

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA SOCIAL

Paulo Alberto Teixeira Bueno

**CLÍNICA AMPLIADA: INTERLOCUÇÕES ENTRE A PSICANÁLISE E A
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

SÃO PAULO 2016

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA SOCIAL

Paulo Alberto Teixeira Bueno

**CLÍNICA AMPLIADA: INTERLOCUÇÕES ENTRE A PSICANÁLISE E A
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social, sob a orientação do Professor Doutor Raul Albino Pacheco Filho.

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

SÃO PAULO 2016

BUENO, Paulo A. T. *Clínica ampliada: interlocuções entre a psicanálise e Atenção Psicossocial*. Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social.

BANCA EXAMINADORA

Dedico ao Pedro Klinkby Bueno, que, do seu direito à minha companhia, gentilmente cedeu muitas horas, sem as quais não realizaria esta pesquisa. À Ingrid, meu amor, coautora da mais importante de todas minhas obras. À Bruna, cujo sorriso muito inspirou e inspira. E aos meus pais, que tanta saudade deixaram.

AGRADECIMENTO

Ao Prof. Dr. Raul Albino Pacheco Filho, orientador dedicado que muito contribuiu, com suas observações, olhar atento, rigor teórico e disponibilidade.

Ao Prof. Dr. Ricardo Teixeira e à Prof. Dr. Clarissa Metzger, pelas valiosas contribuições na Banca de Qualificação e por aceitarem o convite para participar da Banca de Defesa. Às Prof. Dras. Maria do Carmo Guedes e Maria Livia Tourinho, por aceitarem participar como suplentes da Banca de Defesa.

Aos colegas do Núcleo Psicanálise e Sociedade: Thais Cristina, Augusto Coaracy Neto, Renata Rampim, Mariana Festucci, Ana Paula Baima, Isaias, Milton Neto, Roberta Arlota, Leonardo Lopes, Ingrid Figueiredo, Jamile, Ricardo, Renata Winning, Michele Gouveia, Luanda, Vini, Karla Rampim, Patrícia Ferreira Lemos, Mendão, Fernanda Zaccharewicz, Mário e Joana Penteadó.

Aos colegas do cartel sobre o *Seminário 7*: Odonel Serrano, Clarissa Nars e Maria Helena Felipe.

Aos colegas do pseudocartel sobre o *Seminário 16*: Guto, Aninha, Ro e a esporádica mais-um Tata.

Aos colegas membros e participantes do Fórum do Campo Lacaniano-SP, de modo especial aos participantes do Seminário Psicanálise nas Instituições, da Rede Psicanálise e Saúde Pública e da Rede de Psicoses.

Às professoras Lúcia Arantes e Maria Francisca Lier-De Vitto, que me acolheram no Núcleo de Linguagem e Patologias da Linguagem ligado ao Programa de Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem da PUC-SP.

Aos colegas da equipe Balaio de Acompanhamento Terapêutico do Núcleo de Referência em Psicose do Sedes Sapientiae, essencial nos anos iniciais de minha formação.

Aos colegas do CAPS, de modo especial à Juliana, Marcieli, Solange, Kátia, Jeânia e Jessica.

A todos meus pacientes.

Ao Pedro que ressignificou a palavra amor em minha vida e me ensina diariamente a paternidade. À Bruna, sobrinha amada que também emprestou algumas horas que seriam suas para a escrita desta dissertação.

À Ingrid, companheira, que tanto me apoiou neste percurso e que tanto amo.

Aos meus pais. Aos meus irmãos Jefferson e Ewerton, minha família, espelho, inspiração: amor. À Andréa e Talita, pessoas especiais a quem só posso agradecer por fazer parte da minha família. Aos meus outros irmãos: Cláudio, Fernando e Cláudia. Às vovós Margarida, Cassia e Neusa. Ao Luiz Otávio, pequeno príncipe.

Aos amigos da música, minha outra profissão também impossível: Mistura de Panela, Bailes e Balaíos, Choro Urbano e Bloco Banda ou Coisa Parecida.

À Marlene e ao corpo docente do Programa de Psicologia Social da PUC-SP.

À CAPES e ao CNPQ, cujo apoio foi essencial para a realização deste trabalho.

RESUMO

BUENO, Paulo A. T. *Clínica ampliada: interlocuções entre a psicanálise e Atenção Psicossocial*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2016.

Esta pesquisa apresenta a articulação entre diferentes campos do saber: psicanálise, direito, saúde mental e filosofia. Partimos do ponto de que a atuação em saúde mental é eminentemente clínica e problematizamos a dificuldade da teorização de uma clínica que sustente as ações intersetoriais. Para tanto, levantamos algumas observações sobre as noções de clínica e de sujeito presentes no campo, com especial destaque para a noção de sujeito de direitos. Trouxemos algumas formulações do filósofo Giorgio Agamben para a argumentação da insuficiência deste conceito para a sustentação da clínica ampliada. Foi indicado o risco constante que corre o profissional de saúde mental de suprimir o sujeito e seu desejo, exercendo sobre ele sutis formas de poder, principalmente quando ancorado exclusivamente no discurso de direitos. Introduzimos na discussão a concepção clínica da psicanálise, que ancorada em uma posição ética visa subverter os modos tradicionais de manejo do poder. Buscamos, assim, explorar o potencial que a interlocução entre a psicanálise e a Atenção Psicossocial tem para uma proposta em clínica ampliada.

Palavras-chave: psicanálise, atenção psicossocial, saúde mental, Agamben, sujeito de direitos.

ABSTRACT

This research presents the articulation between different fields of knowledge: psychoanalysis, law, mental health and philosophy. We start from the point that the work on mental health area is eminently clinical and we problematize the difficulty of theorizing a clinic that supports intersectoral actions. To do so, we raise some observations about the notions of clinic and subject present in this area, with particular emphasis on the notion of subject of rights. We discuss some formulations of the philosopher Giorgio Agamben to sustain the insufficiency of this concept as a support of the Extended Clinic. We indicate the constant risk suffered by the mental health professional when the subject and his desire are suppressed, exerting subtle forms of power on this subject, especially when anchored exclusively in the discourse of law. We introduce in this discussion the clinical conception of psychoanalysis, which subverts the traditional ways of managing power by anchoring itself in an ethical position. We thus seek to explore the potential that the interlocution between psychoanalysis and Psychosocial Attention has as a contribution for Extended Clinical.

Keywords: psychoanalysis, psychosocial care, mental health, Agamben, subject of rights.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9.
CAPÍTULO 1 – REFORMA PSIQUIÁTRICA E INTERSETORIALIDADE.....	18.
1.1. Reformas psiquiátricas.....	18.
1.2. Intersetorialidade.....	30.
CAPÍTULO 2 – CLÍNICA: ENTRE O ESVAECIMENTO E A AMPLIAÇÃO.....	34.
2.1. Reabilitação psicossocial: a recusa da clínica.....	34.
2.2. A clínica – Aclínica – Há clínica?.....	39.
2.3. Clínica ampliada.....	46.
CAPÍTULO 3 – O SUJEITO DE DIREITOS É O SUJEITO PSICOSSOCIAL?.....	53.
3.1. Sujeito Psicossocial.....	53.
3.2 Sujeito de direitos.....	54.
3.3 Discurso de direitos.....	61.
3.4. Humanização não equivale a discurso dos direitos.....	65.
CAPÍTULO 4 – HOMO SACER: O SUJEITO INTERSETORIALMENTE SILENCIADO.....	68.
CAPÍTULO 5 – A FUNÇÃO DA FALA E O PRINCÍPIO DO SEU PODER NO CAMPO INTERSETORIAL.....	79.
CAPÍTULO 6 – A ÉTICA DA CLÍNICA AMPLIADA.....	97.
CONCLUSÃO.....	109.
REFERÊNCIAS.....	110.

INTRODUÇÃO

Esta dissertação visa articular alguns conceitos psicanalíticos com a estratégia da Clínica Ampliada no âmbito da Atenção Psicossocial, apontando caminhos que auxiliem a situar o tema da clínica no atual estágio da Reforma Psiquiátrica – que privilegia a atuação na perspectiva da intersetorialidade.

Esta pesquisa tem sua pré-história entrelaçada à minha atuação profissional no campo da saúde mental. A primeira aproximação com o referido campo não foi em um equipamento da área da saúde, tampouco em uma instituição do sistema público; mas sim no sistema privado de educação: atuei durante alguns anos como acompanhante terapêutico de crianças e adolescentes em escolas particulares da capital paulista. Neste momento as primeiras inquietações começaram a surgir, afinal, o acompanhante é terapêutico ou pedagógico, é um profissional da saúde ou da educação, como operar com os efeitos de uma intervenção clínica em uma instituição que não se propõe a tratar? Tais inquietações se mantiveram durante todo o período de atuação e estão ligadas a uma estratégia que se inscreve no atual momento histórico de nossas instituições de cuidado, que é a da atuação intersetorial. Assiste-se a uma difusão bastante promissora da aposta nesta forma de atuação, que se presentifica gradativamente no cotidiano institucional. Desde os primeiros casos que acompanhei tive um contato com a rede de atendimento do paciente através de reuniões com terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e psicólogos; troca de ligações e e-mails; acesso a materiais produzidos fora da escola e a relatórios de professores e de profissionais da saúde; participação em reuniões de planejamento semestral e construção de Projetos Pedagógicos Individualizados na escola e outros encontros do gênero. Em suma, além do acompanhante terapêutico na educação estar em um lugar de intersecção entre as áreas, a sua atuação implica uma série de ações em rede, o que muitas vezes me levou a perguntar sobre os modos possíveis de um posicionamento eticamente orientado pela psicanálise em tais contextos.

Posteriormente, passei a atuar também como acompanhante terapêutico na área da saúde, fora de instituições, mas ainda na modalidade privada. O norte básico da proposta é o de possibilitar o encontro entre o paciente em sofrimento – que apresente uma limitação em suas possibilidades de circulação – e a cidade. Aqui, a intervenção tem um acento notadamente clínico e há uma série de trabalhos que fundamentam a prática do Acompanhamento Terapêutico com a teoria psicanalítica (Hermann, 2012; Metzger, Nars, 2013). O que interessa

deste tema é o fato de que necessariamente o profissional é um articulador da rede, faz parte de suas funções a interlocução com outros profissionais e atores sociais. Em minha prática, por diversas vezes, estabeleci laços com pessoas durante o itinerário percorrido por mim e pelo paciente; bem como provoquei e participei de reuniões com psiquiatras, psicólogos, equipes de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e professores. Ou seja, mesmo atuando fora da instituição a rede intersetorial se fez presente novamente em minha trajetória.

Retornei em um outro momento ao trabalho institucional, já na área da saúde pública. Atuei durante um ano em um equipamento de atendimento à adolescentes usuários de álcool e outras substâncias psicoativas e, em seguida, fui transferido para um CAPS Infanto-Juvenil na região da grande São Paulo. A transferência para o CAPS foi a realização de um objetivo, pois este era um desejo que se manifestava desde a época da graduação. Desejo este que possuía duas faces: uma clínica, tendo em vistas a riqueza que o público atendido pelo CAPS apresenta no que diz respeito à variedade em estruturas clínicas e possibilidades de intervenção; e a outra política, em prol da inclusão, da contribuição para a transformação do lugar social da loucura e para a efetivação de direitos. Além da realização do antigo desejo está experiência atualizou indagações, não menos antigas, acerca da inserção da psicanálise na instituição, do estatuto da clínica em um espaço entre outros – outros saberes, profissionais, direções de tratamento, etc – , e, principalmente, o lugar da psicanálise no trabalho em equipe e na rede intersetorial. Em alguns casos a intersetorialidade se impõe de um modo quase onipresente, há a necessidade de um diálogo constante com outros setores, como Conselho Tutelar, assistência social, educação, judiciário e etc.

Assim, a partir das situações cotidianas no CAPS as indagações iniciais foram tomando forma, ficando mais depuradas. Mas antes de apresenta-las, passemos por uma breve contextualização e localização histórica da atenção à saúde mental no Brasil e do lugar ocupado pela psicanálise neste percurso.

