insuficiente. Há também aqueles que entendem que a clínica é a base do trabalho em saúde mental, sendo um instrumento historicamente reconhecido para lidar com a loucura.

Nessa direção, coloca-se para nós a necessidade de discutir a importância da clínica, em especial, a clínica psicanalítica, nas narrativas das políticas públicas de saúde mental. Para isso, faremos uma breve digressão histórica sobre a questão da loucura e o advento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo, de forma a entender os rumos das legislações atuais, as discussões sobre a clínica e o seu lugar nesse contexto.

A palavra clínica, do grego *kliné*, tem sua gênese na Medicina, sendo o clínico “aquele que se debruça sobre o leito do doente para observá-lo” (TREVIZAN, 2012, p. 124). Foucault (1994) explica que o método clínico surgiu como advento da Medicina moderna no século XIX, erigindo um saber sobre a doença, o modo como ela se desenvolve no organismo. Nesse cenário, o olhar tornou-se a pedra angular da prática clínica, dando ênfase ao corpo e seu

funcionamento. Por meio das Ciências Médicas, é instituído um discurso de saber sobre a doença e o doente.

Contemporâneas ao advento da Medicina moderna, novas disciplinas e novos campos de saber surgem como alternativas à clínica médica, como o é o caso da Psicanálise, um saber que nasce no bojo da Medicina moderna, mas se consolida como um saber que é efeito de uma ruptura com esse discurso para erigir um discurso próprio, uma clínica própria (ERLICH & ALBERTI, 2008).

Novas concepções de clínica se consolidam na virada do século XIX para o século XX, inaugurando conduções alternativas ao olhar, incluindo, nessa perspectiva, a clínica psiquiátrica. De acordo com Carneiro (2008), a história da clínica psiquiátrica e psicanalítica é marcada por intercruzamentos e rupturas.

Em meados do século XX, a Psiquiatria, que advinha da Medicina fisiologista, passa a se ancorar em uma outra possibilidade, a partir do encontro com a Psicanálise. Nas considerações de Russo & Venâncio (2005), na metade do século XX, a Psiquiatria se torna uma clínica predominantemente psicanalítica.

As mudanças das políticas públicas, os efeitos da globalização e o avanço das indústrias farmacêuticas, entretanto, fizeram reavivar o aspecto comportamental ou biologizante na condução do tratamento psiquiátrico na contemporaneidade. Além disso, a associação do paradigma clínico à manutenção da lógica manicomial possibilitou uma grande ruptura entre as vertentes clínicas e políticas.

Trataremos dessa discussão ao longo deste capítulo e, para isso, consideramos importante retomar brevemente a história da reforma psiquiátrica no Brasil, de forma a compreender os atravessamentos históricos que trazem implicações sobre os modos de intervenção preconizados nos serviços de saúde mental no momento atual.

### 2.1.1 A reforma psiquiátrica no Brasil

O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil teve, como ponto de partida, importantes discussões. A precária condição de trabalho dos profissionais de saúde mental, a constância de maus tratos aos pacientes submetidos à Psiquiatria manicomial e a influência de diferentes países nas promessas de um novo modelo psiquiátrico recobravam a luta pela

ascensão do “louco” aos seus direitos de cidadania (SANTOS, OLIVEIRA & YAMAMOTO, 2009).

Rinaldi (2006) reitera que a mobilização da reforma psiquiátrica se deu em diversos países do mundo e também no Brasil, a partir da crítica à hegemonia do saber médico-psiquiátrico e na ênfase da doença mental. Figueiredo (2019) afirma que os ideais preventivistas da Psiquiatria comunitária no EUA, a partir da década de 1960, aliados às propostas da Organização Mundial da Saúde (OMS) de promoção à saúde, deram início à discussão da promoção à saúde mental, em oposição à concepção de doença mental.

No Brasil, a reforma nasce marcada por duas dimensões, política e clínica. De acordo com Amarante (1998), a mobilização profissional e política da década de 1970 possibilitou que ocorresse um importante redirecionamento da assistência em saúde mental. Para Tenório (2002), é no anúncio da reforma que dois principais grupos deram início às problematizações sobre a questão da loucura, a saber, o movimento marcado pela reestruturação da clínica e o outro marcado pela busca de sua superação, a partir de reformulações sociais e políticas.

No que concerne ao primeiro movimento, às discussões se pautavam na crítica ao modelo asilar, buscando ampliar e reformular o paradigma clínico, a fim de alcançar intervenções mais efetivas, tais como ambulatórios de saúde mental, hospitais-dia, humanização da assistência em hospitais psiquiátricos, integração de ações em todos os níveis de atenção (ALMEIDA, 2018). Movimentados pela promessa da reforma psiquiátrica, os profissionais da assistência apostaram nos ambulatórios como uma “atraente proposta” de reestruturação da assistência psiquiátrica, até então desenvolvida na perspectiva asilar e medicamentosa (DAMOUS & ERLICH, 2017, p. 915).

Todavia, o incentivo e a ampliação dos dispositivos ambulatoriais tão logo repercutiram como alternativa ineficiente à questão psiquiátrica. Considerados portas de entrada para o hospital, os ambulatórios foram bastante questionados e acusados de cronificação, já que, na maioria das vezes, eram conduzidos por psiquiatras conservadores (DAMOUS & ERLICH, 2017).

Esse mesmo período é marcado pela abertura e aproximação de outros saberes nas instituições e serviços públicos, tais como assistentes sociais, pedagogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, psicoterapeutas e psicanalistas. Além disso, vale ressaltar que a Psicanálise assume lugar importante nas problematizações da reforma psiquiátrica, sendo por meio dela que uma outra condução clínica acerca da neurose e da psicose aparece como alternativa ao tratamento asilar, principalmente pelo desenvolvimento da clínica das psicoses de Jacques Lacan. Esse momento é marcado por uma importante movimentação de

psicanalistas motivados à mudança do *locus* tradicional do consultório privado para a atuação no espaço institucional.

Em meados do século XX, a Psicanálise ganha um notório espaço nas instituições, tornando-se quase uma pré-condição para a formação psiquiátrica, nos Estados Unidos, França e no Brasil.

Nos anos 1950 e 1960 era absolutamente impossível para um psiquiatra americano fazer carreira sem ter feito formação em psicanálise. Todos os chefes de cátedra eram psicanalistas. O mesmo, ou algo parecido, ocorreu no Brasil nos anos 1960. Há nesse momento uma dominância do discurso psicanalítico e, conseqüentemente, do modo psicanalítico de compreensão da doença mental no interior da psiquiatria (RUSSO & VENÂNCIO, 2005, p. 462).

Contemporâneo ao movimento de reestruturação clínica e psiquiátrica surge o segundo movimento em prol da reforma, contrapondo-se ao paradigma clínico, consolidado como paradigma comunitário e político.

Batista (2014) considera que ambos os movimentos caminhavam rumo ao avanço da reforma. O movimento pautado pelo paradigma clínico defendia a Psiquiatria reformada, de modo que as instituições pudessem se tornar de fato terapêuticas, tais como as propostas de comunidade terapêutica na Inglaterra e a psicoterapia institucional na França.

Mas havia também o movimento cujo pressuposto se dava na abertura da questão da loucura para o social, como era o caso da Psiquiatria democrática defendida e promovida por Franco Basaglia na Itália (BATISTA, 2014).

De acordo com Russo & Venâncio (2005), o segundo movimento em prol da reforma mobilizou

mudanças importantes no funcionamento das instituições encarregadas do cuidado com os doentes mentais, produzindo novas instituições não-asilares e novos dispositivos de tratamento. Produziu, além disso, uma importante discussão política acerca da cidadania (e, portanto, da autonomia e do livre-arbítrio) do doente mental, propondo uma mudança radical no seu estatuto (RUSSO & VENÂNCIO, 2005, p. 462).

Vale ressaltar que, entre as décadas de 1960 e 1970, o movimento clínico (fortemente influenciado pela Psicanálise na modificação da condução terapêutica sobre a doença mental) e o movimento político (fomentado pelos ideais italianos da antipsiquiatria), embora se fortalecessem com perspectivas diferentes, possuíam ainda uma relação pacífica, uma vez que ambos caminhavam na direção de uma certa libertação, seja institucional, seja da palavra do paciente, como é o caso da Psicanálise (RUSSO & VENÂNCIO, 2005).

No Brasil, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, influenciado pelas perspectivas clínicas e políticas ou comunitárias, tributário ao movimento da Reforma

Sanitária, provocou discussões sobre a insuficiência do modelo hospitalocêntrico no final da década de 1970. De acordo com Pessoa (2016), a reforma psiquiátrica emerge como um movimento político, partidário à reforma sanitária da década de 1980, sustentando-se a partir de “uma profunda crítica ao modelo manicomial e hospitalocêntrico e ao agenciamento social da loucura baseado na segregação” (PESSOA, 2016, p. 9).

A união de diferentes profissionais (psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais), ligados à Psiquiatria da década de 1970, fez alavancar importantes problematizações no fomento à reforma psiquiátrica. Na década de 1980, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental marcaram o início das transformações institucionais e modificações das práticas de tratamento psiquiátrico (BATISTA, 2014).

Com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, a I Conferência Nacional de Saúde Mental deu início à promessa de desconstrução das formas arraigadas de tratamento da loucura. Além disso, a convocação da participação social se tornou uma importante característica das discussões e articulações em torno da causa (TENÓRIO, 2001).

No Brasil, o movimento italiano de Franco Basaglia trazia fortes inspirações nas propostas de reforma. Basaglia se opunha ao modelo asilar e também se contrapunha à concepção de comunidade da Psiquiatria preventiva, apostando no meio social como uma “rede de suporte, um instrumento de aceitação da diferença, e não de “normalização” do social” (TENÓRIO, 2001, p.29). Suas contribuições foram essenciais para o desdobramento da reforma no país.

Concomitantemente às problemáticas da questão psiquiátrica, os movimentos em prol da reforma sanitária vinham também sendo elaborados. A formalização da Constituição Federal de 1988 e a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, foram conquistas importantes para as políticas públicas de saúde no país, influenciando fortemente nas discussões e práticas de cuidado em saúde mental. Damous & Erlich (2017) reiteram que a nova proposta política de saúde enfatizou a importância da cidadania e a inclusão social em todo território nacional.

Com os princípios de *universalidade* (de acesso), *equidade* (justa igualdade) e a *integralidade* (de cuidado em todos os níveis de assistência à saúde) (BRASIL, 1990), o SUS, fundamentado pelas prerrogativas de cidadania e inclusão social, formalizou a práxis de saúde em todo território nacional. Tornava-se cada vez mais pungente a necessidade de criação de serviços alternativos à Psiquiatria, bem como o reposicionamento da loucura perante a sociedade (DAMOUS & ERLICH, 2017).

O advento da reforma sanitária promoveu a abertura para que a questão da loucura também fosse articulada aos dispositivos de saúde no Brasil. Se, no âmbito da saúde, a participação da assistência multidisciplinar assume um lugar de grande importância, no âmbito da saúde mental, não poderia funcionar de maneira divergente. Articuladas com os movimentos da época, diferentes instituições dão início a novas formas de tratamento.

Anteriormente à conquista da reforma sanitária e do movimento de reforma psiquiátrica, duas experiências institucionais proporcionaram significativas conquistas no âmbito da saúde mental. O Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, e a Casa de Saúde Anchieta, em Santos, fizeram emanar uma nova arquitetura de cuidado em saúde mental no Brasil, na década de 1980 (TENÓRIO, 2001).

No alcance das conquistas da reforma psiquiátrica, a portaria nº 189, de 1991, regulamentada pela portaria nº 224, de 1992, inseriu os principais modelos de atenção, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS), definindo financiamento, normas e diretrizes para a organização desses dispositivos extra-hospitalares na assistência em saúde mental, funcionando como

unidades regionais de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, com o funcionamento mínimo de cinco dias na semana em horário diurno, podendo funcionar 24 horas por dia durante os sete dias da semana, contando com equipe multiprofissional para os seguintes procedimentos, entre outros: atendimento individual (médico, psicoterápico e outros), grupos diversos e oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade, nas quais se incluem o lazer assistido e o trabalho protegido, não mencionados explicitamente. (TENÓRIO, 2001, p. 38).

Podemos dizer que os anos 1990 são um momento oportuno para mudanças nas práticas de saúde mental no país. A inserção de serviços substitutivos consolidou a proposta de cuidado integral a partir da condução multidisciplinar, sustentando, a partir de novas práticas, o cuidado de base territorial.

De acordo com Silva e Pinho (2015), a lógica territorial veio dar lugar à possibilidade de leitura interdisciplinar das questões de saúde. A ideia de “território” vem a incidir como uma perspectiva conceitual que ultrapassa os limites físicos, construído pelas relações sociais, culturais, históricas e políticas, “marcado pelo espaço em que a vida acontece e se processa, cada uma com suas características e peculiaridades (SILVA; PINHO, 2015, p. 421).

Para Elia (2005), o conceito de território veio a incidir como uma concepção que ultrapassa o campo geográfico,



sendo tecido pelos fios [...] das instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, incluindo: o lar, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas, o posto de saúde, o hospital, o trem, o morro, o conselho tutelar (...) cuja importância é função da relação do sujeito com cada uma delas, incluindo, centralmente, portanto, o próprio sujeito na construção do território (ELIA, 2005, p. 47).

Vale considerar que o conceito de território se torna intimamente articulado ao conceito de intersectorialidade, outra categoria fundamental no alcance da reforma. Por intersectorialidade é possível inferir a ampliação das instituições e articulação conjunta do cuidado, formando, assim, uma rede de dispositivos em saúde mental capaz de considerar as singularidades do território onde estão inseridas.

Na chegada dos anos 2000, as políticas públicas de saúde mental avançam na conquista de legislações em prol da consolidação do trabalho psicossocial. As portarias nº 106 e nº 336, a aprovação da Lei nº 10.216, de 2001, e da Lei nº 10.708, de 2003, as Conferências Nacionais de Saúde Mental e a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria nº 3.088, de 2011, possibilitaram o respaldo de financiamento, regulamentação e redirecionamento dos dispositivos de saúde mental (DAMOUS & ERLICH, 2017).

A legitimação fornecida pela portaria nº 3.088 passa a sustentar uma possibilidade de cuidado que considera todos os níveis de assistência e a multiplicidade de dispositivos, incluindo, agora, o desenvolvimento social, trabalho, lazer, entre outros. Essa nova direção passa a implicar a corresponsabilização de profissionais e serviços na condução do cuidado, funcionando a partir da organização de uma rede intersectorial, na qual cada profissional ou cada dispositivo deveria se comprometer com sua especificidade, numa perspectiva de cuidado ampliado (DAMOUS & ERLICH, 2017).

Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) passam a ocupar o lugar central na rede, como unidade de base da reforma, ou polo de encaminhamentos de demandas psicossociais, visando às diretrizes do SUS, preservando os direitos de cidadania e promoção de autonomia.

Em uma retrospectiva histórica, podemos perceber que o paradigma clínico, aliado ao paradigma político e social, possibilitou mudanças fundamentais na reestruturação da saúde mental. Mas não se pode negar que o movimento político e social, partidário dos ideais basaglianos, ganhou um notório espaço nas discussões da reforma.

Ao se contrapor ao modelo tradicional da Psiquiatria, o movimento italiano forneceu substratos importantes sobre os modos pelos quais o corpo e o discurso do portador de sofrimento mental grave são pensados no interior da lógica que organiza os serviços de saúde

mental (SANTOS; FONSECA; NETO, 2020). De certo modo, isso acarretou um certo ofuscamento do paradigma clínico, em prol da perspectiva psicossocial.

Para Neto (2009), a proposta basagliana propõe que a Psiquiatria detenha sua atenção na “inserção do paciente no corpo social” (NETO, 2009, p. 41). Assim, entende que o fato da loucura é fruto da segregação social, promovida pelo paradigma clínico, por colocar o paciente no campo da patologização. Nesse sentido, há o entendimento de que a verdadeira reforma provê da superação da clínica pela comunidade, ou seja, há o entendimento de que o paciente deve ser reinserido no social sem um acolhimento clínico, visando apenas à sua inserção na sociedade.

Podemos perceber que, se as conquistas da reforma protagonizaram a abertura de uma condução do cuidado voltado à cidadania e a autonomia, por outro lado, ao se prescindir da clínica nas políticas públicas, também se abdicou da singularidade do sujeito e da inclusão da diferença.

Para Russo & Venâncio (2006), há uma outra consideração eminentemente importante a ser feita. Enquanto o Brasil e o mundo caminhavam rumo a importantes mudanças psiquiátricas, seja na reformulação clínica, a partir das contribuições da Psicanálise, seja pela politização dos movimentos da antipsiquiatria, acontecia, de maneira silenciosa, uma “revolução” psicofarmacológica.

Concomitante aos movimentos de reforma no Brasil e no mundo, uma nova vertente psiquiátrica se consolidava a partir de um viés extremamente biologista. Sua ascensão se evidenciou com a publicação da terceira versão do DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, em 1980.

Sobre o DSM, é digno de consideração que este foi um manual criado em 1952 pela Associação Americana de Psiquiatria como uma melhor alternativa à Classificação Internacional das Doenças (CID), à época em sua sexta versão, elaborada pela Organização Mundial da Saúde. De acordo com Russo e Venâncio (2005), as primeiras edições do DSM muito se favoreciam das concepções psicanalíticas para o entendimento e o diagnóstico do adoecimento mental. Nas palavras das autoras:

Sua primeira versão – posteriormente conhecida como DSM I – era baseada em uma compreensão “psicossocial” da doença mental, concebida como uma reação a problemas da vida e situações de dificuldade impingidas individualmente. A influência exercida pela psicanálise evidencia-se pelo uso frequente de noções como “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico”. Na versão subsequente do manual, publicada em 1968 – o DSM II – o modo psicanalítico de compreender a perturbação mental tornou-se ainda mais evidente. Nele foram abandonados tanto o uso da noção de “reação” quanto a concepção “biopsicossocial” dos transtornos mentais, surgindo em seu lugar um modo específico de conceber a doença mental, que corresponderia a níveis de desorganização psicológica do indivíduo. A perturbação mental passa a ser vista como a expressão visível de uma realidade psicológica oculta a ser interpretada no curso do diagnóstico ou do tratamento (RUSSO; VENÂNCIO, 2005, p. 464).

Mas a chegada da década de 1980, com a publicação da terceira revisão do DSM, marcou uma grande ruptura com a Psicanálise e a forma como a classificação das doenças era utilizada. Surge agora uma nova lógica classificatória, forjando concepções que passaram a se validar por fenômenos evidenciáveis, a-teóricos, comportamentais, concebidas a partir das diferenças entre o normal e o patológico (RUSSO; VENÂNCIO, 2005).

Como consequência dessa nova concepção psiquiátrica, emancipa-se, assim, um viés biologizante, capaz de modificar o panorama da saúde mental mundialmente, firmando-se na medicalização. Agora, a reinserção social do “louco” passa a ser construída a partir de sua reabilitação, pautada pelas intervenções medicamentosas e comportamentais, na promoção da atenuação de sintomas.

Podemos perceber que essa nova modalidade de intervenção surge em meio às propostas de reforma e, com o passar dos anos, assume um importante lugar nos diferentes dispositivos da saúde mental. Paradoxalmente, ela passa a desconsiderar a singularidade do “louco”, o que pode ser traduzido “no extremo, fazer dele um não-louco” (CARNEIRO, 2008, p. 214). Essa mudança implica agora não somente o afastamento da clínica, como também um considerável afastamento dos ideais basaglianos.

No cenário atual das políticas públicas, a proposta de reabilitação torna-se a condição de reinserção social. Neto (2009) reitera que, ao considerar uma prática voltada pela superficialidade da reabilitação social, as novas propostas de saúde mental assumem o sério risco de “privilegiar a adaptação do doente ao meio – ainda que isso venha a custar o próprio apagamento do sujeito” (NETO, 2009, p. 41).

O sujeito a que aqui nos referimos é sujeito da Psicanálise e, como foi mencionado no primeiro capítulo, é o sujeito do inconsciente, que não se confunde com o indivíduo. Partindo da perspectiva de Lacan (1965/1998, p. 890), podemos situar o sujeito efeito do inconsciente,

marcado pela linguagem, que “deve ser severamente distinguido tanto do indivíduo biológico quanto de qualquer evolução psicológica classificável como objeto de compreensão”.

Nessa nova proposta de reabilitação psicossocial, a cidadania é um bem a ser restituído, habilitado, universal e apriorístico, cuja ascensão se faz possível a partir de uma readequação, da discrepância da loucura ao acesso à cidadania (RINALDI, 2006). As novas propostas de políticas públicas, ao considerarem apenas a dimensão social (reinserção) e jurídica (cidadania), desconsideram a clínica do sujeito, a qual, com isso, fica eminentemente fadada a uma prática assistencial e disciplinar (CARNEIRO, 2008).

Sobre os alcances da reforma psiquiátrica no Brasil, podemos dizer que sua consolidação possui defasagens e ainda abarca uma grande complexidade. Entre as propostas dos paradigmas políticos e clínicos, a inserção de uma vertente psiquiátrica fisiologista ou biologista trouxe à tona novas problematizações que nos fazem interrogar a saúde mental nos dias de hoje (2020), bem como retornar às propostas iniciais da reforma psiquiátrica no Brasil.

De acordo com Tenório (2001), as problemáticas que atravessam a saúde mental na contemporaneidade são amplas e, por isso, não se pode dispensar os pressupostos iniciais da reforma, que não excluía as discussões políticas e nem prescindiam da clínica. Para o autor, os fundamentos clínicos compõem um paradigma historicamente construído pela sociedade para se relacionar com o fato da loucura. Além disso, não podemos esquecer que é por meio dela que temos experiências, a *stricto sensu*, resolutivas a casos graves.

No cenário atual, a clínica, enquanto concepção paradigmática, perde seu espaço em prol de um trabalho de erradicação de sintomas, pautada por uma abordagem rápida e resolutiva, baseada na Medicina prescritiva. De acordo com Tenório; Costa-Moura; Lo Bianco (2017), as questões que atravessam o diagnóstico e o tratamento de saúde mental na contemporaneidade não colocam interrogação sobre o sofrimento psíquico. Ao contrário, propõem sua erradicação, entendendo que ele pode ser considerado um sintoma sinalizado por produções comportamentais, necessitando de atenuação pela via farmacológica.

Nos diferentes serviços de saúde mental, há, atualmente, o entendimento de que a clínica não é mais necessária. Portanto, se o médico é um prescritor de medicação, a equipe multiprofissional atua como promotora de reabilitação, com abordagens focais e terapêuticas, de caráter pedagógico ou ocupacional. Não desconsideramos, contudo, a importância ou o lugar do campo das terapêuticas na saúde mental, mas entendemos que estas não abarcam a questão do sujeito, tampouco a complexidade que envolve o fato da loucura.

Nas palavras de Elia (2005, p. 58), “a doença mental existe como positividade fenomênica e estrutural, que não é mero resultado de processos político-sociais de exclusão”. Dessa forma, um trabalho que se vale da erradicação do sintoma não oferece possibilidades subjetivas, servindo como uma espécie de palição e controle de crises.

Dessa forma, podemos compreender que essa concepção de cuidado acaba por fidelizar o avesso da reforma psiquiátrica. Da segregação manicomial do louco, em virtude da sua desrazão, ao modelo contemporâneo de reabilitação psicossocial, o sujeito permanece excluído, apesar das importantes mudanças institucionais (CARNEIRO, 2008).

Nessa perspectiva.

a questão da loucura e seu longo, persistente e complexo sistema de segregação se sustenta em uma significação que se mantém constante nas sociedades modernas, apoiadas na construção do mito do individual e nas fronteiras fortemente estabelecidas entre o público e o privado: a loucura é temida porque ameaça a própria natureza do social (CARNEIRO, 2008, p. 209).

Se as instituições totais se sustentavam na reclusão e segregação do louco em prol do social, as propostas contemporâneas de medicalização e reabilitação do louco promovem uma habilitação deste para participação na sociedade. Dessa maneira, ainda que sejam propostas intervenções pautadas pelo viés de cidadania, há uma exclusão da singularidade do sujeito, da diferença que sustenta o seu adoecimento mental.

Não pretendemos deslegitimar a dificuldade que a doença mental coloca ao sujeito. Propomos, sim, acolhê-la, na condição com que ela se coloca para cada sujeito, dentro da singularidade de cada um.

No cotidiano dos serviços de saúde mental, a possibilidade de uma clínica orientada pela Psicanálise pode vir a ser uma possibilidade de abertura para o sujeito. Isso não significa que ela se sustentará nos dispositivos como um saber capaz de sobrepor ou se opor, mas pode se sustentar como um saber diferente capaz de contribuir com o trabalho de saúde mental.

## **2.2 Redirecionando a prática de saúde mental – reflexões sobre a intervenção ambulatorial**

A partir das discussões alcançadas anteriormente, podemos perceber que há, nas políticas públicas atuais, um certo apagamento da clínica em prol de uma *práxis* voltada para a erradicação de sintomas, assolada na medicalização. No que concerne à Psicanálise,

sabemos que as legislações do campo da saúde mental provocaram um certo ofuscamento desse saber, na promessa de encontrar em outros campos respostas mais instantâneas e resolutivas.

Rapidez, agilidade, instantaneidade. São essas as características que envolvem as políticas de saúde na contemporaneidade. Não é por menos que o dispositivo ambulatorial vem sendo cada vez menos valorizado nas perspectivas atuais de saúde mental, mesmo aqueles que desenvolvem um trabalho articulado junto à rede intersetorial.

Se nos atentarmos à portaria nº 3.088, de 2011 (BRASIL, 2011), como último documento de referência da reforma psiquiátrica, logo perceberemos que não há qualquer menção ao trabalho ambulatorial, nenhuma legislação correspondente a essa abordagem no âmbito dos discursos e das normativas da reforma.

O modelo atual prevê uma articulação em rede, em que a atenção básica vai atuar como um dispositivo não especializado, de grande alcance, voltado aos pequenos agravos de saúde mental. Já o CAPS irá intervir nas questões de maior agravo mental, como dispositivo especializado. Participam também os leitos hospitalares, que podem acolher pacientes em estado de crise, mas de curta internação, sendo envolvidos agora os hospitais gerais e não mais os manicômios.

Mas, ainda assim, sabemos que, a despeito do redirecionamento das práticas em saúde mental, a questão psiquiátrica no Brasil permanece complexa. Entre a atenção primária e o CAPS, há uma demanda importante que não encontra lugar de acolhimento, pelo menos não nas legislações vigentes. Situamos, então, as propostas ambulatoriais no campo da saúde mental como dispositivos clínicos capazes de ocupar um importante e potente espaço na rede de atenção psicossocial. Nessa configuração, o ambulatório poderá se sustentar como dispositivo capaz de oferecer subsídios a pacientes cuja patologia não é “banal” a ponto de ser atendida na saúde primária e nem crítica o suficiente para o tratamento especializado.

É importante considerar que, no trabalho de saúde mental, há de se levar em conta a complexidade que transcende a perspectiva de usuário de direitos e cidadania. É necessário construir, por meio de uma escuta, cada caso na sua singularidade. Nesse sentido, a escuta oferecida em um serviço de saúde não pode ser colocada como mais um objeto, um “pacote” oferecido àquele que demanda atendimento.

No que concerne mais especificamente ao ambulatório, nossa proposta é considerar o lugar/tempo de palavra para o sujeito, de forma que ele possa partir da posição de queixa, para se haver com sua posição diante daquilo que o acomete. Diante desse entendimento, a inserção do ambulatório na rede intersetorial é o que possibilitará o trabalho com o sujeito, ao

passo que fica designado aos demais dispositivos construir intervenções eminentemente terapêuticas para os pacientes em condições graves de adoecimento psíquico ou em necessidades circunstanciais para essa abordagem.

Nesse sentido, referimo-nos às intervenções terapêuticas, considerando que as propostas de manejo clínico não excluem as terapêuticas da equipe, ou seja, estão alicerçadas em uma proposta de intervenção multiprofissional da rede de dispositivos, tais como as terapêuticas medicamentosas, acompanhamento familiar e social como um todo (TENÓRIO; ROCHA, 2006).

Nessa direção, a aposta clínica desse trabalho se desenvolve ancorada nas possibilidades de sustentar uma escuta que acolha o sujeito em um espaço clínico, ao passo que as questões que o tocam na condição de usuário da saúde, ou seja, usuário de direitos, sejam supridas pelos demais operadores da rede intersetorial, de forma a subsidiar condições para que o paciente possa estabelecer uma vinculação favorável de existência perante a vida e na relação com o social.

A inserção de um espaço clínico, articulado à rede de dispositivos, pode promover a constituição da verdadeira rede intersetorial. O profissional que atua na escuta ambulatorial poderá, a partir da Psicanálise, possibilitar a circulação do caso clínico com os demais profissionais da rede, construindo, junto com esses profissionais, a prática do caso-a-caso.