No fim da década de 1970 se iniciou o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, cujo objetivo inicial era o de proporcionar um atendimento mais humanizado às pessoas em intenso sofrimento psíquico. Posteriormente este movimento assumiu um caráter assumidamente antimanicomial e lutou pelo fim das internações psiquiátricas, e passou a ser conhecido como Movimento da Luta Antimanicomial. Em 2001, o Movimento obteve seu maior êxito, que foi a promulgação da Lei nº 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado, que constitui marco essencial para a desconstrução do modelo asilar. O Movimento não se limitou

apenas à desconstrução, protagonizou a direção de uma profunda reconfiguração do modelo de assistência à saúde mental no país com a criação de novos equipamentos alternativos ao paradigma hospitalocêntrico. Essas mudanças provocaram a descentralização do saber e da clínica psiquiátrica nas práticas de cuidado à saúde mental, abrindo espaço para a contribuição teórica e técnica de outras áreas através do lugar de protagonismo assumido pela equipe multidisciplinar. Este é o contexto de surgimento dos CAPS, que se configuram como uma resposta ético-política dada à loucura e não apenas como um equipamento de intervenções puramente técnicas. No esteio destas conquistas e mirando a consolidação da Reforma Psiquiátrica se constrói esta pesquisa, a partir da perspectiva psicanalítica.

A história da interlocução entre a psicanálise e a Reforma Psiquiátrica brasileira é antiga, possui mais de quatro décadas. Podemos estabelecer uma divisão de dois períodos: um primeiro momento nas décadas de 1960/1970 em que alguns psicanalistas atuavam em Comunidades Terapêuticas, onde havia uma melhora no atendimento em relação às instituições asilares, mas não um rompimento com a lógica de isolamento destas instituições; e um segundo momento a partir da década de 1980 com a consolidação do Movimento da Luta Antimanicomial (Figueiredo, 2001, p. 93). Este segundo período, que é o da Reforma Psiquiátrica propriamente dita, será subdividido em três tempos: o primeiro abarca a década de 1980, em que houve um investimento no atendimento ambulatorial como estratégia de prevenção e de redução das internações; o segundo compreende a década de 1990, em que se destaca a implantação dos CAPS como serviço substitutivo das instituições asilares; e o terceiro tempo, que vai dos anos 2000 até os dias atuais, que se caracteriza por privilegiar a proposta do trabalho em rede na perspectiva intersetorial (Figueiredo, 2011, p. 48). Apesar da longa tradição de atuação do psicanalista nos equipamentos públicos de saúde mental e atuação política no Movimento da Luta Antimanicomial, a inserção de um discurso e de uma ética do sujeito no campo da Atenção Psicossocial “é por vezes avaliada negativamente por aqueles que consideram que a dimensão política foi deixada de lado em prol da clínica, em especial daquela [perspectiva clínica] que tem na psicanálise sua referência fundamental” (Rinaldi, 2006, p. 143). Trataremos da tensão existente entre a clínica e a política na Reforma brasileira mais à frente. Antes disso, detenhamo-nos em como se deu a aproximação da psicanálise com o campo da saúde mental nos três tempos destacados.

Destaca-se no primeiro tempo o ambulatório, que se caracteriza como um lugar em que se fazem consultas – consultas de todo tipo: médicas, nutricionais, fonoterápicas,

psicológicas, e etc. O que temos nos ambulatórios são consultórios, portanto, e a entrada da psicanálise foi eminentemente baseada na operação de tornar público o modelo do consultório privado, enfrentando todas problemáticas daí decorrentes. Tal operação implica, naturalmente, o atravessamento da questão da possibilidade de se fazer psicanálise em um equipamento de saúde pública, a esta questão Figueiredo respondeu afirmativamente com sua tese de doutorado *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no atendimento público* (1997). Para a autora, o ambulatório é um espaço propício à psicanálise em seu dispositivo privilegiado, que é o dispositivo de consulta. Há, entretanto, uma série de consequências nesta passagem da psicanálise para o espaço público, pois no ambulatório não se pode definir certas condições de tratamento, como frequência, duração das sessões, uso do divã e o pagamento – uma vez que, com Figueiredo, admitamos que estes elementos não são condições necessárias para a instalação do dispositivo psicanalítico, tais problemas são contornáveis. A partir daí surge a necessidade de que o psicanalista reinvente cotidianamente manejos de trabalho nesse cenário público (Figueiredo, 2011, p. 49).

O segundo tempo é marcado pela implantação dos CAPS e pelo trabalho em equipe multidisciplinar. Privilegia-se o dispositivo de convivência, que engloba as oficinas, lazer, grupos e atividades extramuros. Há o dispositivo de consultas individuais, mas não é o principal e deve estar inserido em mais de um dispositivo de tratamento para que não se corra o risco de uma reprodução do ambulatório, ou seja, a atuação do psicanalista não pode se limitar ao dispositivo de consulta (Ibid., p. 52). Assim, novas questões são colocadas à psicanálise, que vem respondendo com algumas importantes contribuições para a construção do trabalho coletivo. Destacamos a utilização da noção de transferência de trabalho, entendida como investimento no trabalho partilhado; uma transferência que se dá pelo trabalho e em oposição às relações imaginárias e aos efeitos de grupo entre a equipe, que não trazem benefícios para a direção do tratamento do paciente (Ibid., p. 55).

O terceiro tempo é o trabalho em rede na perspectiva intersetorial. Diversos setores estão envolvidos: saúde, educação, jurídico, Conselho Tutelar, assistência social, Direitos Humanos, esporte, lazer, trabalho, políticas de assistência à moradia, etc. Não se trata apenas de uma atuação interdisciplinar, vai além e envolve Secretarias, Ministérios e governos (Ibid., p. 57). Observa-se que há uma ampliação tanto em direção aos outros setores e equipamentos, como para outros níveis hierárquicos e de poder de decisão: o que traz como consequência uma potencial ampliação do alcance das intervenções. Precisamente por seu potencial, a atuação no

nível da intersetorialidade tornou-se uma condição de operacionalização da Reforma Psiquiátrica e para que a interlocução entre psicanálise e Atenção Psicossocial avance é necessário que se desenvolvam reflexões e pesquisas acerca do alcance e dos limites da intervenção do psicanalista na perspectiva da intersetorialidade. As contribuições que a psicanálise vem desenvolvendo para o trabalho em equipe nem sempre são aplicáveis à Rede: há uma maior dificuldade em manejar o entrecruzamento de saberes; a transferência de trabalho se pulveriza quando lidamos com profissionais e setores muito diversos; e a construção do caso se torna pontual e contingente. A inclusão de outros saberes e outras perspectivas na discussão de caso traz implicações: o caso clínico passa a ser também um caso jurídico, um caso da educação, um caso sócio-assistencial, e etc. (Ibid., p. 58-60).

Enquanto a discussão do caso está limitada a uma equipe da saúde mental, tem-se uma maior possibilidade de trazer à cena elementos que possam validar o caso, a ser construído, como um caso efetivamente clínico. Outros setores têm outras demandas e objetivos em relação ao paciente, que nestes contextos ocupa a posição de réu, estudante, adolescente, idoso, pessoa vulnerável e etc. Se na saúde já é uma questão a criação, em equipe, de condições sociais e de tratamento para a emergência do sujeito, nas ações intersetoriais tal tarefa se apresenta como uma dificuldade ainda maior, em decorrência – não só da multiplicidade de saberes e demandas em jogo, mas também – da confusão de línguas e de direções de trabalho: ao “usuário” do CAPS é proposto um Projeto Terapêutico Singular (PTS), ao “adolescente em situação de vulnerabilidade” do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) é construído um Plano Individual de Atendimento (PIA), estabelece-se um conjunto de metas denominado Projeto Pedagógico para o “aluno problema” da escola; o Conselho Tutelar cria medidas de proteção ao “menor”; o Judiciário lida com o “autor de ato infracional”. Não é necessário que nos estendamos nos exemplos para indicar que todos estes nomes podem se referir à mesma pessoa: nosso paciente. Não se trata apenas de nomes diferentes, mas de diferentes lugares em que o sujeito é colocado e incitado a falar, a calar ou a partir do qual é excluído do campo de decisões acerca do próprio destino. A entrada da psicanálise neste terreno implica a introdução de, no mínimo, mais um nome: o sujeito do inconsciente – que não deverá ser amalgamado aos termos “paciente”, “usuário” ou “caso” – e, a partir desta introdução, urge que se repense o lugar de fala, silenciamento e de decisões que a ele é reservado.

O risco de esvaecimento do caso clínico na multiplicidade de línguas da rede intersetorial conduz à reflexão sobre uma antiga discussão acerca das fronteiras entre a clínica

e a política na Reforma Psiquiátrica no Brasil, que tem seu desenvolvimento marcado por uma dupla referência à estas duas dimensões. Por um lado, o relevo na desinstitucionalização, na abolição das práticas e lógica manicomial, na promoção da inserção social e no aumento do potencial de contratualidade no território; por outro lado, o esforço em encontrar a forma de um fazer clínico que entre em consonância com os ideais políticos da cidadania. Neste cenário forjou-se um importante conceito que hoje é prescrito nas cartilhas de Atenção Psicossocial para pautar as práticas dos profissionais na saúde pública que é o de *Clínica Ampliada*. Este conceito se edifica na intersecção existente entre as dimensões clínica e política e vem sendo constantemente trabalhado, elaborado e reinterpretado por profissionais orientados por diferentes áreas do saber, como a terapia ocupacional, a psicologia, a filosofia, a psiquiatria, a saúde coletiva e a antropologia; em suma, está em um campo de debate que não é exclusivo da tradicional clínica médica, tampouco da clínica psi.

Detenhamo-nos em uma primeira definição – extraída da cartilha *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular* (Brasil, 2007), elaborada por representantes técnicos do Ministério da Saúde – que delinea uma clínica que: produz um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular; que conduz à assumpção da responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; que pressupõe a busca de ajuda em outros setores; que reconhece os limites dos conhecimentos e tecnologias dos profissionais atuantes; e, por fim, que implica a assumpção de um compromisso ético profundo (Ibid., p. 12-13). Observa-se que a definição implica necessariamente a atuação intersetorial e traz subjacente a ideia de que a clínica é uma prática constituída por uma direção ética. Destaca-se o ponto em que admite-se que o usuário é o sujeito e que a condição singular de seu sofrimento deve ser valorizada. Por outro lado, é colocado que os profissionais são os responsáveis por ele – Amarante (2007), respeitável figura na história do Movimento Antimanicomial, ratifica tal perspectiva ao afirmar que “em atenção psicossocial se usa a expressão ‘responsabilizar-se’ pelas pessoas que estão sendo cuidadas” (p. 82). O sujeito em questão é o sujeito de direitos em busca da cidadania. A *responsabilidade* é a noção que vem dar conta do deslocamento da relação entre o profissional de saúde e o sujeito doente que antes era verticalizada e centrada na doença: “resgata-se o conceito de *responsabilidade profissional*, entendido na repactuação entre médico e paciente conquistada ao longo dos 40 anos de militância do movimento antimanicomial” (Goulart, 2007, p. 96). A responsabilidade profissional e o compromisso com o sujeito doente são respostas éticas no nível de uma política, política de recusa do modelo

manicomial de maus-tratos e negligência. Porém, tal compreensão exige o esforço de uma contínua reflexão, dado o fato de que é tênue o fio que separa essa responsabilização de uma prática de tutela; bem como é tênue o que separa essa noção de sujeito desresponsabilizado de uma sujeição ao semelhante.