Figueiredo (2019) afirma ser importante tecer, entre os diferentes atores sociais envolvidos na prática de saúde mental, os laços que constituem a rede intersetorial, para que seja possível um trabalho que inclua o sujeito. Nas palavras da autora:

Tomemos a imagem de uma rede como uma sucessão de buracos atados por nós, e já temos a imagem de que a própria tessitura deixa lacunas, maiores ou menores, mas é impossível que o tecido se feche completamente. Isto significa que não há como controlar e prever cada movimento do sujeito, nem garantir um bom desfecho nas ações propostas. Temos que insistir em continuar trabalhando sobre os efeitos de nossas ações para ratificar ou retificar nossas condutas e não podemos abrir mão de seguir o 'estilo' do sujeito, suas produções sintomáticas e as consequências de suas escolhas, sempre forçadas pelo que se impõe nas marcas de sua história (FIGUEIREDO, 2019, p. 84).

De acordo com Jesuino-Ferretto (2004), a importância de um trabalho em rede incide no desenvolvimento de uma “alta-costura”, sendo impossível operar nesse campo a partir da lógica “prêt-à-porter” ou “pronto a vestir”: Mas ainda quero lhes dizer que, nessa clínica passo a passo, e caso a caso, não fazemos “prêt-à-porter”, ou “algo pronto, uma única

roupagem a vestir”, é alta costura, é realmente feita sob medida para cada situação singular<sup>11</sup> (JESUÍNO-FERRETO, 2004, p. 180).

Isso significa que a especificidade dessa prática requer que seja tomado cada caso na sua singularidade, considerando o “passo a passo”, o “caso a caso”, sem medidas prontas, tecendo, assim, o caso de acordo com a sua especificidade.

Consideramos importante ressaltar que esse trabalho não acontece sem obstáculos. O psicanalista inserido em uma instituição de saúde deve estar advertido de que sua posição na equipe é que transmite a dimensão clínica do trabalho. Mas essa transmissão não implica que este caia no engodo do convencimento ou de uma imposição. Com isso, ele corre um sério risco de cair na armadilha do proselitismo psicanalítico, ou seja, da busca desenfreada pelo convencimento em relação à sua prática (SCIARA, 2004). Figueiredo (1997) afirma que não se trata de convencimento, mas de convivência. Em suas palavras:

O psicanalista que convém no serviço público não é o inconveniente: “uma espinha de peixe atravessada na garganta da instituição” [...]. Também não é aquele que convence, “*qui convainc*” para citar Lacan. Em francês, con quer dizer otário, *vainc*, que vence. Nem o *convaicu*, o convencido, otário vencido. Também não é o conveniente como um ser dócil e agradável que esconde, reativo, sua arrogância. O psicanalista que convém, convive. E o faz através do jogo, nada fácil, da política institucional da qual está livre em seu consultório. Conviver, “viver com”, é atravessar esse jogo em que o psicanalista faz da sua diferença uma especificidade e não uma especialidade. O psicanalista não é especial, é específico. Só assim ele convém (FIGUEIREDO, 1997, p. 168).

É certo que a clínica psicanalítica, no âmbito institucional, está submetida a uma série de fatores, tais como a estrutura do serviço, a rede intersetorial, a política, a organização social e cultural do espaço territorial. Além disso, em raríssimas exceções, conduzirá verdadeiramente uma análise no exercício de sua clínica.

O psicanalista, em um ambulatório público de Psicologia, pode promover um espaço de endereçamento de palavra. Essa pode ser uma diferença inaugural para alguns sujeitos que chegam a esse dispositivo, sendo uma abertura para que possa se haver com a própria história.

Dar lugar à palavra do sujeito é, portanto, a possibilidade de fazer aparecer uma outra dimensão da problemática aparente, “da queixa que singulariza o pedido de ajuda” (FIGUEIREDO, 1997, p. 43). Sendo assim, escutar exige um apagamento de uma resposta

---

<sup>11</sup> “mais je souhaite tout de même vous dire que dans cette clinique pas à pas, et au cas par cas, on ne fait pas de prêt-à-porte, c' est de la haute couture, c' est vraiment du sur mesure pour chaque situation singulière” (JESUÍNO-FERRETO, 2004, p. 180).



instantânea, imediata. Consiste em uma porta de entrada cuja abertura incide em acolher e escutar, diferente de conter e resolver, como é comumente exercido no cotidiano dos serviços.

### **2.3 Do lugar que se diz – as amarrações do sujeito no território**

Figueiredo e Alberti nos advertem que sustentar a clínica nos serviços públicos exige que sejam incluídos múltiplos fatores no trabalho, “a macro política, incluindo os fatores econômicos, as relações entre as pessoas – os laços sociais – e a dificuldade de cada ser falante” (FIGUEIREDO; ALBERTI, 2006, p. 8).

Nesse sentido, o cuidado em saúde mental não pode ser desarticulado de um importante conceito supracitado, a saber, “território”. Este é um conceito interessante, já que por meio dele é possível situar todos os elementos que participam da vida daquele que está também vinculado aos dispositivos da Saúde Mental.

Com sua origem na Geografia, o conceito de território ganhou um importante destaque nas pesquisas fomentadas pelo autor brasileiro Milton Santos, na busca de compreensão sobre as formas como as relações humanas se estabelecem em um determinado espaço social, geográfico e cultural. Nas palavras do autor:

O território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população. (SANTOS, 2001, p. 96).

Atualmente, esse conceito vem sofrendo desdobramentos, sendo adotado por outros campos, como é o caso da saúde pública, com o objetivo de compreender as condições que determinam a saúde de uma determinada população.

No campo da saúde mental, mais especificamente, o território se constitui, de acordo com Figueiredo e Alberti (2006, p. 11), “entre diferentes agenciamentos das famílias, dos profissionais de saúde, dos educadores, dos vizinhos e amigos dos pacientes” e “do espaço em que vivem e no qual podem estabelecer laços em maior e menor grau”.

Isso nos possibilita dizer que, ao receber o paciente no dispositivo ambulatorial, o profissional orientado pela escuta analítica deve estar advertido da ordem social, do laço que

constitui e subjetiva a vida deste que vem à procura do ambulatório. Nesse sentido, sustentar o trabalho analítico, nesse campo, impõe uma certa aproximação da “geograficidade” que atravessa o sujeito.

Nas palavras de Dias (2019), o trabalho analítico

nos conduz, nos orienta, nos localiza, nos permite decodificar, registrar, deslocar e compreender a experiência humana na constituição de seus lugares. É por meio da palavra, do dizer e da escuta que o tratamento psicanalítico é desenvolvido [...] permite que possamos nos aproximar da geograficidade de cada ser humano (DIAS, 2019, p. 21).

De forma a compreender o lugar onde esta pesquisa se situa e, assim, melhor discutir o lugar e as condições para sustentação da clínica psicanalítica nesse espaço, consideramos necessário situar, em alguma medida, o território onde esse trabalho clínico se insere. Para isso, abordaremos alguns elementos que consideramos fundamentais, a saber, o município, a rede de dispositivos e a inserção do ambulatório nesse cenário.

### 2.3.1 O município

Trata-se de uma pequena cidade no interior de Minas Gerais, com uma relação cultural fortemente influenciada pelo aspecto religioso, predominantemente católica, embora seja perceptível a influência evangélica. O perímetro urbano possui quatro bairros. Também fazem parte do município três comunidades rurais, sendo uma delas remanescente de quilombo.

No aspecto econômico, quase a metade da população adquire seu sustento na agricultura familiar. Há também microempresas familiares e pequenos estabelecimentos comerciais, o que nos permite inferir que a população possui um baixo poder aquisitivo.

Vale considerar que as atividades coletivas de lazer e diversão acontecem em esporádicos eventos municipais, bem como as atividades religiosas. No que se refere às políticas públicas, podemos perceber que a maior parte da população transita bastante nos dispositivos públicos de saúde e assistência do município. Por se tratar de uma cidade pacata, com pouco movimento, queixas sobre ociosidade e uso abusivo de álcool são elementos importantes na vida e nas relações sociais da população. Há também o número considerável de mulheres que circulam nos serviços públicos que afirmam sofrer violência doméstica.

### 2.3.2 A rede de dispositivos da saúde mental

Na estruturação do trabalho em saúde mental do município, podemos contar com os dispositivos que atuam direta ou indiretamente na composição e articulação da rede. Entendemos agora que rede é um termo muito abordado na saúde mental para retratar a vinculação ou a conexão dos serviços e que possibilita o trabalho acontecer, apesar das dificuldades, dos “furos” inerentes aos dispositivos. De maneira controversa, muitos acreditam que a construção de uma rede se deve exclusivamente à gestão dos serviços, por uma lógica burocrática, administrativa. Mas, elencando as contribuições de Elia, L. (2005), podemos dizer que, “se os atores de um determinado ato o realizam segundo a lógica da rede, então estarão fazendo a rede, criando a rede (ELIA, 2005, p. 48).

Portanto, na composição da rede de dispositivos, contamos com vários atores que, cada um a seu modo, agregam diferenças importantes para a construção do trabalho.

No que se refere mais especificamente à saúde, a população pode contar com uma Unidade de Saúde da Família (USF)<sup>12</sup> articulada com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>13</sup>, além da Unidade Básica de Saúde, com serviços de ambulatório médico para intervenção individualizada. Já no âmbito da assistência social, já havia o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)<sup>14</sup>, que, apesar de não se tratar de um dispositivo próprio da saúde mental, é um importante aliado na rede intersetorial para a efetivação do trabalho.

Para além dos dispositivos do município, há também um Centro de Atenção Psicossocial, localizado em um município próximo, que se caracteriza como CAPS I, e que, por ser referência de outros cinco municípios, acolhe somente usuários em quadros de crise.

---

<sup>12</sup> A Unidade de Saúde da Família (USF) é um dispositivo vinculado ao Programa de Saúde da Família, voltado para a reestruturação do trabalho na busca de ofertar respostas às necessidades básicas de saúde da população de sua área de abrangência. Ela deve oferecer assistência integral, contínua e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional, tanto na Unidade como também nos domicílios e em locais comunitários, como escolas, creches, asilos, presídios, entre outros (BRASIL, 2000).

<sup>13</sup> Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade (BRASIL, 2000).

<sup>14</sup> O CRAS é a unidade pública municipal, de base territorial, localizada em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada à articulação dos serviços socioassistenciais no seu território de abrangência e à prestação de serviços, programas e projetos sócio assistenciais de proteção social básica às famílias (BRASIL, 1993).

Há também um hospital<sup>15</sup>, localizado no mesmo município em que se encontra o CAPS, onde situações emergenciais podem ser acolhidas nos leitos de retaguarda para saúde mental.

No que concerne ao exercício das atividades promovidas pelos dispositivos do município, há a adoção de diferentes atividades voltadas à saúde e assistência de forma geral, que, direta ou indiretamente, muito influenciam na promoção de saúde mental. Tais atividades se sustentam por meio de acolhimentos, triagens, visitas domiciliares e atividades grupais. Em suma, as intervenções seguem um funcionamento voltado para a coletividade, por meio de grupos e atividades socioeducativas nas salas de espera.

Anteriormente à inserção do ambulatório de Psicologia na rede de serviços do município, outras atividades já vinham sendo desenvolvidas para dar lugar às questões de saúde mental da população. Já havia reuniões mensais dos profissionais da saúde com o CAPS de referência, chamadas de reuniões de matriciamento, dando direções às demandas de sofrimento mental grave ou em crise. Havia também os ambulatórios médicos voltados à intervenção especializada, sendo um ambulatório de Psiquiatria (que teve seu início em abril de 2018) e um ambulatório de saúde mental conduzido pela médica da Unidade de Saúde da Família.

Vale considerar que, mesmo com a efetivação das diferentes intervenções, a busca pelo atendimento médico como uma alternativa de atendimento a questões de adoecimento mental começou a repercutir de maneira preocupante, dado que havia uma grande procura para essa especificidade de atendimento, atrelada a uma alarmante demanda à medicalização. Isso fez reverberar, nos diferentes profissionais do município, a busca por alguma coisa que pudesse dar lugar, ao menos parcialmente, a essa demanda.

Surge a atividade chamada “Roda de conversa” promovida pelos profissionais do NASF como uma tentativa de um espaço de conversa, troca e acolhimento. A partir de encontros semanais, a roda de conversa foi se consolidando como um lugar para as pessoas que traziam, para os diferentes serviços da rede, suas dificuldades, suas queixas, demandas sociais e subjetivas. Dar a elas um espaço de fala, aliado à troca com os demais participantes da roda, foi um caminho que as conduzia à reflexão sobre suas questões, sem, necessariamente, serem submetidas à atenção especializada e à medicação.

---

<sup>15</sup> O Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos (BRASIL, 2011).

Além da roda de conversa, outras intervenções vinham se sustentando como um espaço eminentemente terapêutico para a população. Grupos de cuidado à saúde e alimentação, grupo de atividades físicas e outras atividades voltadas à saúde aconteciam dando um certo contorno à população, de forma que pudesse ser acolhida e acompanhada pelos dispositivos, ainda que estes não tivessem, como principal objetivo, abarcar a saúde mental.

O mesmo podia ser visto no âmbito da assistência, em que grupos para idosos e crianças faziam repercutir um certo efeito terapêutico para uma parcela da população. Além disso, havia também, no dispositivo CRAS, um projeto de acolhimento a pessoas que, para além da vulnerabilidade social, possuíam algum tipo de dificuldade de inserção no mercado de trabalho devido a transtornos psiquiátricos, mais especificamente aqueles relacionados ao álcool e outras drogas. Às pessoas vinculadas ao projeto era oferecida uma bolsa salarial referente a meio salário mínimo, cabendo-lhes a possibilidade do exercício de atividades laborais em serviços gerais, nos diferentes setores da prefeitura, com uma carga horária de, aproximadamente, 20 horas semanais.

Apesar da implicação dos diferentes dispositivos na busca de desenvolvimento do trabalho, havia ainda muitas situações que escapavam a suas possibilidades, mas que também não implicavam o encaminhamento para serviços mais sofisticados de atenção à saúde mental, como o CAPS. É importante considerar que a atenção básica é um nível de cuidado em saúde designado para intervenções de maior alcance, acolhendo as demandas de menor agravo, sendo um dispositivo não especializado. Já o CAPS pode ser considerado um dispositivo bem específico e especializado da saúde mental, em que somente quadros graves ou em crises poderiam ser consideradas passíveis de tal intervenção.

Diante dessa condição, apesar da dedicação e implicação dos diferentes profissionais do município na estruturação de um cuidado em saúde mental, as demandas endereçadas aos serviços de saúde e assistência vinham ultrapassando as possibilidades dos dispositivos. Dar lugar a esse entendimento possibilitou aos profissionais a compreensão de que havia uma demanda situada entre as possibilidades da atenção primária e o dispositivo especializado de saúde mental, que, por não ter alternativas que pudessem respondê-la, acabava por aparecer no ambulatório médico.

As problemáticas atravessadas na condição de saúde mental do município, bem como a mobilização da equipe na reivindicação de um trabalho alternativo, foram aspectos importantes para que a abertura de um trabalho psicológico ambulatorial pudesse acontecer.

### 2.3.3 O ambulatório

A inserção do ambulatório de Psicologia na rede intersetorial se deu em fevereiro de 2019. A partir de sua inauguração, as demandas de saúde mental começaram a aparecer maciçamente nesse dispositivo. Encaminhamentos das escolas, da assistência e da própria saúde foram acontecendo como uma solicitação de “atendimento psicológico” ou “consulta psicológica”.

Havia também as demandas espontâneas, oriundas dos próprios usuários. Refletir e desenvolver condições para compreender o lugar do ambulatório na rede de dispositivos e decantar as solicitações foi um movimento necessário, já que não havia possibilidade de acolhimento de todas as demandas. Além do mais, era necessário pensar as condições de trabalho possível no ambulatório.

A estruturação do trabalho teve seu início a partir de acolhimentos iniciais, por meio de triagens que chegavam encaminhadas ao dispositivo, de forma a ouvir minimamente o que estava em jogo para cada sujeito que chegava ao ambulatório.

Nas primeiras triagens, pude perceber que depressão, ansiedade e fibromialgia eram alguns dos aspectos mencionados no vocabulário das pessoas que ali chegavam, acometendo, principalmente, o público feminino. Entre o público adulto, de modo geral, havia o uso abusivo de álcool e outras drogas. Já no público infantil, os diagnósticos de Transtorno de Atenção por Hiperatividade ou Transtorno Opositivo Desafiador apareciam, na fala dos pais ou nos encaminhamentos escolares, como uma predeterminação. Além dessas características do público acolhido, havia, de modo geral, um público heterogêneo compreendido entre pacientes psicóticos e neuróticos com diferentes diagnósticos, sendo priorizadas para o acompanhamento as situações de crise ou com alguma gravidade.

Nos acolhimentos iniciais, foram recebidos cerca de 40 usuários. Buscando melhor compreender o motivo do encaminhamento ao ambulatório, por solicitação dos agentes de saúde ou pela procura espontânea, foi possível eleger os primeiros casos para escuta imediata, bem como os usuários que ficariam aguardando essa especificidade de atendimento.

Com o passar do tempo, a experiência no trabalho foi demonstrando que a chegada do paciente ao ambulatório era, quase sempre, realizada a partir de um endereçamento terceiro, ou seja, pelos profissionais dos diferentes dispositivos da rede intersetorial. Assim, a demanda de consulta ou acompanhamento psicológico acontecia por um intermediário, que, a partir de um saber, fazia um endereçamento ao trabalho clínico.

Assim, foi se tornando necessária a inclusão dos demais profissionais da rede no fazer clínico, de modo que pudesse implicar um trabalho prévio com o sujeito até a chegada ao ambulatório e, a partir disso, pensar os casos com a verdadeira necessidade de acolhimento no ambulatório de Psicologia.

Tendo seu início em trocas individuais e posteriormente em reuniões quinzenais, os encontros com os profissionais dos dispositivos da saúde e da assistência social surgiram como uma possibilidade de refletir e consolidar as intervenções sobre as diferentes demandas que chegavam aos dispositivos e, assim, pensar a especificidade de cada dispositivo, as demandas que envolviam intervenções conjuntas e quais poderiam singularizar como demanda para o ambulatório de Psicologia, de forma a melhor direcionar os encaminhamentos.

Considerando as percepções e as indicações de cada profissional, os encontros da rede foram se tornando um espaço para discutir cada caso, de acordo com a singularidade de cada situação, independentemente de um diagnóstico específico, na busca de uma melhor compreensão sobre o sofrimento do paciente e, a partir disso, consolidar uma condução multiprofissional.

Nesse cenário, foi se tornando possível compreender que o ambulatório de Psicologia poderia se tornar uma importante ferramenta, quando melhor articulada com os demais serviços da rede.

### **3 O ENDEREÇAMENTO AO ANALISTA – A CONSTRUÇÃO DO LUGAR/TEMPO DE PALAVRA**

Neste terceiro capítulo, debruçar-nos-emos sobre os caminhos que possibilitaram, ou que vêm possibilitando, a sustentação de um trabalho, por meio da Psicanálise, no ambulatório de Psicologia a que aqui nos referimos. Extraíndo as consequências dessa construção ainda incipiente, colocamo-nos a pensar as condições que tornaram essa clínica possível, ainda que esteja inserida em um campo heterogêneo como o da saúde.

Para dar ancoragem a essa discussão, tomaremos como ponto de partida uma importante provocação, introduzida por Lacan em seu primeiro seminário “O que fazemos quando fazemos análise?” (LACAN, 1953/2009, p. 19). Introduzimos essa questão no intuito de fazer circular os elementos que possibilitam um trabalho de escuta psicanalítica no ambulatório de Psicologia. Entendemos que a clínica, nesse cenário, possui especificidades importantes, exigindo do analista a construção de condições para que o trabalho possa acontecer.

#### **3.1 O início do trabalho – o sujeito entre a demanda e o desejo**

Retomando as indicações de Freud (1913/2010) em seu artigo “O início do tratamento”, podemos perceber que a clínica psicanalítica, tal como no jogo de xadrez, tem seu ponto de partida decisivo. Como as condições que delimitam os lances de entrada são determinantes na jogada, um começo equivocado pode levar muito tempo para ser corrigido.

Nessa direção, Macedo e Tenório (2013, p. 11) reiteram que “mais decisivas ainda são as consequências da porta de entrada por onde se chega à própria psicanálise. Dada a partida, é difícil reverter as implicações do começo”. Isso nos faz pensar que as condições como alguém chega ou é endereçado ao ambulatório de Psicologia serão determinantes para o desdobramento do trabalho.

Já mencionamos que, no campo da saúde, mais especificamente no campo da saúde mental, o discurso comportamental e biologizante, vem se instituindo cada vez mais no trabalho, abarcando seus efeitos na práxis que orienta o exercício dos diferentes profissionais. Desse modo, a saúde mental, atualmente, vem sendo demarcada por essa orientação,



produzindo regulações que ditam o que é efeito de um comportamento “normal” ou “patológico”. Não é por menos que a palavra “reabilitação” esteja circulando com tanta frequência no cotidiano dos serviços. Por meio dela, as intervenções são voltadas a uma reconstrução da capacidade de estar no social, ou seja, habilitar, tornar o paciente hábil, capaz de inserção no social.

Vale considerar que, mesmo atuando no contexto da saúde pública, o trabalho analítico se furta a fidelizar um ideal de cura ou civilidade, nem mesmo de reabilitação. Nesse sentido, “por mais afastado de nossas normas que o paciente possa estar, e isto até os limites da psicose, da loucura” (LACAN, 1958-59/2016, p. 508), nossa aposta de trabalho opera com, “essencialmente, por sua própria natureza, um sujeito falante como tal, que, seja qual for sua posição, está tomado exatamente como nós nas consequências e nos riscos da relação com a fala” (idem). Nessa direção, o começo do trabalho analítico deverá incidir em uma abertura para o sujeito, desde as entrevistas iniciais que conjugam o início do trabalho analítico, furtando-se ao cumprimento de uma expectativa ideal.

Se, por um lado, a Psicanálise é uma clínica que se subtrai da idealização do cuidado, por outro, ela pode subsidiar um “cuidado” partidário à ética do sujeito, de sua verdade particular. Sobre essa verdade, Lacan não confere a ela o valor de “etiquetas”, ou seja, de determinações, prescrições ou diagnósticos, sendo orientada “num ponto de sonegação do nosso sujeito” (LACAN, 1959-60/2008, p. 35).

Para entender de que ordem se trata esse ponto de sonegação, será necessário retomar os caminhos que levam o sujeito ao tratamento no ambulatório de Psicologia. Como mencionado no capítulo anterior, a chegada deste ao ambulatório acontece, na maioria das vezes, a partir de um terceiro, seja esse terceiro um profissional da saúde, da educação ou da assistência social, que, entendendo a necessidade de acolhimento psicológico, direciona o paciente até esse dispositivo.

Vale ainda considerar que, sendo o ambulatório um dispositivo inserido no campo da saúde, as demandas que chegam até ele são, quase sempre, voltadas à restituição do estado de saúde ou, pelo menos, alguma resposta que venha aplacar o mal-estar, ou seja, trata-se de um campo de direitos, de uma restituição na ordem dos bens.

Também já mencionamos anteriormente que a saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” e não somente ausência de afecções e enfermidades. No Brasil, ela se tornou um direito de cidadania, um dever do Estado, a partir da Constituição de 1988.

Nesse sentido, investida da saúde como direito, a pessoa que procura o dispositivo ambulatorial é designada como usuário, designação esta que denota as condições como ela fará apelo ao serviço. Saito; Zoboli; Schweitzer e Maeda (2013) definem usuário como uma terminologia utilizada para se referir a alguém que desfruta de uma coisa coletiva, ligada a um serviço público ou particular. É aquele que difere de *paciente* (por contar passividade diante dos serviços) ou *cliente* (por ser esta uma concepção liberal, regulado pelas leis de mercado), sendo capaz de direitos, capaz de exercer sua cidadania.

Nesse contexto, quando a pessoa procura o dispositivo de saúde, sua posição é a de usuário que irá exercer seu direito de cidadania, cabendo aos profissionais de saúde fazer o acolhimento de sua queixa. Muitas vezes, esses profissionais, tomados pelo anseio da demanda que o usuário apresenta, acabam caindo no engodo de tentar responder, tal como a queixa é colocada. Há, não raro, uma grande inquietação entre os profissionais que os faz buscar algumas alternativas imediatas, seja um aconselhamento direcionado, psicoeducativo ou o amparo na clínica médica, remediando o mal-estar trazido pelo usuário. Talvez essa seja uma das justificativas do aumento exponencial da medicalização da população.

Isso demarca especificidades no trabalho. Um usuário de direitos endereça sua demanda buscando satisfazer a uma necessidade, seja ela dirigida à busca da erradicação de sintomas, o alívio de seu mal-estar ou a cura de suas mazelas. Em um ambulatório inserido no contexto da saúde pública, isso também se evidencia, já que este é também parte da rede saúde mental, ou seja, não está isento da discursividade que marca a instituição à qual pertence.

Não estamos, com isso, desmerecendo o lugar e a importância do direito e do acesso à saúde pública. Mas consideramos oportuno refletir que, se a chegada do sujeito acontece pela condição de usuário, no tratamento ofertado, ele precisará se situar em uma posição de paciente, ou seja, submetido ao tratamento.

Tratar “a crise de ansiedade”, aplacar os sintomas da “depressão” são estas as demandas que se apresentam ao ambulatório, na espera de que o profissional seja resolutivo com a demanda que o usuário apresenta. Frente a essa circunstância, aquele que se envereda pela prática psicanalítica precisa estar advertido de que acolher a demanda não é o mesmo que respondê-la. É preciso, portanto, fazer uma espécie de “lapidação” da demanda que chega em “estado bruto”. Ou seja, “é preciso que a queixa se transforme numa demanda endereçada [...] e que o sintoma passe do estatuto de resposta para o estatuto de questão para o sujeito” (QUINET, 1991, p. 21), de questão sobre o seu desejo.

Em seu sexto seminário, Lacan (1958-59/2013, p. 506) articula a noção de desejo como “a chave, ou a mola em nós, de toda uma série de ações e comportamentos compreendidos como aquilo que representa o mais profundo de nossa verdade”. Para ele, “o desejo é a um só tempo subjetividade - ele é o âmago mesmo de nossa subjetividade, o que é o mais essencialmente sujeito - e é, ao mesmo tempo, o contrário, opõe-se à subjetividade como uma resistência, como um paradoxo, como um núcleo rejeitado, refutável” (LACAN, 1958-59/2013, p. 506).

Ao se referir ao desejo como oposição à subjetividade, Lacan faz referência às problemáticas vividas pelo sujeito em relação à própria existência, encontrando, no sintoma, uma saída possível diante das agruras da vida. Resistir ao desejo é a forma como todo ser humano encontra para evitar a insatisfação, justificando, assim, o modo sintomático que este encontra para se conduzir na vida.

Lacan (1959/60-2008) nos ensina que os caminhos abertos por Freud ofereceram uma maneira de interrogar a existência de um modo ético, dirigido ao desejo inconsciente. Mas, enquanto analistas, precisamos nos haver com o fato de que o paciente não demanda análise e, sim, felicidade. Além disso, felicidade é “um fator de política”, orientada pela ideiação de que “não poderia haver satisfação de ninguém fora da satisfação de todos” (LACAN, 1959-60/2008, p.342). Sendo assim, ela se encontra justificada no nível das necessidades dos homens, na ordem dos bens.

Freud já nos indicava que a intenção dos homens em relação à vida é alcançar “a felicidade, querem se tornar e permanecer felizes” (FREUD, 1930/2010, p. 29). Essa busca dos homens se sustenta em duas condições, sendo uma voltada à ausência de dor e desprazer e a outra pautada pela busca de fortes prazeres. Freud também já nos advertia que, na vida humana, essa busca não se sustenta nem no macrocosmo ou microcosmo, salientando que o programa da felicidade do homem “não se acha no plano da “Criação” (idem, p. 30).

Marcado pelo desamparo, o filhote de homem encontra, na linguagem, a possibilidade de se ancorar na vida. Sua existência é radicalmente dependente de uma alienação fundamental, de um Outro que possa lhe atribuir os significantes primordiais sobre sua existência. Essa atribuição jamais alcançará o ideal absoluto, jamais encontrará, entre os objetos, significações totais, carregando consigo um resto inominável, de forma que restará ainda uma falta, um vazio, já que, ao atribuir significantes, o Outro mata o ser da necessidade para inseri-lo no simbólico (LACAN, 1958-59/2016).

A inserção do humano na linguagem, no mundo simbólico, marca uma condição com a existência, de modo tal, que este jamais encontrará um objeto, resposta ou significação que

lhe restitua a felicidade, ou melhor, nada que o retire da insatisfação, ou que lhe ofereça plena satisfação. Imerso na articulação significativa, o humano só encontrará objetos metonímicos.