Vale a citação de alguns trechos sobre o tema encontrados na cartilha. Ao tratar das “implicações éticas da clínica ampliada”, alerta-se para o fato de que “se o serviço de saúde tivesse reduzido os usuários à doença, ele poderia ser considerado cúmplice da discriminação racial e da desigualdade social” (Brasil, 2007, p. 13), em outro trecho há a afirmação de que “O compromisso ético com o usuário deve levar o serviço a ajudá-lo a enfrentar, ou ao menos perceber, estas causalidades externas” (Ibid., p. 14). Nota-se que há uma prescrição para que os profissionais de saúde contribuam com a conscientização das causalidades externas, ou seja, das determinações sociais dos processos de sofrimento. Trata-se, portanto, da definição de uma clínica eminentemente política, uma clínica que conscientiza e se responsabiliza; que não reduz o usuário à sua doença ao situá-lo como sujeito de direitos, mas que – em contrapartida – não questiona os efeitos de uma ética que prioriza a busca pela cidadania em detrimento da escuta clínica de como o sujeito posiciona-se perante a discriminação, a exclusão e o sofrimento do qual padece.

Jurandir Freire Costa (1996) descreveu três modelos éticos em vigência no campo das práticas em saúde mental: a ética da tutela, a ética da interlocução e a ética da ação social. O primeiro modelo é aquele que objetifica o sujeito, e toma as causas de sua conduta como sendo de ordem biológica, definindo este indivíduo como privado de razão e vontade. As consequências jurídicas destes atos desprovidos de racionalidade colocam o sujeito como irresponsável pelo que faz. Este modelo é o que perpassa as práticas psiquiátricas tradicionais (p. 28). Na ética da interlocução o sujeito é tomado como um ser dialógico e capaz de contribuir para a solução de seu mal-estar, é a marca das psicoterapias, de um modo geral. Por fim, há a ética da ação social em que o sujeito e o profissional se igualam enquanto pares na busca pela subversão do instituído, o sujeito é tomado, antes de tudo, como cidadão. As diretrizes ligadas a este modelo são as da Reforma Psiquiátrica (p. 31). Esta classificação – aqui resumida, e que será melhor explorada no devido momento – nos auxiliará no debate sobre a ética da Clínica Ampliada. As práticas em Atenção Psicossocial ora se amparam e ora se afastam destes diferentes modelos, tomando o sujeito como objeto, indivíduo ou cidadão. Estas denominações se opõem à concepção psicanalítica de sujeito do inconsciente e os modelos éticos

correspondentes distam da ética do desejo formulada por Lacan (1959-1960/2008). Esta oposição não será, aqui, tomada como um impossível, mas um desafio de demarcação de fronteiras e possibilidades de interlocução. A hipótese é a de que as formulações psicanalíticas sobre a clínica e sobre a ética podem contribuir para fundamentação de certas ações no escopo da rede intersetorial. Seguiremos, entretanto, a linha de uma interlocução e, portanto, não haverá uma sobreposição do discurso psicanalítico sobre o campo psicossocial.

No primeiro capítulo iremos trabalhar a história da Reforma Psiquiátrica, acentuando a posição da clínica e da psicanálise nos diferentes tempos dos modos de agenciamento da loucura. No fim do capítulo haverá um destaque especial para a estratégia da intersetorialidade.

No segundo capítulo iremos expor alguns episódios do debate existente sobre o lugar da clínica na Reforma Psiquiátrica. Apresentaremos as ideias da reabilitação psicossocial de Saraceno (1996a; 1996b; 1997), que propôs um modo de assistência em espaço aberto sem a presença da clínica; os argumentos de alguns autores que defendem que há clínica na Reforma e o quão potente ela é, destacando seus avanços e desafios; e, em seguida, será exposta a argumentação daqueles que mantem uma postura crítica ao lugar subalterno que é concedido à clínica pelos teóricos da Reforma. Por fim, apresentaremos a evolução do conceito de *Clínica Ampliada*, incluindo na discussão a exposição de estudos promissores que visam a um rigoroso aprofundamento teórico do termo (Campos, 1997; Cunha, 2004, 2009).

Trataremos no terceiro capítulo da noção de sujeito na Atenção Psicossocial, a partir do argumento de que em grande parte das definições este é tomado como sujeito de direitos (Amarante, 1995; Miller, 2011). Introduziremos, em seguida, o conceito de sujeito de direitos em sua definição jurídica (Kelsen 1960/1998; Douzinas, 2009), problematizando as consequências sociais da generalização do discurso dos direitos.

Recorreremos à Agamben (1995; 1998; 2001) no quarto capítulo para fazer a desconstrução da noção de sujeito de direitos a partir de sua formulação sobre o *homo sacer* e de suas críticas aos pilares da ética tradicional que sustentam as concepções de cidade, cidadania, cidadão e etc. Tais noções são caras tanto às produções teóricas acerca da Atenção Psicossocial, como ao discurso jurídico, que muitas vezes é hegemônico nas reuniões intersetoriais - falaremos, brevemente, desta hegemonia. Aqui será apresentada a noção de *poder soberano* e levantada a hipótese de que muitas vezes o profissional de saúde mental,

quando tomado exclusivamente pelo discurso dos direitos, exerce este poder sobre o paciente no âmbito da intersetorialidade.

No quinto capítulo será trabalhada a interlocução entre a psicanálise e a Atenção Psicossocial. Apresentaremos algumas contribuições psicanalíticas acerca da clínica articulados à saúde mental. Problematizaremos o lugar do poder na clínica psicanalítica, passando por conceitos como sugestão, transferência, demanda e desejo. Tentaremos, de uma certa forma, responder com uma alternativa possível a hipótese do capítulo anterior. Exploraremos a disjunção existente entre a noção de sujeito de direitos com o sujeito do inconsciente, defendendo a irreducibilidade deste àquele. Argumentaremos que esta irreducibilidade traz implicações à posição do poder na Clínica Ampliada.

No sexto capítulo será apresentada a noção de ética da psicanálise a partir de Lacan (1959-1960/2008). Pretendemos indicar o corte introduzido por Lacan neste campo, produzindo uma cisão com a ética tradicional, de onde se alimentam algumas práticas em Atenção Psicossocial.

Por fim, haverá um capítulo de Conclusão em que iremos articular os pontos anteriormente levantados entre si. Ao longo dos capítulos apresentaremos algumas vinhetas de intervenções, situações complexas e impasses que atravessam o cotidiano do profissional de Saúde Mental dos CAPS; situações que exigem certas decisões e posicionamentos deste profissional, muitas vezes no campo das ações intersetoriais. Nestes momentos, será discutido o alcance e limites da introdução da clínica e ética psicanalítica na Atenção Psicossocial como norteadora de algumas práticas do profissional psicanaliticamente orientado.

CAPÍTULO 1 – REFORMA PSIQUIÁTRICA E INTERSETORIALIDADE

1.1.REFORMAS PSIQUIÁTRICAS

É de longa data a relação entre os termos reforma e psiquiatria. Esta, enquanto ramo da medicina, nasce em fins do século XVIII, a partir da reforma da assistência dirigida aos internos dos hospitais gerais, cujo objetivo era o de humanizar as práticas e conferir um tratamento no sentido médico do termo (Tenório, 2002, p. 26). Philippe Pinel assumiu a direção do Hospital de Bicêtre em 1793 e posteriormente o La Salpêtrière e atuou como protagonista desta reforma assistencial, historicamente situada entre os acontecimentos de mudanças das estruturas política, social e econômica da Revolução Francesa. Enquanto diretor-médico, teve um importante papel, pois “fundou também os primeiros hospitais psiquiátricos, determinou o princípio do isolamento para os alienados e instaurou o primeiro modelo de terapêutica nesta área ao introduzir o tratamento moral” (Amarante, 2007, p. 30).

Observa-se que esta primeira reforma teve ao menos três produtos: a psiquiatria; o princípio de isolamento e o seu correlato institucional, o hospital psiquiátrico; e uma terapêutica. O princípio de isolamento, como pressuposto para o tratamento e para o avanço científico da nova especialidade médica, teve uma função relevante na reestruturação social da época: apartou os loucos dos chamados “degenerados”. Este grupo heterogêneo composto por mendigos, órfãos, pobres e toda espécie de indivíduo que constituísse um problema social foram libertados, enquanto os loucos foram homogeneizados sob a rubrica de “doentes” e mantidos no claustro (Couto; Alberti, 2008, p. 16). Depreende-se que o que houve foi uma reforma do agenciamento da loucura e da política de manutenção da ordem pública: solta-se os degenerados e se mantém o enclausuramento dos loucos. A reforma de Pinel não se resume ao nascimento do hospital psiquiátrico e da disciplina a ele correspondente, estes são efeitos de uma profunda transformação das estruturas ideológico-políticas de uma sociedade. É importante retomar que Pinel exerceu um papel fundamental no curso da Revolução Francesa, pois além de médico foi deputado, participando da Constituinte que instaurou a primeira Constituição Republicana. A Revolução Francesa foi a portadora da bandeira de defesa dos direitos humanos, sociais e políticos, sintetizados na noção de cidadania, conceito atualizado da Grécia Antiga.

Pinel foi um dos construtores do moderno conceito de cidadania (..) No mesmo momento e contexto histórico em que foi construído o conceito de cidadania – como esta responsabilidade e possibilidade de partilhar com os outros de uma mesma estrutura política e social – foi construído também, em partes, pelos mesmos atores sociais, o conceito de alienação mental (Amarante, 2007, p. 34).

É preciosa a aproximação estabelecida pelo autor, pois assim como reforma e psiquiatria, a cidadania moderna e a loucura (enquanto objeto da medicina) surgem concomitantemente. Não se trata simplesmente de uma coincidência histórica, mas de uma relação de junção, disjunção, e cruzamento que se repetirá ao longo dos séculos, como veremos adiante. Neste período inaugural algumas pistas do entrelaçamento destes termos foram imediatamente lançadas, pois ao serem separados dos degenerados e mantidos em isolamento, os loucos foram automaticamente destituídos do estatuto recém-inaugurado de cidadão. Utilizou-se como critério para a concessão deste lugar social um conceito central do projeto iluminista: a razão. Aqueles que eram tidos como degenerados – ainda que párias sociais, improdutivos e dispendiosos do ponto de vista econômico – tinham preservada a faculdade da razão, ao contrário do que se supunha na época acerca dos alienados; neste contexto a desrazão passou a ser considerada “um impedimento para que o alienado fosse admitido como um cidadão” (Ibid., p. 35). Se por um lado a loucura, classificada como alienação, pressupõe o isolamento e afastamento da cidade; por outro, a noção de cidadania traz em seu bojo a demarcação de limites, colocando para fora os não-cidadãos. O louco, desde então, foi reiteradamente eleito enquanto objeto de exclusão do campo da cidadania e dos direitos civis e políticos.

Há algumas semelhanças com o Brasil, pois o país também passou por profundas transformações, tanto políticas como em seus modos de agenciamento do sofrimento mental. O início do século XIX foi marcado: pela chegada da família real; pela mudança do estatuto do Brasil, que deixou de ser colônia; pela Independência em 1822; e pela instauração do Império. Até meados do século XIX os loucos eram tomados como “tipos de rua” e incorporados à sociedade, que ainda sustentava um certo grau de tolerância social. Os indivíduos supostos “despossuídos de razão” ainda não tinham sido tomados como objeto da medicina no período colonial; “a loucura não estava incluída nos catálogos de males, nem nos projetos da instituição hospitalar e da instituição médica” (Devera; Costa-Rosa, 2007, pág. 61). Os principais locais de acolhida e cuidado eram instituições de orientação religiosa, as Santas Casas de Misericórdia. Esta situação se manteve incontestemente até a década de 1830, quando os médicos

passaram a reivindicar para si a prerrogativa de trato da loucura e a advogar a construção de hospitais psiquiátricos. Vale destacar que a chegada da família real foi acompanhada pela vinda do valioso acervo da Biblioteca Real e em 1808 foi inaugurada a Faculdade de Medicina da Bahia, que possibilitou a formação de médicos dentro do país. Ao mesmo tempo, apareceu um grupo de médicos que exigiu que fossem garantidas as condições para o surgimento da psiquiatria, quais sejam: a delimitação de seu objeto de estudo, o louco; e a construção de seu laboratório de pesquisas, o hospital psiquiátrico. Estes dados lançam luz sobre o efeito das mudanças políticas no campo da assistência a loucura. Em 1852 estes médicos obtiveram seu primeiro êxito, com a inauguração do Hospício Pedro II. Neste momento o louco passou a ser tratado como doente:

Baseado no princípio do isolamento, o hospício Pedro II foi o lugar de exercício da ação terapêutica da recém criada ciência psiquiátrica, daí a sua organização especial, com vigilância, regulação de tempo e repressão. Constituiu-se, assim, o Modelo Asilar respaldado na proposta de tratamento moral formulada por Pinel e Esquirol (Devera; Costa-Rosa, 2007, p. 61).

A partir de 1881 se aprofunda o processo de laicização do asilo: o Hospital Nacional de Alienados, por exemplo, passou a ser controlado pelo Estado e não mais pela Santa Casa; e os médicos passaram a assumir a direção dos hospícios. “Por volta de 1886, Teixeira Brandão, primeiro psiquiatra diretor do Hospício Nacional dos Alienados, e ardente defensor da total medicalização do asilo, consegue, enquanto deputado, a aprovação da primeira Lei brasileira do alienado” (Ibid., p. 62). Trata-se de um momento histórico de grande importância, pois a partir deste marco a psiquiatria passará a constituir o modelo hegemônico de assistência, com um forte caráter tutelar.

Esta lei faz do hospício o único lugar apto a receber loucos, subordina sua internação ao parecer médico, estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, determina a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio, regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hospício. (...) Esta lei faz do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido (Machado et al, 1978, p. 484, apud Devera; Costa-Rosa, 2007, p.62).

Observa-se uma marca distintiva entre o processo brasileiro e o francês, neste as transformações se deram a partir das experiências nos hospitais coordenados por Pinel e pela teorização e classificação das doenças que constituíram as bases para a fundação da psiquiatria; no Brasil o ponto de curva se deu a partir da legislação. É fato que houve uma pressão da classe médica para as paulatinas mudanças, mas este ponto de curva, que estabeleceu a hegemonia do modelo psiquiátrico, só se efetivou a partir da lei. Observa-se o que o casamento entre a

psiquiatria e o ordenamento jurídico no Brasil foi selado bem precocemente. Isto ocorreu não sem consequências, o louco ganhou o estatuto jurídico de irresponsável ao mesmo tempo que foi classificado como alienado – sendo destituído de seus bens, liberdade, direitos e cidadania. Desde então, o psiquiatra foi alçado a uma posição soberana face ao louco. O debate sobre a relação entre o discurso psiquiátrico e o ordenamento jurídico, entre a usurpação de direitos do louco e a soberania do profissional de saúde merece maior atenção e será retomado no terceiro capítulo.

Assim, por vias jurídico-legais, o Brasil passou a adotar o modelo psiquiátrico de assistência. Logo no início do século XX alguns efeitos deste modelo passaram a ser contestados e inicia-se um movimento visando a melhoria do tratamento, trata-se de uma reformulação cuja lógica se aproxima da “pineliana”, mas que ganhou seus próprios contornos na jovem república, predominantemente rural. Foi a reforma higienista, que tinha como principais sustentáculos o trabalho agrícola forçado e a reclusão em grandes hospitais-colônias geograficamente distantes das cidades. A questionável prática do trabalho como instrumento de tratamento se fundamentava na “ideologia burguesa do trabalho como índice de cidadania e da boa conduta do cidadão” (Couto; Alberti, 2008, p. 16). O que se lê no subtexto deste enunciado é que a atividade laboral e a recuperação da capacidade de produção do indivíduo lhe restituem o reconhecimento social e a dignidade perdida, qualificando-o, assim, ao retorno do convívio em sociedade. Há algo de paradoxal nesta intervenção que visa o resgate da dignidade através do isolamento e do trabalho forçado. Tal proposta acabou influenciando a internação de não-doentes que de alguma forma representavam um problema ao ordenamento social, passando estes a serem também explorados. Nota-se que nesta época já se fazia presente a tradição – herdada de Pinel – de reservar um lugar estratégico nas práticas de agenciamento da loucura para a cidadania, que foi tomada como um ideal a ser atingido como resultante do trabalho. Assim como na França do fim do século XIX o louco foi enquadrado como um não-cidadão, mas este fato não serviu como critério para a separação do “degenerado”, ao invés disso, este foi integrado aos hospitais-colônia, pois muitos indivíduos sem qualquer questão psiquiátrica foram internados durante a reforma higienista, como órfãos, mendigos, arruaceiros e moças desvirginadas (Ibid., p. 17).

Os hospitais-colônias deram o tom do tratamento psiquiátrico que se solidificaria nos anos seguintes, com a multiplicação de unidades de internação e investimento público direcionado prioritariamente para essas instituições. Exceção à essa regra no período foi o

conjunto de iniciativas de Ulisses Pernambucano, que pode ser considerado um precursor da psiquiatria social brasileira, tanto pelo combate aos maus-tratos dos pacientes, como pela luta em defesa da humanização da assistência. Suas ações tinham um caráter bastante progressista, em 1931 inaugurou o serviço de Assistência aos Psicopatas de Pernambuco. Tratava-se de uma rede de serviços composta por um Serviço de Higiene Mental, um Ambulatório, um Serviço Aberto, um Hospital Psiquiátrico para agudos, um Manicômio Judiciário e uma colônia dos Alienados. (Devera; Costa-Rosa, 2007, p. 63). É a primeira figura da reforma do modelo hospitalocêntrico, posto que a reforma higienista, pelo contrário, promoveu tal modelo. Pernambucano teve uma atuação bastante progressista, criando instituições abertas de cuidado em um período em que cidadania para o louco era sinônimo de isolamento e trabalho, tais instituições constituem um avanço, mas é importante indicarmos que elas possuíam um caráter complementar às internações e não substitutivo. A experiência de Pernambucano, entretanto, foi exceção da regra de uma política de adoção do modelo de tratamento acima citado, política que se fortaleceu com o passar das décadas.

“Na era da “indústria da loucura”, em plena ditadura militar, se construía manicômios cada vez maiores e mais lucrativos sustentados por recursos públicos. O fluxo do dinheiro público para a esfera privada nesse período é revelado no fato de que, entre 1965 e 1970 a população internada em hospitais públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para trinta mil em 1970. Anos depois, esses números se multiplicariam para 98 mil leitos psiquiátricos em 1982, concentrados na região sudeste e em alguns estados do nordeste, mantendo uma proporção de 80% de leitos contratados junto ao setor privado e 20% diretamente públicos” (Pitta, 2011, p. 4583).

Estes assustadores números se inserem no contexto das políticas de saúde do período da Ditadura Militar de 1964. Nestes anos a medicina previdenciária se estabeleceu como hegemônica e a cobertura dos serviços se estendeu aos trabalhadores e seus dependentes, inclusive no setor psiquiátrico. Houve um grande aumento da rede de hospitais particulares conveniados com o poder público, entre eles muitos hospitais psiquiátricos (Devera e Costa-Rosa, 2007, pág.63). Tais hospitais, se privados, são empresas, e naquele momento eram empresas que tinham alguns meios de obtenção de lucro: aumento de pacientes, aumento da duração da internação e redução de despesas. Como resultado assistiu-se à hipertrofia do número de internos e extensão da duração das internações. A diminuição de gastos se deu com o conjunto de práticas ao qual convencionou-se chamar de maus-tratos, que engloba precarização da alimentação e vestuário, ausência de atividades ocupacionais, e investimento mínimo em equipe especializada. Observa-se que o modelo de financiamento da saúde não é

marginal na construção de uma Política de Saúde Mental, afeta diretamente as instituições e suas práticas.

Destes pequenos fragmentos introdutórios acerca do tema podemos extrair algumas observações. A consolidação do modelo asilar que foi impulsionada pelo higienismo e atingiu seu ápice no sistema previdenciário de convênios se apoiou em uma série de condições sócio históricas, destacamos algumas: o elemento ideológico para implantação dos hospitais-colônia e do tratamento moral; e a mudança do modelo de financiamento nas décadas de 1960 e 1970. Se a afirmação do modelo psiquiátrico se apoiou em uma série de condições, dentre as quais mencionamos duas, a substituição de tal modelo depende de um conjunto de outras tantas condições. Por hora, deixemos suspensa esta digressão para retoma-la em momento propício.

Se por um lado durante os anos 60 e 70 houve o fortalecimento do modelo asilar, por outro, estas décadas foram palco das primeiras críticas mais contundentes de diversos setores da sociedade, liderados pelos próprios trabalhadores de hospitais psiquiátricos contrários à violência e tratamento sub-humanos recebidos pelos pacientes. Este cenário deu ensejo à uma série de experiências, que caracterizam um período antecedente à Reforma Psiquiátrica Brasileira. Podemos, esquematicamente, dividir o período em dois tempos: o das comunidades terapêuticas e o da psiquiatria comunitária e preventiva.

A experiência das comunidades terapêuticas, que, no Brasil, vicejou na virada da década de 1960 para a de 1970, tem como ponto de contato com o movimento atual de reforma o fato de ter sido uma reação às estruturas tradicionais do aparato asilar psiquiátrico. Tratava-se, grosso modo, da tentativa de construção, a partir da psicanálise, de um novo modelo discursivo/organizacional que comande e remodele as ações do cotidiano hospitalar. A aplicação da psicanálise consistia em interpretar, por meio das leituras inconscientes, não apenas os pacientes, mas também a instituição e seus profissionais. A psicanálise comparecia, portanto, para tornar instituições e equipes objeto de interpretação (Tenório, 2002, p. 29).

Ao que parece, há aqui a inauguração de um lugar central para a clínica no projeto institucional de tratamento. Considerando que a clínica, a partir da perspectiva alienista, não se estabelece como instrumento de cura, tendo em vista que a tecnologia do tratamento moral não se enquadra exatamente no que se poderia chamar de intervenções clínicas. Os métodos clínicos fundados por Pinel antes serviram como via de acesso ao paciente – tomado como objeto de estudo – do que como terapêutica nas instituições asilares brasileiras. É importante que façamos algumas observações: a clínica é alçada a elemento principal na condução do tratamento neste período; concomitantemente, a psicanálise passa a ter um papel fundamental; logo, a relação

entre psicanálise e a história da Reforma se inicia com as primeiras contestações contundentes ao modelo asilar. A psicanálise em questão vem para ocupar o mesmo estatuto de saber totalizante que a psiquiatria, ao invés de produzir furos no saber para a produção de novos giros discursivos:

as comunidades terapêuticas alçam a psicanálise à condição de saber determinante do *modus operandi* das instituições psiquiátricas o que traz resultados no geral negativos e induz a novas distorções epistemológicas e institucionais, mas implica uma reordenação da prática clínica e uma ruptura com paradigmas antes dominantes: Um novo discurso sobre os fatos pode ser ordenado. Os velhos acontecimentos do hospício ressurgem como diferença e uma nova hegemonia começa a ser construída. Finalmente: arrolando os méritos deste movimento, Teixeira observa que se trata de uma experiência que discute a questão da cidadania do doente mental num momento em que este conceito sequer estava em pauta (Tenório, 2002, p. 30).

Ainda que com uma série de problemas e críticas, a comunidade terapêutica possibilitou a reordenação da clínica e a introdução da problemática da cidadania: propunha, “em seu modelo, a escuta, o apreço e a discussão franca com os pacientes, permitindo a percepção de coisas simples, como o fato de que é impossível todas as pessoas terem vontade de ir ao pátio ao mesmo tempo” (Ibid., p. 30). Como já observamos anteriormente, a questão da cidadania esteve presente desde a primeira reforma psiquiátrica, mas agora passou a constituir um objetivo primário a ser atingido. Se a ideologia circulante nos hospitais-colônia no período da reforma sanitária era a de trabalhar para atingir a cidadania, houve agora uma inversão no enunciado, que passou a privilegiar a garantia da dignidade e da cidadania como um pressuposto para a efetividade do tratamento. Esta nova lógica discursiva e o incipiente ideal ético-político irão atravessar toda a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o que já é um indicativo de que enquanto antecedente, essas experiências não se limitaram simplesmente a ocupar o lugar de antecessor cronológico da Reforma, mas ainda estão arraigadas nas práticas e enunciados atuais.