A impossibilidade do encontro de um objeto de satisfação fundará a falta primordial, condição irremediável à qual o sujeito estará submetido. Talhado pela falta, o sujeito poderá encontrar, na via do desejo, um modo mais oportuno para se situar na vida. Desse modo, se a Psicanálise não opera com a promessa de felicidade, é, talvez, na direção do desejo, que ela poderá subsidiar caminhos ao sujeito, incluindo aqueles que chegam ao ambulatório de Psicologia.

Ainda que o ambulatório seja um dispositivo de saúde, aquele que se aventura por um trabalho orientado pela Psicanálise poderá oferecer aos pacientes uma outra possibilidade, para além do campo da necessidade ou das prescrições morais. Pode ser um espaço para que um sujeito possa advir e se haver com o seu lugar diante da própria história.

Em um contexto atual, marcado pelos ideais de comportamentos que visam a uma adequação do sujeito às expectativas sociais, subsidiar ao sujeito um espaço para se interrogar, pode ser um trabalho singular em saúde mental.

Com efeito, a coisa não funcionará se não conseguirmos construir uma concepção coerente de nossa função em relação às normas sociais. Se há uma experiência que deve nos ensinar o quanto essas normas sociais são problemáticas, o quanto devem ser interrogadas, o quanto sua determinação se situa num lugar diferente do que na sua função de adaptação, é justamente a do analista (LACAN, 1958-59/2016, p. 516).

O trabalho analítico opera com a essência vazia do desejo, não estando em jogo as expectativas da pessoa do analista sobre seu paciente, nem mesmo qualquer ideia normativa sob a rubrica da civilidade. Não se trata de uma reeducação do sujeito a um ideal de normalidade. Nas indicações de Lacan, “a posição do analista deve ser a de uma *ignorantia docta*”, o que não quer dizer sábia, mas formal, e que pode ser, para o sujeito, formadora (LACAN, 1953-54/2009, p. 362).

O trabalho analítico incidirá na construção de questão do sujeito sobre o seu sintoma, conduzindo-o à interrogação sobre o seu desejo. Vale considerar que o sintoma neurótico opera como uma resposta enigmática, sendo o resultado do conflito entre as exigências de satisfação e o julgamento moral. O neurótico, portanto, é aquele que tenta evitar sua angústia sobre o desejo do Outro, transformando o vazio do desejo em demanda de objetos, sendo este um modo sintomático de se posicionar perante a vida. Contudo, o desejo, enquanto falta, é impossível de ser nomeado ou satisfeito. Dessa forma, quanto mais o sujeito demanda, mais se afasta do seu desejo.

No início do tratamento, ao interrogar o paciente sobre sua demanda, o analista se deparará com o fato de que o paciente carrega em sua queixa um pedido, alguma coisa. É necessário que esse pedido seja transformado em questão, fazendo com que o próprio sujeito possa se interrogar sobre o que ele quer (QUINET, 1991).

Dando direções sobre trabalho analítico na condução de um trabalho que possibilite o sujeito se haver com seu desejo, Lacan (1958-59/2013) utiliza a expressão “desejo do psicanalista”, que pode ser designado como um suporte que conduz “o desejo que o sujeito tem por reencontrar”.

Para sustentar o desejo de analista, é preciso que este suporte a condição “de o analista não ser um espelho vivo, porém espelho vazio” (LACAN, 1954-55/2010, p. 334), substanciando um lugar de endereçamento de palavra que se furta à resposta da demanda aparente. Responder a demanda aparente é o mesmo que desenvolver uma práxis de sugestão, recaindo em “uma negociação diplomática” ou uma grande “emboscada” em que nada se relaciona com a questão do sujeito, com o seu desejo (LACAN, 1960-1961/2010, p. 22).

Castro e Ferrari (2013) nos indicam que caberá ao psicanalista permitir a abertura de um espaço livre, porque é justamente no vazio de respostas às demandas que a análise possibilitará que o desejo do sujeito-psicanalisante possa “deslizar pela cadeia significativa e, desse modo, realizar-se como caminho a ser feito” (CASTRO; FERRARI, 2013, p. 53).

Retomando as indicações de Lacan, podemos perceber que o desejo está eminentemente atrelado à função da linguagem e, assim, “a uma certa relação do sujeito com o significante”, que somente a experiência analítica poderá conduzir ao caminho que nos leva “longe o bastante nessa exploração” (LACAN, 1958-59/2016, p. 14).

Para dar corpo a essa discussão, trago uma pequena vinheta clínica, que nos permite alcançar, pelo menos em alguma medida, que a experiência analítica não se trata de uma prescrição ou delimitação de um funcionamento do sujeito aos pressupostos de normalidade, mas se sustenta como uma possibilidade de o desejo despertar.

### **Fernanda<sup>16</sup>, um encontro possível com o desejo, no advento da palavra**

Fernanda vinha sendo acompanhada pelos profissionais da saúde mental do município, devido a um importante quadro depressivo. Várias tentativas de sua vinculação, tanto nas

---

<sup>16</sup> A fim de resguardar a privacidade dos pacientes, são-lhes atribuídos pseudônimos nas vinhetas clínicas citadas na dissertação.

atividades grupais da atenção básica, quanto no ambulatório de Psiquiatria, haviam sido feitas, mas a paciente tinha pouca adesão às possibilidades ofertadas.

A solicitação para atendimento psicológico de Fernanda acontece após uma situação nomeada pela paciente e pela equipe como “uma tentativa de suicídio”. Depois de uma breve passagem pela atenção hospitalar, Fernanda é, então, direcionada ao acompanhamento psicológico no dispositivo ambulatorial.

Fernanda chega um pouco contrariada na consulta psicológica. Na tentativa de construir um espaço de diálogo, pergunto a ela sobre sua história, seu dia-a-dia. Ainda resistente à consulta, a paciente relata já ter se tratado, em outros momentos, com psicólogos que haviam atuado anteriormente no município. Segundo ela, optara por não seguir em tratamento, uma vez que não vislumbrava nenhuma possibilidade favorável para a sua situação. Ainda assim, Fernanda fala um pouco da sua vida, dos seus sintomas, alegando sentir pouca vontade de viver, estando sempre muito cansada, querendo “descansar para sempre” e, assim, “vê a morte como uma saída”. Não sabia dizer o porquê se sentia assim e nem quando isso começara.

Com o passar das semanas, embora alegasse não encontrar motivos para a ida ao ambulatório, estava sempre presente nos horários marcados e, aos poucos, começou a endereçar sua história, dizendo das dificuldades vivenciadas em seu contexto familiar. A separação conflituosa de seus pais no período de sua adolescência, o consequente afastamento de seu pai vivido com bastante sofrimento e a forte aproximação e dedicação quase exclusiva à sua mãe, marcadas pelo “medo de perdê-la”, foram questões importantes que começaram a se inscrever em um começo de trabalho.

Aos poucos, Fernanda começou a construir uma queixa sobre o modo como se relacionava. Sentia-se pressionada pelas pessoas ao seu redor. Sentia que as pessoas estavam sempre dizendo o que deveria fazer, como melhorar, como sair da depressão.

Conduzir um trabalho que não oferecesse resposta às dificuldades colocadas por Fernanda foi um passo importante na construção de um laço no nosso trabalho, já que, na maioria das vezes, era isso que ela encontrava na palavra dos profissionais, que, acossados pelo mal-estar trazido por Fernanda sobre a “vontade de morrer”, “de dormir para sempre”, viam-se na condição de dizer formas ou possibilidades para aplacar sua angústia. A cada vez que mudavam a prescrição do remédio para resolver as oscilações de humor de Fernanda, ou a cada vez que tentavam incluí-la em uma atividade laborativa, mais Fernanda se afastava da terapêutica oferecida.

Sendo assim, o trabalho com Fernanda só foi se tornando exequível, na medida em que foi sendo possível sustentar um espaço para a construção de sua própria interrogação sobre sua queixa. Dizendo assim parece uma tarefa fácil. Mas a verdade é que foi uma dificuldade enorme sustentar esse trabalho, já que, estando inserida no discurso da instituição de saúde, eu estava eminentemente atravessada pela expectativa de “melhora”, de que Fernanda pudesse “se livrar” dessa depressão.

Ao suportar a abertura de um espaço para a palavra, foi se tornando possível a implicação de Fernanda em seu tratamento. Assim, ela pôde endereçar o “medo de perder a mãe”, algo que se colocava para ela em todas as relações com os outros, uma vez que ela evocava cuidados a todos os outros, profissionais, amigos, familiares, ou seja, com quem fazia laços.

Fernanda quase não saía de casa, vivia em função das tarefas do lar. Trabalhava em determinados lugares durante um período e logo se desmotivava, rompendo com as atividades laborativas. Passava boa parte do dia dormindo ou vendo televisão. Não conseguia encontrar com os amigos e nem mesmo se relacionar na vida amorosa. Parecia não se interessar pelo mundo que existia para além de sua casa. Ainda assim, em períodos de maior ou menor frequência, vinha se dirigindo ao ambulatório.

Com o passar dos atendimentos, foi possível perceber pequenas situações em que Fernanda suportava se aventurar, minimamente, em direção às realizações e vontades concernentes à própria vida. Assim, ainda que de maneira incipiente, pequenos episódios demonstravam um movimento de subversão da queixa que incidia na “vontade de morrer”, pelo endereçamento do medo que ofuscava o desejo sobre “a vontade de viver”.

### **3.2 A palavra endereçada ao analista - uma abertura para o advento do sujeito a partir do laço transferencial**

Refletir sobre a clínica psicanalítica nos faz pensar em um trabalho que se conjuga entre fala e escuta. Essa conjugação, porém, não é simples. Falar implica endereçamento e presença, um laço de confiança entre aquele que fala e o outro que irá escutar. A esse laço Freud (1905/2016) considerou tratar-se da transferência, presente em todas as relações humanas, mas revelada apenas no tratamento psicanalítico.

Em seu artigo “Dinâmica da transferência”, o fundador da Psicanálise considera a transferência o modo como “todo ser humano, pela ação conjunta de sua disposição inata e de influências experimentadas na infância, adquire um certo modo característico de conduzir sua vida amorosa” (FREUD, 1912/ 2010, p. 102). Ao retomar a leitura desse artigo, Lacan (1953-54/2009, p.71) vai dizer que há algo ainda mais radical no fenômeno da transferência, uma vez que ela se manifesta para além da vida amorosa do sujeito, revelando “a sua organização do mundo” ou seja, a forma como ele está enlaçado nas relações com os outros.

Já sabemos que o “outro tem para o homem valor cativante, pela antecipação que representa” (LACAN, 1953-54/2009, p.169). É a partir da relação com o outro que o sujeito é inserido no campo do Outro, na linguagem, inserção esta que será constituinte, subsidiando o modo como o sujeito se situará na relação com os seus semelhantes e com a própria vida.

Se a Psicanálise é uma clínica que se sustenta no laço de transferência, é porque entende que o que está em jogo não passa por um aconselhamento ou a simples troca de palavras entre o analista e o paciente, mas concebe que o sujeito fala para além do sintoma apresentado. Na presença do analista, o sujeito atua, repete a sua posição sintomática na vida, o modo como ele se posiciona em relação ao Outro.

Freud (1914/2010, p. 154) reitera que a “transferência cria uma zona intermediária entre a doença e a vida”, sendo pela mediação do trabalho analítico que se torna possível “a transição de uma para a outra”. Mas essa transição não acontece de modo simples, sem dificuldades. Freud estava advertido que, no trabalho analítico, há em jogo o trabalho da resistência, “ali onde a investigação psicanalítica depara com a libido recolhida em seus esconderijos, uma luta tem de irromper; todas as forças que causaram a regressão da libido se levantarão como “resistências” ao trabalho, para conservar esse novo estado de coisas” (FREUD, 1912/2010, p.103).

Ao longo da vida, o sujeito encontrou, no sintoma, um modo possível de lidar com as frustrações. Apesar de se constituir como algo indesejado, capaz de sofrimento ou desprazer, o sintoma é uma saída possível “para a libido insatisfeita, rechaçada da realidade, que agora tem que buscar outros caminhos para a sua satisfação” (FREUD, 1916-17/2014, p. 476). O sintoma é, portanto, uma derivação desfigurada da realização do desejo inconsciente, ou seja, a produção de sintomas advém da dificuldade do sujeito em lidar com os embaraços da sua história. Assim, resistir ao tratamento é, no mínimo, esperado. Dessa forma, no tratamento analítico, é lícito afirmar que o paciente retira do “arsenal do passado [...] as armas que se defende do prosseguimento da terapia” (FREUD, 1914/2010, p.151), já que é desse mesmo arsenal que ele se constitui e se situa no mundo.



A partir de Lacan, podemos entender que “o centro de gravidade do sujeito é essa síntese presente do passado que chamamos de história” (LACAN, 1953-54/2009, p. 53), ou seja, na constituição subjetiva, passado e presente coexistem, uma vez que “a história não é o passado” (LACAN, 1953-54/2009, p. 22), visto que as marcas de sua inserção na linguagem e na relação com o Outro prevalecem ao longo da vida. Isso implica dizer que o “arsenal do passado” possui uma importante influência na vivência do sujeito no presente, sendo atualizada na experiência analítica, no laço transferencial.

Um ponto extremamente importante e original na experiência de Freud na construção do método psicanalítico foi considerar o para além do sintoma e sua interpretação, entendendo que a formação dos sintomas está atravessada pela relação problemática do sujeito consigo mesmo e com seus semelhantes. Nessa direção, o trabalho analítico toma a palavra como um instrumento que possibilita compreender “em que nível se produz o agarramento ao outro”, ou seja, como o outro é realizado, “em que círculo da sua subjetividade, a que distância se encontra do outro” (LACAN, 1953-54/2009, p.70).

Não se trata, portanto, de encontrar uma resposta nos “eventos formadores da existência”. A importância do trabalho analítico se situa na possibilidade de subsidiar condições para que o sujeito possa encontrar caminhos para a restituição de sua história, podendo reconstruí-la, encontrando saídas outras, para além da saída sintomática (LACAN, 1953-54/2009, p. 23).

Mas, para que isso possa acontecer, há um caminho importante a ser trilhado, sendo necessária a interposição de um tempo, para que algum deslizamento na fala dirigida ao analista possa acontecer, um tempo para que o sujeito possa se encontrar com a sua palavra (TENÓRIO, 2000). Sendo assim, o começo do trabalho não incide na eliminação da resistência e, sim, na oferta de escuta e presença, como espaço de endereçamento.

Presença e resistência são noções que caminham juntas na clínica psicanalítica, sendo eminentemente atreladas ao conceito de transferência. Lacan (1953-54/2009, p.56) vai dizer que a resistência “emana daquilo que está para se revelar”, fazendo uma inflexão no discurso do paciente, ou seja, mascarando o discurso do inconsciente.

Sustentar uma escuta em presença é permitir a abertura para o laço transferencial, possibilitando um encontro inédito do sujeito com a verdade que se revela no testemunho da palavra endereçada ao analista. Desse modo, uma análise só inicia quando um sujeito fala “para um outro, que no primeiro momento, é aquele que o atende” (FIGUEIREDO, 1997, p. 125).

Todavia, o analista não responde como um outro, semelhante. Ele deixa aparecer um terceiro, o Outro, como lugar ao qual o sujeito verdadeiramente se dirige. Afinal, é essa a problemática que constitui o trabalho analítico, possibilitar “a relação que liga o Outro ao qual se dirige a demanda [...] à aparição do desejo” (LACAN, 1960-1961/2010, p. 215).

Se o trabalho analítico revela o modo como um sujeito se situa perante a vida, aos seus objetos e seus semelhantes, é porque institui uma disparidade na condução da transferência, havendo uma dissimetria entre aquele que fala e o outro que escuta, não se tratando de uma troca dual (LACAN, 1960-1961/2010). No processo de análise, a palavra é retomada “numa relação a três, e não numa relação a dois” (LACAN, 1953-1954, p. 21).

Em um ambulatório de Psicologia situado em um contexto de saúde pública, preservar essa dimensão terceira da palavra se coloca, para nós, como a verdadeira abertura para o trabalho. Em um cenário onde as prescrições sobre o que vem a ser “saúde” já estão dadas de antemão, possibilitar a abertura de um lugar para a palavra pode ser a margem necessária para um sujeito advir.

Nas indicações de Lacan, “uma palavra não é uma palavra, a não ser na medida exata em que alguém acredita nela” (LACAN, 1953-54/2009, p. 311). É na palavra que a escuta psicanalítica repousa e é na escuta da palavra do sujeito que o analista poderá fazer retornar, para esse sujeito, aquilo que aparece no deslizar da cadeia significante, de forma com que ele possa se ouvir, reconhecer-se na sua palavra.

Na prática clínica experienciada no ambulatório de Psicologia, podemos perceber que a construção do reconhecimento do sujeito ao que se produz no ato da palavra não acontece sem dificuldades. Para nos aproximarmos das condições que permeiam esse trabalho de escuta, a partir de vinhetas clínicas, apresentamos situações que envolvem o reconhecimento do sujeito na presença do analista.

### **Carlos, um encontro com a palavra que se revela no tropeço**

Carlos chega ao ambulatório de Psicologia a partir do encaminhamento feito pela fonoaudióloga da Unidade Básica de Saúde, que o acompanhava em um tratamento de disfemia, popularmente conhecida como gagueira. Sensível às questões subjetivas de Carlos, a profissional o encaminha para acompanhamento psicológico, entendendo que a dificuldade com a palavra estava aliada a questões singulares a Carlos.

Trata-se de um adolescente cuja relação familiar era bastante conflituosa. Durante a infância, sofrera o abandono dos pais, sendo acolhido pela avó Maria, com quem vivia desde

então. Contudo, as dificuldades impostas pelo exercício de educação do neto colocavam Maria em um grande impasse e, ao confrontá-las, Maria trazia à tona a possibilidade de entregar Carlos ao pai. Viver com o pai era algo extremamente ameaçador a Carlos, uma vez que ele o ameaçava “recebê-lo a pancadas”, caso tivesse que assumir sua guarda. A mãe, filha de dona Maria, que participava precariamente da vida do filho, também não demonstrava nenhum desejo pela sua guarda.

Nos primeiros atendimentos, Carlos falava pouco e, quando falava, pedia repetidamente para que eu me lembrasse da “ética que envolvia meu sigilo profissional”, já que tinha receio que eu contasse para a avó o que ele tinha para me dizer ali. Assim, foi necessário um tempo para que ele pudesse se sentir confortável para endereçar suas questões.

Após algumas semanas, Carlos começou a contar sobre seu cotidiano, da fé de sua avó, e o quanto se sentia mal por questionar algumas narrativas dessa religião. Quando se aproximava de alguma questão sobre a religião, reafirmava “o quanto deveria ser temente a Deus e o quanto era errado se interessar pelas coisas mundanas”. Aos poucos, ia deixando transparecer o seu desejo de participar e pertencer aos grupos de colegas da escola e das festividades do município, algo que a avó repudiava, já que sua religião só permitia a participação em atividades religiosas.

Carlos estava acossado pelas questões inerentes à adolescência, principalmente as sexuais. Entretanto, não havia ainda encontrado nenhum espaço que pudesse abordar suas inquietações, uma vez que sua avó sempre correlacionava sexo ao pecado, com pouca abertura para o diálogo.

Seu endereçamento ao trabalho no ambulatório foi se consolidando aos poucos, sendo necessário um tempo para que um laço de confiança pudesse acontecer. Posso dizer que esse laço aconteceu no tropeço. Após algumas faltas sequenciadas ao tratamento, Carlos chegou, em um determinado dia, dizendo que estava convicto da escolha pela palavra de Deus e que não se interessava mais pela “vida mundana”. Falou sobre o reino dos céus, as grandezas da palavra de Deus, finalizando seu atendimento citando uma metáfora bíblica: *“É mais fácil o camelo entrar pelo buraco da agulha do que o “pecador” entrar no Reino de Deus”*. Na verdade, a frase correta seria “o rico entrar no reino dos céus”, mas, ao dizer, trocara “rico” por “pecador”. Tentei conversar um pouco sobre o que ele havia trazido e assim ele disse: *“é porque a porta do céu é muito estreita, tem que abrir mão de muita coisa pra passar... pra passar, tem que passar apertado”*.

Finalizei o atendimento e, antes que eu pudesse chegar até a porta, Carlos prontamente abriu-a para sair. Mas, ao abri-la, deixou-a entreaberta, o que o levou a tropeçar e

quase machucar o pé. Então, eu disse a ele: “*Olha, Carlos, acho que essa porta está estreita demais não é mesmo? Desse modo, ela só serve para machucar! Acho que juntos podemos abrir um pouco mais essa porta! O que acha?*”. Carlos sorriu. Terminamos o atendimento e, assim, iniciamos um trabalho.

Podemos observar, a partir desse recorte, um acontecimento de fala. Foi no tropeço de Carlos, diante da porta estreita, que algo compareceu como um efeito de palavra. Deparamo-nos, assim, com o efeito criador da palavra, trazendo à cena algo que não estava evidente, mas que pôde se inscrever, desvelando o encontro do discurso próprio do sujeito, estando o analista na posição de testemunha.

### **João, uma chegada desconcertante**

Uma outra situação importante que nos faz retomar a dimensão da palavra na presença do analista pode ser sinalizada no trabalho com João.

A chegada de João ao ambulatório foi, de certo modo, desconcertante. Na saída de um paciente que eu acabara de atender, João entrou pela porta do consultório rapidamente e, antes que eu pudesse me dar conta do que estava acontecendo, sentou-se em uma das cadeiras e começou a falar. Tentei entender o motivo de sua chegada ao ambulatório, mas os assuntos eram muitos e se misturavam na sua fala. Entre uma coisa e outra, falava sobre como não sentia dor e às vezes mudava de assunto, dizendo sobre moças bonitas, fazendo o contorno do corpo feminino com as mãos. Aparentemente, João estava bastante confuso.

No dia seguinte, procurei a equipe para conversar sobre a situação e buscar, junto com a rede intersetorial, elementos que pudessem me ajudar a pensar se seria mesmo um trabalho para o ambulatório. Pela condição da chegada marcada por um certo atropelamento, as resistências, principalmente minhas, eram muitas para que um acolhimento a João pudesse acontecer. Os relatos de experiência vividos por alguns profissionais com o modo equivocado de João frequentar os serviços fidelizavam a minha percepção de que seria um trabalho inviável.

Não posso me esquivar do fato de que o começo foi marcado por uma grande resistência da minha parte. João era um homem de, aproximadamente, cinquenta anos, forte, e não respeitava os limites convencionais de aproximação. Seus atendimentos eram longos, confusos e, além disso, difíceis de encerrar. Sua fala era sem escansão.

Quando me encontrava na rua, vinha ao meu encontro perguntando, sem o menor pudor, sobre a minha vida, onde eu morava, se ficaria ou não no município, onde eu iria me hospedar, entre outras perguntas que se seguiam sem cessar enquanto me acompanhava pelo caminho.

Não sem dificuldades, pude sustentar a condução dos atendimentos subsequentes, com encontros semanais no ambulatório. Pude perceber que a equivocidade do início do trabalho analítico estava do meu lado e não de João. Em um momento de grande aflição, ele saíra em busca de um lugar para acolher sua dificuldade e, ao se deparar com uma porta com a placa “Psicologia”, entrou assim que a viu minimamente aberta. Era eu quem não entendia o lugar em que eu estava. Se João se relacionava de maneira errante com os outros dispositivos, era no ambulatório de Psicologia que sua dificuldade deveria encontrar lugar.

Aos poucos, pude ouvir melhor o que João estava dizendo. Ele gostava de dizer da sua força, do seu trabalho e o quanto as dificuldades não o atingiam. Nada o fazia chorar! Relatava procedimentos médicos pelos quais já havia passado e dizia suportar qualquer tipo de dor ou esforço físico que fosse necessário. Demorou um tempo para eu pudesse perceber que uma perda acidental de um familiar próximo retornava para João como uma dor sem simbolização. As dores que dizia não sentir em seu corpo, mesmo as dores marcadas por severas intervenções, eram uma possibilidade de João inscrever que nada era tão doloroso e inassimilável como a perda do ente querido.

Levando para o atendimento psicológico alguns objetos do familiar falecido, João tentava circunscrever, de algum modo, isso que, para ele, era tão difícil de elaboração. Além do mais, sentia-se sozinho, com poucos amigos e uma dificuldade importante de se firmar em relacionamentos amorosos com as mulheres. Entre os familiares, tinha apenas um familiar como pessoa próxima.

Aos poucos, João foi encontrando na palavra uma possibilidade de contornar e elaborar essas questões que se colocavam tão inapreensíveis. A moça bonita que antes mencionara em gesto passara a ter um outro contorno, pela palavra, das moças bonitas que tinham passado por sua vida e das decepções amorosas que tivera. Além disso, foi uma possibilidade de uma mediação possível diante da perda de seu familiar.

Encontrar um lugar de palavra foi, para João, uma outra possibilidade de fazer contorno às dificuldades de sua vida, possibilitando, além disso, que ele pudesse se situar melhor nas relações com os outros. Se, antes, ele precisava demonstrar, no corpo ou em objetos palpáveis, e não conseguia nem mesmo manter uma certa distância das pessoas, agora, a palavra vinha se consolidando como uma mediação possível de João na vida.

A história de João nos faz refletir sobre como as dificuldades experimentadas no começo do trabalho advinham da resistência que se colocava do lado do analista, uma vez que João chegava com as dificuldades que eram inerentes ao seu funcionamento na vida.

Lacan (1954-1985) já nos advertia de que a resistência se situa do lado do analista e, a partir do caso de João, essa afirmativa fica evidente, já que a oposição, o receio, as dificuldades em acolhê-lo quase não permitiram o começo de um trabalho tão importante e pertinente acontecer.

Isso nos faz pensar que é com a dificuldade, com as problemáticas que se vivenciam na relação com os semelhantes que o sujeito chegará ao ambulatório, sendo justamente nesse dispositivo que sua diferença poderá ser acolhida. Talvez seja este um encontro inaugural com um lugar em que o sujeito possa endereçar sua desorganização subjetiva e, assim, encontrar, nesse trabalho, a construção de uma mediação possível para estar na vida de uma maneira mais amena, possibilitando um enlaçamento simbólico pela palavra.

### **3.3 A travessia do sujeito nos tempos da clínica**

Caminhando para o final deste capítulo, não podemos deixar de mencionar a importância do tempo do sujeito no trabalho analítico. A prática clínica, experienciada no cotidiano do dispositivo ambulatorial, nos faz considerar que o momento e a forma como o profissional ou a equipe intervém sobre uma determinada situação podem fazer uma grande diferença na condução do trabalho com o sujeito.

Isso nos faz inferir que não é possível pensar a clínica sem considerar os tempos que lhe concernem. Uma intervenção antecipada ou retardatória pode comprometer todo o trabalho, podendo se tornar até mesmo um impedimento para que o tratamento possa acontecer (OLIVEIRA, 2004).

Essa perspectiva temporal implica que a clínica psicanalítica não se sustente em um tempo cronológico, mas em uma temporalidade lógica, singular ao sujeito. Essa dimensão temporal indica a necessidade de uma interposição entre os tempos, como intervalo necessário na construção de um lugar em que a escuta possa se estabelecer.

Um dos grandes desafios encontrados na clínica psicanalítica inserida no contexto da saúde está atrelada ao manejo dessa dimensão temporal. Muitas são as demandas que chegam

ao dispositivo de saúde. Nesse contexto, não é raro que a quantidade prevaleça sobre a qualidade, convocando a uma antecipação das intervenções sobre a demanda aparente.

Sobre essa temporalidade da clínica, podemos, como Lacan (1945/1998), em seu artigo “Tempo lógico e a asserção da certeza antecipada – um novo sofisma”, pensá-la como um trabalho que se desenvolve a partir de três tempos: o instante de olhar, o tempo para compreender e o momento de concluir.

A chegada do paciente ao ambulatório é marcada pelo primeiro tempo, “o instante de olhar”, sob o qual o trabalho se conjugará na escuta atenta, recolhendo, na palavra do sujeito, os elementos que implicam sua chegada ao dispositivo. Ouvir a demanda e possibilitar que esta seja colocada em palavra é o que irá constituir o começo de uma clínica.

Na condução da escuta, o analista irá oferecer a interposição de um tempo, uma escansão sob a forma de interrogação, promovendo fissuras na narrativa do usuário, dando espaço para que o sujeito possa alcançar, na sua fala, o “instante de olhar” para aquilo de que se queixa.

A esse primeiro tempo, Freud (1913/2010) tratou como “ensaio preliminar”, uma espécie de sondagem, momento em que convocamos o paciente a falar e endereçar suas palavras.