Outro importante antecedente foi o da influência da Psiquiatria Preventiva e Comunitária norte-americana nos movimentos da década de 1970 (Devera e Costa-Rosa, 2007, p. 65). Esta influência é marcada pela introdução da noção de *promoção de saúde mental* e por ser pioneira em pensar a organização do espaço social como produtora da loucura, investindo, deste modo, na prevenção. A partir da política de promoção de saúde, foram elaboradas e executadas algumas intervenções cujo objetivo era o de prevenir a emergência e o agravamento de quadros de intenso sofrimento psíquico. Para tanto, operou-se um deslocamento

fundamental: ao invés de retirar o indivíduo de sua residência para trata-lo no asilo, as intervenções diagnósticas foram realizadas nas próprias comunidades. Temos aqui uma cisão com o princípio de isolamento pineliano e o germe para se pensar em uma assistência territorial. Na prática, entretanto, houve problemas, pois as ações serviram mais para uma identificação em massa dos desajustados sociais do que para uma real prevenção:

O caráter adaptacionista e normalizador da noção de saúde mental fica claro no pressuposto de que muitas perturbações mentais resultam de inadaptação e desajustamento, de modo que, pela intervenção adequada, é possível conseguir uma adaptação e um ajustamento saudáveis (Tenório, 2002, p. 31).

Se antes os familiares e cuidadores buscavam os asilos, a partir da nova política os profissionais passaram a localizar os desajustados em seus bairros, criando, com isso, novas demandas – muitas vezes demandas de ordem pública e não de cuidados em saúde. Lembremos que paralelamente, no mesmo período, houve um aumento exponencial de internações em hospitais psiquiátricos. Deste modo, novamente assistiu-se no país o enclausuramento em massa de loucos e, também, de “degenerados”.

De acordo com Tenório (2002, p. 30), os psicanalistas Joel Birman e Jurandir Freire Costa tiveram um papel fundamental na denúncia dos riscos que se encontravam por trás destas intervenções, apontando a psiquiatrização e normatização do social contidas na proposta. Direcionar e fazer orbitar as práticas de assistência em torno do conceito de *saúde mental* do modo que ocorreu teve como efeito, de acordo com os autores, a elevação deste conceito a objeto da psiquiatria. Reformaram-se as práticas e até mesmo o estatuto epistemológico da loucura, mas sem um questionamento direto à própria psiquiatria, mantendo-se intacta a função do psiquiatra de agente regulador do social (Ibid, p. 30).

Finalmente, ao se definir que o lócus da intervenção deixa de ser a instituição psiquiátrica e passa a ser a comunidade, produz-se a tendência de psiquiatrização do social, em que o psiquiatra deve controlar os agentes não-profissionais, como vizinhos, líderes comunitários, agentes religiosos etc. (Ibid., p. 31).

Apesar de alguns autores (Couto; Alberti, 2008, p. 18) destacarem a influência da psicanálise no movimento e nos postulados teóricos da Psiquiatria Preventiva e Comunitária, observa-se que essas iniciativas não possuíam como norte a singularidade e tendiam a uma padronização prévia para a classificação e consequente atuação, seguindo uma direção alheia à ética e aos objetivos psicanalíticos. Há, inclusive quem afirme que, quando surgiu, “a noção de saúde mental estava estreitamente associada a um processo de adaptação social, denotando um

padrão de normalidade externo à singularidade do sujeito e à clínica” (Tenório, 2002, p. 31). Ou seja, ao mesmo tempo em que se operava uma reordenação do lugar da clínica no tratamento em comunidades terapêuticas, com a psicanálise ocupando posição central, se processava a destituição da clínica com as práticas comunitárias e preventivas.

Entretanto, é preciso destacar a importância histórica da introdução de certos conceitos e práticas nas intervenções para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. A noção de *saúde mental*, apesar das críticas iniciais, foi incorporada à terminologia adotada pelos teóricos da Reforma, porque se opõe a ideia de doença e se afasta do saber médico. As ações comunitárias foram importantes para o desenvolvimento do moderno conceito de *território*, que hoje é central no campo das ações em Atenção Psicossocial. E por fim a ideia de *rede social*, modificada em sua função, pois se nos antigos programas comunitários de prevenção tinha uma função de regulação social, atualmente é tomada como um potencial instrumento de ampliação da contratualidade do usuário.

Essas experiências são consideradas como embrionárias daquilo que ficou conhecido como o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esta inicia-se em fins da década de 1970, em conturbado período, marcado por denúncias de violência e maus-tratos sofridos pelos pacientes de hospitais psiquiátricos. Em 1978 foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que reivindicava melhores condições de trabalho e uma assistência humanizada à população internada.

O ano de 1978 é considerado o marco da Reforma Psiquiátrica. Foi o ano da grande crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam); da consolidação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que reivindicava melhores condições de trabalho e uma assistência humanizada à população internada; e da realização do I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro, que possibilitou a vinda ao país de Robert Castel, Feliz Guattari, Erwin Goffman e Franco Basaglia. Ainda em 1978 o MTSM assume o termo Reforma Psiquiátrica “como designação do conjunto de ações de luta pela transformação do modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, realizadas a partir desse momento” (Devera; Costa-Rosa, 2007, p. 67). Essas ações “estão em continuidade, em termos gerais, com aquelas que vinham sendo realizadas anteriormente na mesma direção e sentido, já a partir da década de 60” (Ibid., p. 67).

Paralelamente assistia-se ao aumento da visibilidade e consistência do Movimento da Reforma Sanitária, que buscava a reformulação do sistema nacional de saúde, com ênfase na ampliação do acesso à assistência em saúde, no aperfeiçoamento técnico e no gerenciamento competente de recursos. Os protagonistas desse movimento chegaram à gestão dos serviços e políticas públicas na década de 1980. Os efeitos sentidos no campo da saúde mental foram poucos: “a racionalização, humanização e moralização do asilo; e a criação de ambulatórios como alternativa ao hospital de internação” (Tenório, 2002, p. 33). Esta década ficou conhecida como o período da “ambulatorização” da saúde mental, em que houve a transformação dos antigos e burocráticos ambulatórios – cujo funcionamento se resumia à prescrição de psicofármacos, à produção de guias de internação e a levantamentos estatísticos – em centros de saúde, com programas de tratamento organizados a partir de intensidades mínima, média e máxima. Embora tenha se processado uma grande transformação assistencial, o nome de Ambulatórios de Saúde Mental se manteve, e estes ambulatórios são tidos como embriões dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (Pitta, 2011, p. 4584).

Como já foi salientado na introdução, o fato do ambulatório se ancorar em dispositivos de consultas teve consequências na história da relação entre os campos de nosso interesse: houve um aumento da presença de psicanalistas nos serviços assistenciais em saúde mental. “O ambulatório é, sem dúvida, o local privilegiado para a prática da psicanálise”, pois “mantem uma certa regularidade no atendimento pela marcação de consultas, preserva um certo sigilo e propicia uma certa autonomia de trabalho para o profissional” (Figueiredo, 1997, p. 10). Privilegiados, sem dúvida, em relação aos atuais equipamentos da rede de Atenção Psicossocial – como Consultório de Rua, CAPS, Centros de Convivência (Ceccos) e etc. – que nem sempre garantem os critérios acima destacados, o que conduz antes à formulação de novas questões do que a uma aporia.

Apesar dos avanços, evidenciou-se que a inserção dos sanitários nos aparelhos de Estado não produziu uma mudança no paradigma hegemônico de atenção ao louco, que continuou sendo o modo asilar. No campo dos direitos também não houve grandes transformações, pois a discussão limitou-se à ampliação do direito à saúde e ao aperfeiçoamento e universalização dos dispositivos tradicionais (Tenório, 2002, p. 33). Ou seja, permitiu-se a manutenção de toda a estrutura de enclausuramento e sequestro de direitos fundamentais em manifesto descompasso com o Movimento da Reforma Psiquiátrica que a essa altura já adotara o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Ainda assim, consideramos que o passo no

sentido da universalização do direito à saúde foi condição essencial para o que se seguiu. Pois foi a base para o segundo passo de garantia de direitos ao louco, não só dos direitos usurpados no claustro, mas também dos direitos particulares na cidade. O passo que deve seguir à particularização, nos parece, é aquele em direção à singularização; a detecção do que há de radicalmente singular na reivindicação do sujeito que circula pelos equipamentos de Atenção Psicossocial e neste ponto a psicanálise será uma forte aliada.

Retornemos às considerações históricas e adiemos a exploração desta questão para o capítulo acerca do sujeito de direitos. É importante considerarmos que houve experiências que não se limitaram ao aperfeiçoamento dos equipamentos existentes, com a produção de práticas efetivamente antimanicomiais. Ainda nos anos 80 foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira na cidade de São Paulo:

O CAPS Luiz Cerqueira nasce em 1987 e é identificado como ‘marco inaugural’ de um modo de cuidar que considera o sujeito em sofrimento como estruturante de uma ‘clínica ampliada’ que o articula no seu território e não o enclausura para tratá-lo. Tal clínica teve na psicanálise, no uso racional dos psicofármacos e nas práticas de inclusão social, o seu tripé de funcionamento. Tornou-se o exemplo de um novo modelo de cuidado em Saúde Mental, construindo um modo de cuidar, sobretudo de pessoas psicóticas, mas também de não psicóticas, das suas famílias, de suas moradias, de suas artes, do seu trabalho, da sua renda... no território (Pitta, 2011, p. 4585).

Novamente a psicanálise assume um lugar destacado nas práticas dos novos dispositivos, de acordo com a autora. E este ponto em especial nos interessa, pois indica que desde sua emergência a clínica ampliada esteve articulada ao escopo teórico psicanalítico. Outra iniciativa que merece destaque foi a chamada experiência de Santos. Após o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, foi realizada a montagem de serviços substitutivos do hospital psiquiátrico, cujo eixo central eram os NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial, serviços abertos, regionalizados, territorializados, com responsabilidade por toda a demanda da região, independentemente da gravidade do quadro. Os NAPS foram concebidos no modelo diuturno de atendimento, “funcionando vinte e quatro horas ao dia, sete dias na semana. Foi a mais radical experiência de um modelo substitutivo aos manicômios no país” (Ibid., p. 4585). Há autores que consideram “os CAPS como instância intermediária que supõe, portanto, a existência do Hospital Psiquiátrico, e o NAPS como dispositivo integral e substitutivo ao Hospital” (Devera; Costa-Rosa, 2007, p. 69). Essas experiências repercutiram pelo país e serviram como inspiração para a abertura de centenas de equipamentos substitutivos. A partir

dos anos 2000 o CAPS passou a ser a denominação oficial dos serviços e atualmente os CAPS, espalhados por todo o Brasil, constituem o eixo central da rede de Atenção Psicossocial:

a Portaria 336/2002 (...) classifica os CAPS: I, II, III. Caracteriza os dois primeiros como algo muito próximo de “Centro Comunitário de Saúde Mental”, entendido este como intermediário, portanto concebendo o Hospital Psiquiátrico ainda como parte integrante do Sistema. Ao instituir um CAPS que não têm prontidão à crise, o que se está fazendo é reafirmar o modelo preventivo-comunitário. Os CAPS III apresentam-se como algo equivalente aos NAPS (experiência santista), colocando-se como substitutivo ao modelo hospitalocêntrico. Aqui há avanço (Ibid., p. 74).

O CAP III de funcionamento diuturno constitui esteio fundamental para uma sólida estratégia substitutiva ao paradigma hospitalocêntrico, pois além do funcionamento 24 horas, possui leitos e se constitui como um serviço de prontidão à crise. Este é um ponto importantíssimo, pois os hospitais psiquiátricos são espaços de atenção à crise, substituí-los implica na construção de uma estrutura que possa acolher integral e adequadamente a demanda de urgência e emergência.

Na mesma linha interpretativa, Pitta entende que as análises existentes “convergem ao apontar que o processo da Reforma no país não consistiu em um desmantelamento da rede hospitalar, mas na sua transformação para alternativas não hospitalares” (Pitta, 2011, p. 4586). Para Devera e Costa-Rosa (2007) o fato de a Reforma não ter se efetivado completamente se dá porque há uma disputa em jogo:

Uma análise dos CAPS I, II e III, globalmente, tal como estão expressos e definidos nas portarias ministeriais, permite considera-los como respostas táticas do setor dominante (representado pelo Estado) no processo de luta pela hegemonia entre dois paradigmas de Atenção: o Psiquiátrico e o Psicossocial. Respostas às reivindicações dos interesses ainda subordinados no campo da Saúde Mental (representados pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica). Os dispositivos institucionais CAPS conservam algo daquilo que há de instituinte no discurso e em algumas práticas da Reforma Psiquiátrica, porém sua dimensão de instituído quer prevalecer. Como instituições eles são apresentados nas portarias como pouquíssimo diferenciados, em termos teórico-técnicos e ideológicos, do dispositivo do Hospital-Dia, do Ambulatório de Saúde Mental e do Hospital Psiquiátrico” (Ibid., p. 74).

Como apontamos no decorrer deste capítulo, as transformações no campo das políticas públicas de saúde mental são permeadas por interesses de ordem econômica e se processam de modo integrado com as transformações sociais e discursivas em um dado contexto. A reforma de Pinel pressupõe a Revolução Francesa; a conquista por parte dos médicos brasileiros nas últimas décadas do século XIX dos postos de direção dos hospitais psiquiátricos com a Lei dos Alienados (1886) não está descolada das transformações ocorridas na estrutura social do

período, com a Abolição da Escravatura e a Proclamação da República; mesmo a reivindicação destes profissionais só foi possível pela criação de uma classe médica, que se deu com a vinda da família real; o aumento exponencial de internos nos hospitais psiquiátricos durante as décadas de 1960 e 1970 tem como pano de fundo uma mudança do setor previdenciário; e o fortalecimento dos movimentos sociais que culminaram com a Reforma Psiquiátrica Brasileira em fins dos anos 70 ocorreram em um contexto de profunda crise política. O que há de comum é que todas essas transformações, tanto as conservadoras como as progressistas, ocorreram em um período de tensão.

Objetivamos com essas considerações apenas indicar que as práticas em Atenção Psicossocial são atravessadas pelos acontecimentos históricos e que há conflitos político-ideológicos na base dos discursos em circulação neste campo. O contexto histórico-social, marcado pelos interesses em jogo e pelas tensões discursivas, é o lugar de onde nascem as políticas assistenciais.

Atualmente, a diretriz da intersetorialidade ocupa uma posição central no planejamento e execução de políticas públicas e de um modo especial em políticas de saúde mental, exploremos os fundamentos dessa proposta e a apresentemos o modelo ao qual ela se contrapõe.

1.2.INTERSETORIALIDADE

A intersetorialidade se apresenta como um modelo alternativo de organização governamental para o planejamento, implementação e avaliação de políticas públicas. No Brasil o Poder Executivo possui três níveis de organização: federal, estadual e municipal. A política prevalente é a setorial, de modo que há uma subdivisão em Ministérios Federais, Secretarias do Estado e Secretarias municipais. Assim, cada setor é atravessado por esse modelo: na saúde, por exemplo, há o Ministério da Saúde, as Secretarias estaduais de Saúde e Secretarias municipais de saúde. O mesmo ocorre com a educação, previdência, habitação e etc. O modelo setorial é marcado por ações que visam solucionar questões atinentes a cada setor: os órgãos da Secretaria de Educação se guiam por problemas educacionais, os da Secretaria da Habitação por problemas de moradia e assim por diante. A perspectiva intersetorial compreende que a ação governamental deve se orientar por problemas e demandas que cruzam todos os setores.

Para modelar uma organização governamental segundo a lógica intersetorial, em termos de desenho de estrutura, é preciso substituir as secretarias e outros órgãos segmentados por áreas de conhecimento por um corte regional, com secretarias que tenham por missão proporcionar a melhoria das condições de vida da população da sua área de jurisdição, geograficamente delimitada, através das ações e serviços de competência do governo. Essa missão é realizada mediante a identificação e a articulação do atendimento às necessidades e demandas dos grupos populacionais da região, considerados em sua dinâmica de uso do espaço urbano (Inojosa, 1998, p. 44).

Apesar de a estrutura não ter se alterado, pois a organização permanece centrada no modelo de secretarias, as discussões sobre formas de implementação se proliferam e assistiu-se nas últimas duas décadas a muitas iniciativas exitosas de práticas e programas transversais. Os setores devem ser substituídos por redes que tenham como norte a demanda identificada. A demanda como ponto de partida implica na permeabilização das fronteiras entre secretarias, pois o que surge muitas vezes são situações de altíssima complexidade que não se dissolverão com ações compartimentadas. O fracasso escolar, por exemplo, não será solucionado com intervenções exclusivamente pedagógicas em casos em que a criança reside em situação precária, alimenta-se mal e passa por intenso sofrimento psíquico, como apontou a extensa pesquisa de Patto (1990). Tais casos exigem, no mínimo, intervenções da educação, da habitação, da promoção social e da saúde. Deste modo, o objetivo das ações não é mais setorizado, o resultado final não é exclusivamente fazer com que a criança aprenda, mas, a partir da demanda, modificar radicalmente sua condição de vida.

Para que se atinja tal objetivo é necessária uma constante articulação entre os órgãos, de modo a possibilitar o entrecruzamento de saberes e práticas:

Intersetorialidade é aqui entendida como a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social (Junqueira et al., 1997, p. 24).

Na lógica setorial o setor é um fim em si mesmo: a Saúde visa à promoção da saúde, a Educação à promoção da aprendizagem e assim por diante. Na lógica aqui proposta, a intersetorialidade é um meio para se atingir um determinado fim, este fim se articula com aquilo que é demandado. O que, em termos práticos, significa que o professor não poderá ignorar a vulnerabilidade social observada em seus alunos e que o profissional da Unidade Básica de Saúde deverá incluir outros setores para auxiliar a mulher que em consulta revela sofrer violência doméstica. Logo, a intersetorialidade se configura como uma estratégia que visa dar

um outro tratamento à demanda. Falaremos mais acerca do conceito de demanda em capítulos subsequentes.

A intersectorialidade tem diferentes níveis de atuação, o nível a partir do qual estamos trabalhando é não é o de planejamento de ações governamentais, mas sim aquele que visa à construção de estratégias de ação, em que “as equipes e serviços estarão integrados em uma única rede regional” (Inojosa, 1998, p. 44). Ou seja, o foco de nossa pesquisa não é direcionado ao planejamento de políticas, mas sim à construção de reflexões acerca de propostas possíveis no nível da micropolítica das práticas nos equipamentos de assistência da rede pública. Esta rede é necessariamente regionalizada na abordagem intersectorial. Pois entende-se que o trabalho se constrói para a resolução de problemas dos cidadãos – estes problemas são regionalizados. A premissa que sustenta essa afirmação é a de que as pessoas não se distribuem aleatoriamente em um território, elas se aproximam por semelhanças, identificação e por serem excluídas de outras áreas da cidade. Assim, passam a compartilhar de uma série de problemas, por exemplo, uma região sem saneamento básico, de difícil deslocamento por falta de transporte pública, com vagas insuficientes nas escolas de educação infantil e etc. O sujeito assistido por uma rede intersectorial trará todos estes problemas particulares da região, além do seu sofrimento singular. A rede deve se preparar para responder a demanda do território, bem como às demandas singulares.

Nos últimos anos a estratégia intersectorial se firmou como indispensável para o avanço da Reforma Psiquiátrica, a ponto de ser incorporada ao título da última Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), a IV CNSM- Intersectorial, ocorrida em 2010. Tal incorporação ocorreu porque toda a discussão foi atravessada por essa perspectiva e contou com a participação de outros setores. De acordo com o relatório:

a conferência reafirmou o campo da saúde mental como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersectorial, e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral. Trata-se de um campo que se insere no campo da saúde e ao mesmo tempo o transcende, com interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre ele e os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010, p. 9).

O fundamento intersectorial amplia “a potência do fundamento princeps da saúde mental pública, qual seja, a intrínseca articulação entre o que é próprio à política com o que é próprio à clínica” (Delgado; Couto, 2010, pág. 2). A intersectorialidade, neste prisma, traz à tona a

intrínseca articulação entre clínica e política, de modo que a clínica ampliada é eminentemente uma clínica intersetorial.

Assim, entendemos que a entrada do profissional de saúde mental na rede intersetorial é pela via clínica:

a dimensão clínica é o que especifica, orienta e valida a ação da saúde mental na prática intersetorial. Neste sentido, entendemos que os operadores da saúde mental só estão autorizados à parceria intersetores na condição de transmitir e fazer valer no espaço intersetorial as particularidades dos casos sob sua responsabilidade. Tais particularidades dizem respeito à dinâmica peculiar que os usuários apresentam no enfrentamento dos problemas complexos e concretos que atravessam suas vidas, muitos dos quais demandam a implicação de outros setores públicos através de suas instituições e ações, e para os quais nenhum setor isoladamente, nem a saúde mental, detém a resposta conclusiva. Será através do compartilhamento deste modo de ver específico da saúde mental que se tornará possível escutar o modo de ver do parceiro intersetorial, fazendo com que sobrevenha uma ação compartilhada. Compartilhamento que é sua condição de possibilidade e de eficácia (Ibid, p. 4).

Se a porta de entrada para o campo da intersetorialidade é a clínica, há que se falar sobre qual clínica marca este campo. Mas antes façamos algumas considerações. Estamos de acordo que “a progressiva extinção dos manicômios no Brasil dependerá de duas variáveis interdependentes: a criação de alternativas consistentes, isto é, competentes e duradouras; e a desconstrução do circuito manicômio-dependente” (Tenório, 2002, p. 52).

Neste contexto se insere nossa pesquisa, e dele retira sua direção política: a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira a partir da diretriz da intersetorialidade. Assim, eventuais problematizações e apontamentos críticos ao processo da Reforma objetivam, antes, o aperfeiçoamento dos dispositivos existentes e a criação de alternativas consistentes no plano assistencial do que a desconstrução daquilo que foi conquistado pelo Movimento.

CAPÍTULO 2 – CLÍNICA: ENTRE O ESVAECIMENTO E A AMPLIAÇÃO

Nosso objetivo neste capítulo é apresentar o debate acerca do lugar da clínica nos serviços de saúde mental. Há uma clínica da Reforma Psiquiátrica? Quais as diretrizes desta clínica? É necessário que haja uma clínica nestes serviços?

2.1. REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: A RECUSA DA CLÍNICA

Começamos pela última questão. O Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a partir de um certo momento, adotou uma posição clara em prol da extinção das instituições asilares. Com isso, objetivava-se a completa desvinculação com a concepção assistencial pineliana; uma substituição da lógica do isolamento, das terapêuticas inspiradas no tratamento moral e da psiquiatria tradicional. A busca por direitos e cidadania do sujeito em sofrimento tornou-se a bandeira principal do Movimento, priorizando o tratamento territorial. Neste cenário, de radical aprofundamento crítico às práticas tradicionais, a própria clínica foi colocada em questão.