Trata-se de um tempo de trabalho prévio à análise propriamente dita, cuja entrada é concebida não como continuidade e, sim – como o próprio nome tratamento de ensaio parece sugerir – como uma descontinuidade, um corte em relação ao que era anterior e preliminar (QUINET, 1991, p. 18).

Nesse primeiro momento, o analista se situará na condição de testemunha, atravessando, junto com o sujeito, os caminhos que o levarão rumo à passagem para o segundo tempo, “o tempo de compreender”.

O segundo tempo se interpõe no trabalho como uma travessia da queixa para uma interrogação. Interrogação esta que é acurada pelos ritmos e pontuações marcadas pelo analista. Nas palavras de Quinet (1991, p. 60): “é por intermédio da pontuação do texto do analisante que o analista fará com que o inconsciente exista”. Não se trata de uma “tomada de consciência”, mas de operações que marcam a escansão na fala, fazendo ecoar para o sujeito a sua verdade, revelada na presença do analista.

É somente a partir desse segundo tempo que o sujeito poderá se deparar com sua posição frente àquilo de que se queixa. Na possibilidade de se interrogar sobre as questões que movem o seu sofrimento, pode fazer incidir uma abertura para a investigação própria do sujeito sobre a trama que articula sua posição no mundo, bem como os pontos que enodam as

amarrações que imperam sob a forma de repetição e. à sua revelia, insistem em retornar de maneira sintomática.

Colocar em palavras e endereçar ao analista é a abertura para uma apropriação de sua história. Desse modo nos encontramos com o terceiro tempo, “o tempo de concluir”. A palavra concluir, aqui, não deve ser tomada como um encerramento do trabalho e, sim, como uma posição em que o sujeito pode extrair os elementos que o fazem concluir sua posição frente ao que atravessa, construindo saídas outras, retificando de sua posição subjetiva.

Sobre essa condição, Ramalho (2006) reitera que

não se pode mudar os significantes que compõem a história de um sujeito, mas o sentido, o significado dos mesmos, o que acaba configurando uma história diferente e, portanto, possibilitando, ao sujeito, outro destino. Abre-se, para ele, então, a possibilidade de recriar formas de vida, outras maneiras de viver a realidade (RAMALHO, 2006, p. 28).

Nessa direção, podemos considerar que a construção de um lugar para a palavra, como é o caso do ambulatório de Psicologia, poderá subsidiar um tempo para o sujeito, sendo esta uma oportunidade para que ele possa sair da posição de um mero personagem frente à sua história, tornando-se autor (ou pelo menos coautor) de sua própria vida (RAMALHO, 2006).

Lacan (1953/1998) vem dizer que “é justamente essa assunção de sua história pelo sujeito, no que ela é constituída pela fala endereçada ao outro, que serve de fundamento ao novo método a que Freud deu o nome de psicanálise” (LACAN, 1953/1998, p. 258). Dito de outro modo, é por meio de sua fala, que um sujeito poderá, no ato de tomar a palavra, construir uma fala endereçada, de uma experiência que consiste, para o sujeito, em se escutar, ao falar para alguém que encarna a posição de analista, ou até mesmo construir a sua história, de maneira inaugural.

Para finalizar este capítulo, trago a vinheta clínica da paciente Joana, que, ao se deparar com um lugar de endereçamento, pôde transformar em poesia um rumo para sua existência.

### **Joana e a inscrição da palavra como estatuto de poesia**

O encontro com Joana se deu em uma de suas consultas de retorno no ambulatório de Psiquiatria da Unidade de Saúde, poucos dias após minha inserção nesse serviço. Fui chamada pelo psiquiatra para que ele pudesse me apresentar à Joana e sua mãe, para, assim, fazer um encaminhamento para o trabalho psicológico. Havia por parte do psiquiatra a percepção de um quadro grave de sofrimento psíquico de Joana, uma moça de vinte e poucos anos que



demonstrava uma acentuada infantilização e um importante empobrecimento da linguagem. Não conseguíamos entender se se tratava de um quadro psicótico ou de um retardo.

Nesse primeiro encontro, convidei sua mãe, dona Virgínia, e a própria Joana para um acolhimento. Dona Virgínia alegou não ser possível naquele dia, pois estava apressada para ir embora devido a um compromisso após a consulta. Joana, por sua vez, parecia pouco responsiva, posicionava-se de modo mais introspectivo, com a cabeça baixa, escondendo-se atrás da mãe. Agendamos para a semana seguinte seu primeiro acolhimento no ambulatório.

Joana se apresentou nos primeiros atendimentos com poucas palavras, sempre de cabeça baixa, com os ombros caídos, sustentando, de modo bastante precário, uma tentativa de diálogo. Não sabia dizer do que gostava, o que sentia e nem como eram as coisas que envolviam seu cotidiano, como sua rotina e sua casa. Foi necessária, nas entrevistas preliminares, a participação de sua mãe que parecia bastante insatisfeita pela forma como a filha se portava. “Ela age como criança, quer coisas de criança, faz coisas estranhas em casa... já disse para ela que não tolero mais erros”, dizia a mãe. Mas, ainda assim, Joana respondia apenas com um sorriso constrangido. A mãe se queixava do desleixo corporal da filha e de suas atitudes. Contou que ela passara a acumular sujeira no quarto, dizendo não saber mais como proceder. Falou que a filha pedia desculpas o tempo todo e sem necessidade. Na presença da mãe, Joana respondia com um sorriso constrangido e com os ombros caídos.

Após alguns atendimentos, consegui ouvir da mãe um pouco da história de Joana. Dona Virgínia relatou que a filha estudara até os 14 anos na escola regular, mas que, a partir dessa idade, não quisera mais voltar à escola e começara a viver como uma criança. Questionada sobre o que seria esse “viver como criança”, ela disse que a filha não se interessava por nada da idade dela, não ajudava nas tarefas de casa, não se cuidava como uma moça e, quando saía na rua, queria comprar balão, pirulito, enfim, coisas infantis.

Os primeiros passos para um trabalho com Joana só puderam acontecer por meio de jogos (memória e varetas) e, posteriormente, desenhos. Nessas atividades, Joana começou a dizer um pouco sobre sua casa, sobre seu gato, seu cachorro, sobre seu quarto, sempre pedindo desculpas, quando partia de si mesma a vontade de falar. Sua mãe, acolhida no final dos atendimentos, sempre se posicionava angustiada, levantando vários impedimentos de estar ali com a filha (as dificuldades de transporte, o fato de morar na zona rural). Ao mesmo tempo, pouco acreditava no trabalho realizado no atendimento psicológico sustentado no ambulatório com sua filha, comparando-o com os demais.

Em uma de nossas conversas no final do atendimento de Joana, dona Virgínia desabafou, dizendo não acreditar em nenhum possível tratamento, seguindo pouco as

instruções do psiquiatra do serviço, ministrando as medicações à sua maneira e relegando total descrédito principalmente a um trabalho que levasse em conta a fala como instrumento terapêutico, como era o caso dos atendimentos comigo. Ao se queixar de sua situação, da ida até o ambulatório, dona Virgínia disse: “você precisa ir na minha casa para entender o que estou dizendo”.

Foram feitas algumas tentativas de encaminhamento ao CAPS de referência, mas este não entendia a situação de Joana atrelada a um quadro de crise, embora concordasse que se tratava de uma situação grave. Além disso, as dificuldades de locomoção até o município já se faziam problemáticas para a família, sendo um grande dificultador o fato de que o CAPS se situava em outro município. Assim, tornou-se necessário construir e pensar o cuidado de Joana por meio dos dispositivos de saúde do município, mais especificamente nos ambulatórios de Psiquiatria e Psicologia. Levei essa questão também para a reunião da rede intersetorial e, com a participação e disponibilidade do assistente social do dispositivo CRAS, decidimos fazer uma visita à casa de Joana, de forma a minimamente ouvir a demanda colocada por dona Virgínia.

Ao chegar à sua casa, diferentemente da maneira apática e pouco responsiva que Joana se posicionava nos atendimentos, fomos recebidos com grande entusiasmo. Dona Virgínia nos disse que sua filha não aguentava de ansiedade na espera de nossa visita. Joana nos mostrou seu quarto, as coisas que guardava ali e sua casa antiga feita de barro no quintal onde morara desde pequena. Pude ouvir de Joana o quanto sentia falta daquele espaço e como era estranha para ela a nova casa, onde morava há cerca de seis anos. Dona Virgínia parecia não entender, já que a casa nova era segura e bastante confortável em vista da anterior. Joana buscava coisas velhas da casa antiga e levava para o quarto e, ao explicar, pedia desculpas.

Enquanto caminhava com Joana pela casa e pelo quintal, onde ela me apresentava suas coisas, sua vida e sua rotina, o assistente social esclarecia dúvidas, orientando a mãe e o pai de Joana sobre alguns direitos e o acesso a eles, dando um contorno às fragilidades sociais aferentes. No final da visita, Joana me abraçou e disse estar muito feliz. Dona Virgínia agradeceu a visita, dizendo: “que bom que posso contar com vocês”.

Nos atendimentos subsequentes, Joana passou a escrever “cartinhas” endereçadas a mim dizendo: “Patrícia, gosto muito de você”. Nos atendimentos psiquiátricos, dona Virgínia iniciou uma melhor vinculação, conseguindo administrar corretamente as medicações prescritas pelo médico, acarretando em uma melhora do quadro de Joana. Nos atendimentos psicológicos, começaram a surgir outros assuntos, conversas sobre os interesses de Joana, ainda que um pouco desestruturados e fragmentados. Quando interrogada sobre outras coisas

de que gostava de fazer, Joana pediu a canetinha colorida emprestada para levar para casa, alegando que seria para pensar e escrever sobre aquilo de que gostava. Chegou, na semana seguinte, com uma folha, escrita com a canetinha, com os seguintes dizeres: “Patrícia, eu gosto de ajudar a mãe em casa, eu gosto de vir aqui conversar com você, eu gosto de poesia”.

Quisera eu acreditar que, nesse primeiro momento, Joana dizia da poesia literária. Ledo engano! Pensando ser este o gosto revelado por ela, no atendimento subsequente, levei poesias prontas de Cecília Meirelles e Manoel de Barros. Percebi que, embora Joana até tenha demonstrado um interesse inicial pelas poesias, logo as deixou de lado e pediu para desenhar. Pegou uma folha, pediu para que eu fizesse borboletas, flores e árvores para ela contornar com a canetinha. Depois, construímos histórias sobre a árvore, a flor e a borboleta. Conversamos um pouco sobre os afazeres de Joana em sua casa, as coisas gostosas que a mãe fazia para comer, as músicas que gostava de escutar, seu dia a dia. Foram necessárias algumas semanas para que eu pudesse perceber que a poesia a que Joana se referia era a sua própria história sendo construída ali, no nosso trabalho.

Extraindo consequências do trabalho com Joana, podemos perceber que o trabalho analítico não pressupõe um conhecimento *a priori* a ser ensinado, não se traduz em uma resposta à demanda aparente e nem sequer se resume a uma intervenção imediata, uma imposição ao sujeito. Joana chegou ao ambulatório com a sua dificuldade e, embora recebesse da mãe uma certa imposição sobre “não se comportar como criança” ou “agir como uma moça”, não conseguia, ainda assim, situar-se desse modo. Algo da palavra da mãe não incidia para Joana, sendo necessário um trabalho de construção, um lugar e um tempo para que Joana, enquanto sujeito, pudesse, aos poucos, tomar a palavra e, à sua maneira, construir sua poesia, sua maneira de se colocar na vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os caminhos percorridos no desenvolvimento desta dissertação tornaram-se, para nós, uma abertura para a construção de discussões oportunas acerca da clínica psicanalítica em um ambulatório público de Psicologia. Sabemos, entretanto, que as discussões não se esgotam com esta pesquisa, tampouco pretendemos apresentar um trabalho modelo e, sim, possibilitar reflexões que possam reinserir a clínica e a escuta do sujeito nas intervenções da Saúde Mental.

Ao recobrar os efeitos que ficaram da travessia desta pesquisa, chegamos à conclusão de que a prática psicanalítica em um ambulatório público é uma empreitada destinada a encontrar dificuldades importantes, das quais o analista não poderá se esquivar, devendo incluí-las em seu trabalho. Além disso, sua prática exigirá a construção permanente do seu lugar no campo institucional, no trabalho com a rede e nas possibilidades de intervenção que o faz confrontar a dimensão do impossível de psicanalisar, como advertiu Freud em “Análise terminável é interminável” (1937/2018). Nesse artigo, Freud (1937/2018) nos indica três ofícios impossíveis, a saber: educar, psicanalisar e governar. São impossíveis à medida em que jamais alcançarão o sucesso absoluto ou o resultado satisfatório, podendo alcançar apenas um resultado momentâneo, parcial, realizado a cada vez, a cada intervenção. Ser analista é, portanto, o confronto com o impossível de sê-lo totalmente. É uma aposta e direção de trabalho que pode ou não se realizar.

Em um contexto de Saúde Mental, o profissional que se aventura a encarar a dimensão do impossível poderá reconhecer que há limitações com as quais ele irá esbarrar no exercício de seu trabalho, o que não significa dizer que nada poderá fazer. Advertido dessa condição, ele poderá inventar um caminho possível para ser trilhado, uma aposta de trabalho que poderá ser tecida junto com os profissionais e serviços onde atua.

É preciso dizer que o psicanalista em um dispositivo público não atuará como especialista, detentor de um saber. Até porque seu lugar não é soberano, ou seja, é parte da instituição, de uma equipe, dispositivo ou rede de serviços públicos, o que o faz igual aos demais profissionais. Ademais, uma psicanálise não acontece por imposição, “goela abaixo”. Uma psicanálise pode operar apenas na sustentação de uma transferência.

A transferência é, como aborda o próprio Freud (1917/2014), o campo onde o trabalho acontece. É por meio dela que haverá uma aposta de trabalho, um laço de confiança para que este possa acontecer. Portanto, precisará ser construído junto com a rede e com cada paciente que se recebe.

Desse modo, a nossa aposta é de que a escuta analítica, no âmbito dos dispositivos públicos, poderá se situar de duas formas: primeiramente, construindo um lugar de endereçamento, um espaço de palavra para o sujeito. E, além disso, poderá se sustentar no trabalho com a rede intersetorial, na transmissão de sua leitura clínica voltada à particularidade de cada sujeito assistido em seu trabalho na Saúde Mental.