Um modelo que ganhou bastante destaque na década de 1990 como norteador de práticas em Saúde Mental no Brasil foi o da Reabilitação Psicossocial. Trata-se de uma revisão crítica do que fora produzido na área até o período, que tomava a reabilitação como o conjunto de técnicas cujo objetivo era habilitar o portador de uma desabilidade. A revisão levou à construção de um modelo de atenção com a ambição de ser mais do que uma tecnologia de tratamento; ser, antes de tudo, uma ética, com a exigência de que os profissionais priorizassem a abordagem ética do sujeito em sofrimento mental (Saraceno, 1996a, p. 13). Há uma afinção neste ponto com o discurso psicanalítico, que se distancia de práticas que respondem à demanda de cura com siglas tecnológicas, como o ABA (applied behavior analysis), o ECT (eletroconvulsoterapia), a TCC (terapia cognitivo-comportamental) e etc. A psicanálise responde a partir de uma ética que coloca no centro o sujeito que fala de seu sofrimento.

Há, entretanto, um outro ponto que nos parece peremptoriamente inconciliável entre a psicanálise e a reabilitação psicossocial de Saraceno, que é a concepção acerca do estatuto da clínica para o tratamento daquele que demanda. Para o autor a clínica é parte integrante do

paradigma psiquiátrico e, portanto, é inadequada enquanto dispositivo de cuidado para o modelo psicossocial. Parte-se do princípio que o atendimento clínico com seus métodos de investigação sustentados no olhar e na escuta tende a reproduzir o modelo psiquiátrico que conduz o paciente ao delimitado lugar social de doente, em cima do leito sempre à espera da intervenção médica. Arrisca-se a dizer que “a terapêutica e a clínica por si só não geraram transformações significativas das vidas dos pacientes” (Saraceno, 1999, p. 17).

Esta perspectiva concebe que o conjunto tecnológico da psiquiatria tem em comum uma base de funcionamento que é a do entretenimento, entretenimento aqui tomado em *strictu sensu*: entreter como “ter dentro”, “passar prazerosamente o tempo”. Trata-se de um entretenimento que visa manter dentro do hospital psiquiátrico, mas não só, pois as instituições psicossociais também correm o risco de reproduzir a lógica do entretenimento, visto que “o doente pode também ser entretido com medicamentos, com conversas, com atividades recreativas, com atividades ergoterápicas, com atividades criativas, etc., dentro dos ambulatórios, dentro do hospital-dia, dentro da sua própria família” (Saraceno, 1999, p. 16-17). O entretenimento, nesta acepção, tem como finalidade manter o paciente sempre entretido “à espera de...”, espera que raramente é “premiada” com uma melhora. Assim, o autor defende o enfrentamento deste modo de operar para a construção de formas mais eficazes de melhora da vida do sujeito, que não deve simplesmente esperar entretido, pois assim se manterá indefinidamente na posição de paciente. É preciso que haja um deslocamento de sua posição social, que passe a ser um pleno cidadão. Observa-se aqui os indícios de uma leitura crítica da história do agenciamento da loucura, que sempre foi marcada pela destituição de direitos:

A cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única reabilitação possível (Ibid., p. 18).

Para o autor o sujeito em sofrimento não será definido pela sua doença, como na perspectiva da clínica psiquiátrica, tampouco por suas desabilidades, conforme as teorias tradicionais em reabilitação; o sujeito da reabilitação é aquele que foi privado de direitos formais e substanciais, o que significa que as suas relações com o mundo encontram-se fraturadas – este termo, especifiquemos, é nosso e não de Saraceno, que prefere utilizar a ideia de perda de contratualidade. Assim, o objetivo do tratamento é a reconstrução da contratualidade do paciente naqueles que são distinguidos como os três grandes cenários de sua vida; o habitat, a rede social e o trabalho com valor social. Desta maneira, as intervenções

técnicas devem orbitar em torno deste objetivo de restituição da cidadania e reconstrução da plena contratualidade; a reabilitação, diz Saraceno, não tem como finalidade a formação de “esquizofrênicos pintores”, a atividade é um meio neste processo de transição e não um fim e reafirma que “tecnologia de reabilitação não vale para nada”. (Saraceno, 1996a, p. 16).

É notável que Saraceno apresenta uma proposta bastante progressista sobre a concepção de trabalho em território, se comparada com as experiências da Psiquiatria Preventiva Comunitária da década 1970, que gerou a psiquiatrização da vida cotidiana. Na reabilitação o lugar é concebido como produtor de loucura, de exclusão e de identidades e, enquanto lócus de intervenção, é de grande importância estratégica. Objetiva-se a multiplicação de oportunidades de trocas de afetos e recursos, com conseqüente ampliação das redes relacionais do sujeito. Entretanto, o meio para o alcance de tal objetivo não é o de uma simples adequação do usuário aos dispositivos pelos quais circula, mas sim o de intervir sobre as relações entre ele e os outros de modo que possa se efetivar alguma participação possível. A abordagem em relação deve possibilitar a “abertura de espaços de relação” e a “abertura de espaços de negociação” (Saraceno, 1999, p. 112), ou seja, abre-se espaços no corpo social para a inclusão do usuário.

As proposições de Saraceno foram bem recebidas no Brasil e até hoje seu pensamento exerce grande influência na prática e na formação de muitos profissionais de saúde mental. A reabilitação psicossocial possibilitou um grande avanço no campo assistencial, fornecendo o suporte teórico de experiências inovadoras na década de 1990 e firmando-se como referência fundamental para a compreensão histórica da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Se optamos em iniciar o capítulo sobre a clínica com a exposição de alguns de seus postulados é exatamente por compreender que a relevância de tal pensamento, o alcance de sua disseminação no campo da atenção psicossocial e inserção nos espaços de formação se faz presente ainda hoje. E, apesar de sua inestimável contribuição para a prática psicossocial no território orientada para a recuperação dos direitos substanciais a partir de um direcionamento ético emancipatório, há a renúncia da clínica como dispositivo legítimo de assistência aos sujeitos em sofrimento psíquico. Tal posição, insistamos, formou e forma muitos profissionais no campo, porém não é unânime no país, como observa Guerra (2004):

“Como se vê, para além de seu campo prático referido a iniciativas concretas, o avanço do campo da reabilitação psicossocial pode ser pensado, por outro lado, a partir das diferentes formulações teóricas que habitam seu território, tornando-o, ainda hoje, pouco coeso ou uniforme. Essa dispersão teórica e prática tem caracterizado o campo da Saúde Mental brasileiro como um todo” (pág. 89).

A saúde mental, a partir da reforma psiquiátrica, configurou-se como um campo de investigação e experimentações constantes, opondo-se à cristalização de saberes e práticas do modo asilar, que se baseou durante mais de um século nas diretrizes de Pinel. Assim, há a abertura para o debate de ideias e a coexistência de diferentes concepções acerca da reabilitação social, Guerra indica a presença de três modelos predominantes de reabilitação no Brasil: o psicoeducativo, o sociopolítico e o modelo de orientação clínica, que trataremos adiante.

Retornemos, por hora, ao momento inaugural da inserção da proposta da reabilitação psicossocial – o I Encontro de Reabilitação Psicossocial, realizado em 1995 na USP –, para dele extrair os pontos de divergência que nos interessa. Os trabalhos apresentados neste encontro foram reunidos na coletânea *Reabilitação Psicossocial no Brasil*, organizada por Ana Pitta (1996), e contou com a presença de Saraceno. As definições de reabilitação psicossocial se opõem entre os diferentes autores e as contradições se tornam visíveis em uma breve análise dos textos. Bezerra (1996), por exemplo, na contramão de Saraceno defende “a questão clínica como algo que é fundamental para pensar novas propostas assistenciais e, a partir daí, discutir qual é a importância das estruturas de equipe, das estruturas institucionais, para esta prática renovada” (p. 141). Para o autor, a presença da clínica nas intervenções em reabilitação não é apenas uma escolha na direção do tratamento:

Qualquer proposta de transformação da assistência como um todo tem suposta, pressuposta, debatida ou não, algumas noções básicas sobre o que é o sujeito, sobre o que é a interação humana, sobre o que é um sintoma ou se não quiserem sintoma, sobre o que é o sofrimento, sobre o que é terapêutico, sobre o que é cura (Bezerra, 1996, p. 139).

A clínica, para o autor, se configura como um efeito de tensões que atravessam qualquer prática assistencial em nosso campo. A esta posição, entretanto, se contrapõem outras tantas. Exploremos os modelos de reabilitação que mais se destacaram no país, há pouco mencionados. O psicoeducativo é reabilitador no sentido mais tradicional do termo, de restituir habilidades perdidas através da educação e de terapêuticas que visam a adequação do sujeito ao meio. A prática de profissionais que aplicam técnicas comportamentais de maneira acrítica (desconsiderando a influência social na determinação do sofrimento) e generalizada (sem o devido cuidado à singularidade do repertório do sujeito) é um fenômeno atual. Podemos estabelecer aqui uma correlação com o modelo da ética da tutela, apresentado em nossa introdução, que objetifica o sujeito, tomando-o como irresponsável por seus atos. Já o modelo sociopolítico, que Guerra compreende como aquele que mais tem afinidades com a proposta de Saraceno, ao que nos parece, estabelece uma conexão com a ética da ação social, em que o

usuário é tomado como cidadão. O modelo de orientação clínica se distancia do psicoeducativo e se aproxima do sociopolítico:

em sua intencionalidade de retomada da vida pública a partir do campo de possibilidades de cada sujeito. Parte do pressuposto de que há uma dimensão particular, única e irreduzível de inscrição do sujeito na linguagem e na cultura, com desdobramentos sobre seu modo de estar no mundo, bem como aposta na implicação do sujeito nas respostas que constrói, seja por quais vias for. Trabalha, pois, de um lado, com a singularidade do sujeito e, conseqüentemente, das intervenções, e, de outro, com a responsabilização do sujeito pelas respostas que apresenta (Guerra, 2004, p. 91).

A autora avança e expõe sua posição quanto à articulação entre a clínica e a reabilitação social:

temos tentado articular as possibilidades concretas de saídas subjetivas com a defesa de um modelo de participação social e política como guia das práticas no campo da reabilitação, sem perder de vista a particularidade subjetiva que cada caso traz. Contando ou prescindindo da rede de cuidados, ainda que sem um formato ou modelo definido a priori, temos construído uma prática polimorfa que acompanha o traçado da história do sujeito, considerando sua inserção na vida social e cultural junto aos contextos locais por onde circula (Ibid., p. 94).

Evidencia-se a tentativa de articulação que se sustenta na perspectiva de que a ausência de coesão no campo enseja a entrada de outras perspectivas, como a psicanalítica. Além disso, há uma certa leitura de que “com Saraceno (1999) começa a despontar a desconstrução de uma lógica da reabilitação que subtrai o sujeito em nome de uma lógica produtiva maior que aquele”, em que eleva ao primeiro plano a “dimensão política e social do processo reabilitador, sendo o mesmo pensado em termos da capacidade contratual de cada sujeito” (Guerra, 2004, p. 88). As estratégias para o aumento das redes de negociação se dão a partir da capacidade contratual do sujeito e isto é um avanço inegável em relação à lógica adaptacionista. Saraceno questiona a reabilitação que elege a construção da autonomia como objetivo primário:

O modelo das redes de múltiplas negociações põe no centro das questões não a autonomia, mas a participação, de modo que o objetivo não seja aquele de fazer com que os fracos deixem de ser fracos para poder estar em jogo com os fortes e sim que sejam modificadas as regras do jogo, de maneira que desse participem fracos e fortes, em trocas permanentes de competências e de interesses (Saraceno, 1999, p. 113).

Aqui podemos vislumbrar algo da dimensão do sujeito da reabilitação: há sujeitos fortes e fracos, em termos de contratualidade, e é possível incluir os fracos. Nesta perspectiva, a *participação social* se erige como o norte ético do modelo, e isto traz questões que incidem diretamente na prática cotidiana da atenção psicossocial. Por exemplo, há aquele que não quer

participar – ao se partir do pressuposto de que a não participação é sempre por causas externas ao desejo do sujeito, exclui-se este sujeito enquanto tal, objetificado pelo imperativo inclusivo.