Fazendo eco ao trajeto percorrido, retomamos a questão que fundamentou o direcionamento desta pesquisa: *como instituir um lugar/tempo de palavra que inclua um sujeito em um ambulatório de Psicologia?*

Para desenvolver as amarrações teóricas que cercearam essa questão, recorreremos à experiência freudiana germinal, para recobrar, junto com o fundador da Psicanálise, as consequências de uma clínica que se orientou pela palavra do paciente, como via de acesso ao sujeito do inconsciente.

Freud desenvolveu um modo de trabalho incomparável, fazendo avançar suas investigações com estilo próprio, diferentemente de tantas outras terapêuticas ou investigações científicas. Tomado pelo interesse em torno da “magia” das palavras, o fundador da Psicanálise se aventurou em direção a um mundo desconhecido, claudicando os primeiros passos de seu método, apostando na importância da palavra, para fazer dela a bússola que norteou sua clínica. E, sobretudo, porque parou para escutar ao obedecer ao pedido de Emmy von N., que parasse de perguntar “de onde vinha isso e aquilo, mas sim deixá-la contar o que tinha a dizer” (FREUD, 1893/2016, p. 96)

Com o caminho que percorremos, foi possível perceber que, tal como o tecelão conduz o tear, Freud conduziu sua clínica possibilitando que a palavra do sujeito pudesse encontrar, no fiar das associações, os enlaces de sua tessitura. Em seu livro “A interpretação de sonhos” (1900/2019, p. 324), ele já nos advertia que a clínica psicanalítica se trataria de uma tecedura de palavras, “uma fábrica de pensamentos, na qual, como na obra-mestra do tecelão”, cada pedalada é capaz de mover vários fios, que se movem e criam várias ligações as quais se formam no advento da palavra endereçada ao analista.

Recorreremos também ao ensino e transmissão de Lacan, psicanalista francês, que situa a Psicanálise no campo da linguagem. A partir de suas contribuições, pudemos perceber que a palavra, na Psicanálise, comporta a dimensão significante, ou seja, que ela “não tem nunca um único sentido, o termo, um único emprego”, ela “tem sempre um mais-além, sustenta muitas funções”, possui “função criadora” (LACAN, 1953-54/2009, p. 314).

A aposta na função criadora da palavra nos permitiu retomar o interesse principal deste estudo, ou seja, os efeitos de um trabalho com a palavra no ambulatório de Psicologia.

Na aposta de que esse dispositivo pudesse se tornar um espaço de endereçamento e escuta de um sujeito, fomos movidas a interrogar sobre as condições como este chega ao ambulatório, de modo a pensar a possibilidade de esse trabalho acontecer.

Nessa direção, foi preciso desenvolver uma incursão no campo das políticas de saúde mental, bem como na história da Psiquiatria no país, de forma a encontrar balizas para o desenvolvimento de uma escuta clínica no âmbito dos serviços públicos. Assim, foi possível compreender que o trabalho nesse cenário padece de influências importantes, seja de caráter econômico, social, cultural e territorial. Nesse contexto, é fundamental que o analista esteja advertido de que, para trabalhar, é necessário incluir os elementos que participam da vida e da história do sujeito que chega ao dispositivo ambulatorial.

Após as construções alcançadas, desenvolvemos o terceiro capítulo retomando os elementos capazes de incluir a escuta do sujeito no trabalho desenvolvido nos dispositivos da saúde mental, mais especialmente, no ambulatório de Psicologia. Foram inseridas vinhetas clínicas, de modo a ilustrar brevemente os aspectos que consideramos relevantes, subsidiando reflexões que nos permitissem pensar o que a escuta analítica pode oferecer ao sujeito em um ambulatório de Psicologia.

Caminhando para a conclusão de nosso estudo, somos convocadas a sustentar os efeitos de um trabalho que se orienta na aposta da palavra do sujeito, no seu endereçamento ao analista. Como a Psicanálise não se trata de um idealismo, os efeitos que se produzem não podem ser condensados ou massificados em uma perspectiva de resultados.

Orientamo-nos, assim, na aposta de que esse encontro pode oferecer a cada sujeito que chega ao trabalho a possibilidade de escuta de seu sofrimento, de modo a subsidiar caminhos para que este possa também se ouvir e se haver com a trama que marca seu lugar no mundo e na vida. Dito de outro modo, orientamo-nos na direção de um trabalho que não se funda na promessa de felicidade, mas que possibilita ao sujeito se pensar diante de sua própria história, ou até mesmo reescrevê-la, numa perspectiva mais interessante para o seu existir.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. *Cuidados no território: as práticas das equipes de Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAMs de Belo Horizonte*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Fundação Oswaldo Cruz; Instituto René Rachou. Ministério da Saúde. Belo Horizonte, 2018.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1998.
- BARROS, R. *A promessa analítica e o mal-estar na cultura*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, 1999.
- BATISTA, M. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e No Brasil. *Política & Trabalho, Revista de Ciências Sociais*, n. 40, p. 391-404, 2014.
- BOING & CREPALDI. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 30, n. 3, p. 634-649, 2010.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
- BRASIL, Presidência da República. Lei Orgânica da Assistência Social, Lei Federal nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, publicada no DOU de dezembro de 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 189 de 19 de novembro de 1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). *Diário Oficial da União*, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992. *Diário Oficial da União*, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família - A Implantação da Unidade de Saúde da Família*, Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Cria e regulamenta o funcionamento dos serviços residenciais terapêuticos (SRTs) em Saúde Mental. *Diário Oficial da União*, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº336 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõem sobre os serviços substitutivos de atenção diária: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com portes diferenciados e com especificidade para a clientela infanto-juvenil e para dependência de álcool e outras drogas. *Diário Oficial da União*, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.708, de 32 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. *Diário Oficial da União*, 2003.

BRASIL, Ministério da saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 2011.

CARNEIRO, N. Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial – haverá um lugar para o psicanalista em Saúde Mental? *Rev. Latino Am. Psicopat. Fund.*, v. 11, n. 2, p. 208-220. São Paulo, 2008.

CASTRO, J.; FERRARI, I. O desejo do psicanalista e sua implicação na transferência segundo o ensino de Lacan. *Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro, 2013.

DAMOUS, I.; ERLICH, I. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, nº 4, p. 911-9, 2017.

DARMON, M. *Ensaio da Topologia Lacaniana*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

DIAS, J. *Lugar geopsíquico: contribuições da psicanálise para uma epistemologia da geografia*. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2019.

DUBOIS, C. O significante, a letra e o objeto. In: MELMAN e outros. *O significante, a letra e o objeto*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

ELIA, L. Psicanálise: clínica & pesquisa. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. *Clínica e Pesquisa em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora Ltda, p. 19-35, 2000.



ELIA, L.A Rede da Atenção na Saúde Mental: articulações entre CAPS e ambulatórios. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Ministério da Saúde. Brasília, 2005.

ERLICH, H.; ALBERT, S. O sujeito entre a psicanálise e a ciência. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 47-63, dez. 2008.

FIGUEIREDO, A. *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Reluma Dumará, 1997.

FIGUEIREDO, A. Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. *Psicologia Política*. vol. 19, nº 44. p. 78-87, 2019.

FIGUEIREDO, A.; ALBERTI, S. Apresentação. In: FIGUEIREDO, A.; ALBERTI, S. A. *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud editora, 2006. p. 7-15.

FERRETTO-JESUINO, A. De l'usager au sujet. Que serait un travail social qui ne serait ni théologique, ni politique? La psychanalyse apporte-t-elle une réponse humaniste? *Éditions de l' Association Lacanienne Internationale*. France, 2004.

FINGERMANN, D. O que falar quer dizer? *Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano*. São Paulo, 2007.

FOUCAULT, M. (1994). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.

FREUD, S. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

\_\_\_\_\_. Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim (1956 [1886]). In: \_\_\_\_\_. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, vol. I, 1969. p. 41-53

\_\_\_\_\_. Projeto para uma psicologia científica (1956 [1885]). In: \_\_\_\_\_. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, vol. I, 1969. p. 385-466.

\_\_\_\_\_. Histeria (1956 [1888]) In: \_\_\_\_\_. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, vol. I, 1969. p. 85-106.

\_\_\_\_\_. Hipnose (1891). In: \_\_\_\_\_. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, vol. I, 1969, p. 161-172.

\_\_\_\_\_. Algumas considerações para o estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas (1893 [1888-1893]). In: \_\_\_\_\_. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, vol. I, 1969. p. 229-245.

\_\_\_\_\_. Tratamento Psíquico (ou anímico) (1905). In: \_\_\_\_\_. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, vol. VII, 1969. p. 271-288.

FREUD, S & BREUER, J. (1893-1895) *Estudos sobre a Histeria*. Trad. Laura Barreto. São Paulo: Companhia das Letras, v. 2, 2016. p. 18- 427.

FREUD, S. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras.

\_\_\_\_\_. (1900). *A interpretação dos sonhos*. Trad. . Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, v. 4, 2019, p. 15-678.

\_\_\_\_\_. (1904) *O método psicanalítico de Freud*. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, v. 6, 2016. p. 321-330.

\_\_\_\_\_. *O chiste e sua relação com o inconsciente* (1905). Trad. Fernando Costa Mattos & Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, v. 7, 2017. p. 13-257.

\_\_\_\_\_. *Psicoterapia* (1905). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, v. 6, 2016. p. 331-347.

\_\_\_\_\_. *A dinâmica da transferência* (1912). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, v. 10, 2010. p. 100-110.

\_\_\_\_\_. *Sobre o início do tratamento* (1913). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, v. 10, 2010. p. 123-145.

\_\_\_\_\_. *Contribuição à história do movimento psicanalítico* (1914). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, v. 11, 2012, p. 245-327.

\_\_\_\_\_. *Conferências Introdutórias à Psicanálise* (1916-17). Trad. Sergio Tellaroli. São Paulo: Companhia das Letras, v. 13, 2014, p.18-613.

\_\_\_\_\_. *Psicologia das massas e análise do eu e outros textos* (1921). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras.,v. 15. 2011, p. 13-113.

\_\_\_\_\_. *A questão da análise leiga: diálogo com um interlocutor imparcial* (1926). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, v. 17, 2014. p. 100-187.

\_\_\_\_\_. *Mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias e outros textos*. (1930). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, v. 18, 2010. p.13-122.

\_\_\_\_\_. *Análise terminável e interminável* (1937). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, . v. 19, 2018. p.274-326.

FREUD, S. (1891). Sobre a concepção das afasias: um estudo crítico. In: GARCIA-ROZA, L.A. *Afasias*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda, 2014. p. 8-40.

GAY, P. (1988/2019). *Freud: uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

JONES, E. *Vida e obra de Sigmund Freud*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1961.

JORGE, M. *Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan, vol. 3: a prática analítica*. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu (1949). In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 96-103.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em Psicanálise (1953). In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 238-342.

LACAN, J. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano (1960). In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 807-844.

LACAN, J. Posição do inconsciente no Congresso de Bonneval (1966). In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 843-864.

\_\_\_\_\_. *O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud (1953-1954)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

\_\_\_\_\_. *O Seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise (1954-1955)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

\_\_\_\_\_. *O Seminário, livro 3: as psicoses (1955-56)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

\_\_\_\_\_. *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente (1957-1958)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2019.

\_\_\_\_\_. *O Seminário, livro 6: o desejo e sua interpretação. (1958-1959)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2016.

\_\_\_\_\_. *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise (1959-60)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

\_\_\_\_\_. *O Seminário, livro 8: a transferência (1960-61)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

\_\_\_\_\_. *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LEBRUN, J. *Clínica da instituição – o que a psicanálise contribui para a vida coletiva*. Porto Alegre: CMC Editora, 2009.

MACEDO, M. & TENÓRIO, F. Introdução. In: CZERMAK M. *A porta de entrada e a clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Editora Tempo Freudiano, 2013.

NETO, F. Reforma psiquiátrica e clínica da psicose: o enfoque da psicanálise. *Revista Aletheia*, nº 30. Canoas, RN, 2009.

OLIVEIRA, R. Prevenção, assistência, assistencialismo: os tempos da clínica. In: GRYNER, S., RIBEIRO, P., FRANCO, F. *A violência começa quando a palavra perde o valor*. Rio de Janeiro: Núcleo de Atenção à Violência, 2004. p. 17-27.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração de Banguécoque sobre promoção da saúde num mundo globalizado*: sexta conferência internacional sobre promoção da saúde. Genebra, 2005.

PESSOA, A. *A política da psicanálise e o cuidado nas redes de atenção psicossocial: sujeito e laço social*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicanálise. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016.

QUINET A. *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

QUINET, A. *Os outros em Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda, 2012.

RAMALHO, R. Reescrever ou inventar história? Narrar - construir - interpretar. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, p. 25-34, 2006.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, IX, 3. São Paulo, p. 460-483, 2006.

RINALDI, D. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental. In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud editora, p. 141-148, 2006.

SAITO, D.; ZOBOLI, E.; SCHVEITZER, M.; MAEDA, S. Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis, p.175-183, 2013.

SANTOS, M. *Por uma outra globalização – do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, R.; FONSECA, T.; NETO, F. Reforma Psiquiátrica e lógica diagnóstica psicanalítica: discussões de uma possível tessitura. *Revista Ágora*, v. XXIII n.1. Rio de Janeiro, p. 12-20, 2020.

SANTOS, Y.; OLIVEIRA, I.; YAMAMOTO, O. O ambulatório de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica em Natal, RN. *Psicol. Argum.*, Curitiba, v. 27, n. 59, p. 313-322, 2009.

SAURET, M. (2006) Psicanálise, psicoterapias, ainda.... In: ALBERTI, S & FIGUEIREDO, A. *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud editora, 2006. p.19-43.

SCIARA, L. (2004) Qu' attendre du psychanalyste dans une institution dite sociale?. Que serait un travail social qui ne serait ni théologique, ni politique? La psychanalyse apporte-t-elle une réponse humaniste? *Éditions de l' Association Lacanienne Internationale*. France, p.33-42, 2004.

SILVA, A.; PINHO, B. (2015) Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. *Rev. Enferm. UERJ*, v. 23, nº 3, p. 420-4, 2015.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Coleção Bacamarte – Psicanálise e Psiquiatria. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora Ltda, 2001.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9, nº 1, p.25-59, 2002.

TENÓRIO, F.; ROCHA, E. A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud editora, 2006. p. 55-72.

TENÓRIO, F.; COSTA-MOURA, F; LO BIANCO, A. Tradição clínica da psiquiatria, psicanálise e práticas atuais em saúde mental. *Psicologia USP*, v. 28, nº 2, p. 206-213, 2017.

TREVIZAN, E. Construção clínica em um CAPS. Psicanálise: invenção e intervenção. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*. nº 41, p.118-127, 2012.