Surgem, assim, dificuldades de integração entre a psicanálise e a reabilitação psicossocial de Saraceno quando o objetivo das intervenções se centra na ideia de participação social. Posições com um teor mais crítico a tal aproximação, foram formuladas (Rinaldi et al, 2008):

Devemos reconhecer, contudo, os limites de uma estratégia baseada apenas na reabilitação psicossocial que impõe aos usuários, por ela assistidos, a lógica da cidadania baseada na busca de direitos iguais e da participação produtiva na sociedade capitalista. Portanto, essas necessidades – que não são as do sujeito – podem soterrá-lo de exigências muito além de suas possibilidades de elaboração (p. 120 e 121).

Criticam-se práticas que “indicam e impõem a direção em que se deseja obter uma transformação daquele que sofre e de sua relação com o mundo” (Ibid., p. 121), excluindo, deste modo, a singularidade do sujeito.

Partindo da ideia de que a cidadania nem sempre é uma necessidade do sujeito, mas sim um ideal perseguido pela nossa sociedade, fundado em uma concepção filosófico-política que define de forma universalista os direitos do cidadão, observamos que a psicanálise se relaciona com as práticas em reabilitação psicossocial não sem conflitos (Ibid., p. 122).

O que observamos em nossa primeira parada é a presença de indicadores de que a falta de coesão no campo da saúde mental se estende à discussão acerca da interlocução da psicanálise com o referido campo, e esta dissonância se estabeleceu entre os próprios psicanalistas. De nossa parte, há um problema central para a efetivação da interlocução com a reabilitação de Saraceno: sua radical recusa da clínica. Na mesma linha, outros tantos autores a recusaram. Há, nesta seara polifônica chamada campo da Atenção Psicossocial, entretanto, aqueles que defendem obstinadamente que há uma clínica constituída.

2.2. A CLÍNICA – ACLÍNICA – HÁ CLÍNICA?

Amarante defende não apenas que há clínica na Reforma Psiquiátrica Brasileira, como também, que desde os seus primórdios inspirou-se em um autor que conciliou a preocupação política com a clínica: Franco Basaglia. Argumenta que ao colocar entre parênteses a doença, como postulado ético-metodológico de intervenção, permitiu que o sujeito do sofrimento

entrasse em cena como protagonista da prática assistencial. O sujeito em detrimento da doença denota, de acordo com sua argumentação, “uma preocupação rigorosamente clínica, mas (...) uma outra forma de pensar e fazer a clínica” (Amarante, 2001, p. 104). Aponta, ainda, para o grande interesse que Basaglia nutriu ao longo de sua prática pela história de vida dos pacientes, escutando-os e incentivando sua fala.

Tal posicionamento é um avanço em relação a Saraceno, pois aposta que na possibilidade de construção de um modelo alternativo à tradicional clínica psiquiátrica, pois “a clínica também tem de ser desconstruída e transformada estruturalmente, uma vez que a relação a ser estabelecida não é mais com a doença, e sim com o sujeito da experiência” (Ibid., p. 108). Assim, elege como tarefa imprescindível da Reforma Psiquiátrica, a reconstrução conceitual da clínica para que as práticas em atenção psicossocial se afirmem como antimanicomiais e diferenciadas em sua lógica e objetivos daquelas que têm como marca o modelo asilar. Defende que, seguindo a via aberta por Basaglia, seja promovida a reinvenção da clínica, de modo que esta possa se ocupar dos sujeitos em sofrimento, responsabilizando-se por ele, “através de paradigmas centrados no cuidado, na tomada de responsabilidade e na cidadania, ou seja, uma clínica que não seja mais uma estratégia de normalização e disciplinamento” (Ibid., 2001, p. 109).

Destaca-se nos excertos acima que há uma co-relação entre as noções de clínica e sujeito: se há sujeito, há clínica. Entretanto, é preciso que averiguemos de que sujeito se fala para que se vislumbre a clínica em questão. Em um outro texto (Amarante, 1995) o autor nos dá pistas do conceito de sujeito que está no centro da experiência na Atenção Psicossocial, o sujeito de direitos. É preciso que aprofundemos as reflexões sobre a concepção de sujeito para verificar se de fato a noção de sujeito – o de direitos, por exemplo – implica a existência de uma clínica, ou se exige que se crie condições de possibilidade de uma clínica. Reservamos um capítulo para colocar em debate tal noção e questionar se este é o sujeito que interessa à clínica da Atenção Psicossocial.

É importante indicar que Basaglia, assim como Saraceno, foi um reconhecido crítico da clínica como dispositivo necessário para a assistência não manicomial da loucura, de tal modo que não será em seus textos que encontraremos os fundamentos teóricos para a reinvenção da clínica proposta por Amarante. Tais autores combateram as práticas e as instituições de agenciamento que tinham como paradigma assistencial o modelo asilar, cujo centro discursivo era o saber psiquiátrico; tais práticas foram identificadas com as práticas clínicas, que foram

consideradas como meros instrumentos de adaptação e aceitação da condição de objeto de violência. Para a proposição teórica de alternativas de reinvenção da clínica foi necessário, antes, que se respondesse às críticas realizadas ao conceito. Saraceno (1996b), por exemplo, faz uma contundente objeção ao termo, com base em sua etimologia, cuja significação original é o de inclinação ao leito, que sugere a verticalidade na relação médico-paciente:

Na verdade podemos buscar outros sentidos para o termo grego *clinós*, de que Saraceno fez derivar a concepção de clínica que critica. O radical grego *Klin* dá tanto a palavra *Klino*, de onde sai a palavra leito, quanto *Klinen*, de onde saem as palavras inclinar, dobrar (...). Podemos, portanto, derivar do radical *Klin*, um sentido mais apropriado aos fins da Reforma Psiquiátrica; como uma inclinação, não para baixo, mas para os lados, no sentido de bifurcar, divergir, de buscar novos sentidos (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003, p. 30).

Com esta interpretação etimológica do termo, os autores propõem a clínica da produção de sentidos; uma clínica que ao se inclinar para os lados, divergindo e produzindo dissensos, tenha como efeitos a emergência de novos sentidos. Tal proposta interessa – para a interlocução com a psicanálise –, não somente como produção de senso entre as partes – visto que a clínica enquanto simples aplacação de conflitos corrobora a crítica de Saraceno –, mas também como contrassenso, como produção de sem-sentido e de duplo sentido. A produção de sentido, reconhecemos, é um passo importante para a clínica, porém é necessário atentar para o fato de que a inclusão dessa produção no corpo social constitui outro passo essencial para que se possa qualifica-la como antimanicomial. Inclusão de consenso não constitui exatamente um obstáculo para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, e por inclusão de consenso estou me referindo ao conjunto de experiências bem-sucedidas que acontecem por todo o país e há algumas décadas vem transformando a vida de milhares de pessoas, por exemplo as experiências de economia solidária, as obras artísticas que adquirem valor de troca, a inclusão escolar de crianças que passam a aprender o conteúdo ensinado, o louco de rua que ganha um lugar de pertença e reconhecimento social e etc. A dificuldade maior está em operar com o sem-sentido em todas as suas variáveis não adestráveis que brotam quando o sujeito se põe a falar. Teremos que nos haver com esta complexa aporia durante o nosso percurso, posto que o nosso problema implica a reflexão sobre a dimensão ética do fazer clínico que extravasa para além dos consultórios, e o faremos no momento propício.

Delgado (2007) formula sua resposta à recusa clínica por outra via, ao invés de reinterpretar a etimologia do termo, propõe o esvaziamento de sentido dado à palavra clínica. Nem inclinar-se sobre o leito, nem inclinar-se para os lados, mas toma-la como um contínuo

processo de construção. Objeta que o excesso de sentidos dado ao termo pode ser um impeditivo para a prática construtiva, visto que o sentido tende ao fechamento, à definição, ao conceito. Tomar a clínica como processo para que esta se constitua enquanto uma construção conceitual que não se feche sobre si, e que esteja aberta para absorver as experiências contingenciais. Recusa, não a clínica, mas a essencialidade da palavra, como se esta definisse a essência de sua realidade. Propõe, então, uma clínica imperfeita e contingente, cuja única direção inegociável é a ética, com o objetivo de auxiliar na abertura de lugares sociais para a loucura, sem descuidar, entretanto, do intolerável da experiência do sofrimento psíquico, de modo que se possa ajudar o sujeito a melhor conviver com suas dores. Aponta, também, para a implicação existente entre clínica e sujeito “essa clínica se refere a sujeitos. Há um sujeito que tem o ofício do cuidado e há o sujeito que pede esse cuidado” (Delgado, 2007, p. 60). Há afirmações interessantes dentre as quais destacaremos duas, já tomando-as como nossas: a única direção da clínica é a ética; e a clínica se refere a sujeitos. Tais afirmações trazem implicações, pois se a clínica se refere a sujeitos, é preciso que seja indicado quem é este sujeito que pede cuidados e qual a direção ética que guia as intervenções; esta direção ética deve necessariamente articular-se ao conceito de sujeito em jogo.

Nos textos até o momento estudados essas afirmações aparecem de modo mais ou menos explícito, porém raramente há uma preocupação com a sustentação conceitual de sujeito e ética. Exceção é o artigo de Bezerra (1996) que sugere a concepção freudiana de sujeito dividido e a clínica do descentramento como contribuições teóricas para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas critica a ética do desejo como direção de tratamento sem propor um referencial ético que esteja articulado ao conceito de sujeito. Em um outro artigo avança no que diz respeito à esta dimensão da clínica, ao propor que a tomada de decisão, um dos grandes desafios cotidianos do profissional de saúde mental, é uma ação ética e necessita de uma teorização sobre o sofrimento para se sustentar:

É preciso usar vocabulários, caixas de ferramentas para configurar coisas e estados do mundo de forma inteligível, e cada campo disciplinar dispõe de seus próprios instrumentos. Diante de alguém que nos diz, cabisbaixo, que sua vida agora não vale nada e que acabar com a própria existência seria a melhor coisa a fazer, é eticamente preciso tomar uma posição e agir. Mas como? Para direcionar a ação, é necessário descrever o que se passa com ele de uma maneira que indique o que fazer (Bezerra, 2007, p. 25).

A intervenção é sempre a partir de uma ética, que tem como núcleo uma concepção própria sobre o sofrimento. Assim, se o sofrimento é tomado a partir de um viés sociologizante

como um produto de um conflito e interesses econômicos o tratamento dado será um, se o sofrimento for significado como expressão de um trauma, por exemplo, a direção ética será outra. O autor recorre, não mais a Freud, para sua definição, mas a Canguilhem, trabalhando com a ideia de gradação em oposição à tradicional e radical divisão entre normalidade e doença, indica que a clínica deve trabalhar com a ampliação de possibilidades para o sujeito e de invenção de novas formas de vida, de modo que as intervenções técnicas possam também contribuir para a transformação do contexto social.

a clínica incide ao mesmo tempo sobre o sujeito, sobre a rede de laços intersubjetivos e sobre o imaginário social, que envolvem e condicionam as experiências dos indivíduos. Ao pôr em questão o modo de inserção do sujeito no mundo, ela põe em questão também este mundo que ele constrói para si e habita. Não para eliminar o pathos do horizonte humano, mas para fazer dele um impulso para a reinvenção da vida (Bezerra, 2007, p. 30).

A estes autores que afirmam a importância e existência de uma clínica, ainda que em construção, se opõe outros tantos que entendem que não se pode dizer que há uma clínica da Atenção Psicossocial constituída no país. Figueiredo (2001, p. 93 e 94) realiza uma leitura bastante peculiar das práticas contemporâneas em saúde mental: diz que passamos por um movimento de atualização de períodos anteriores da história da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ao se priorizar a reabilitação e a convivência comunitária, tal como ocorrera entre as décadas de 1960 e 1980, com a psiquiatria preventivo-comunitária e com as comunidades terapêuticas. A reabilitação como estratégia contra as forças segregadoras e o ataque à especialização do trabalho clínico são dois dentre os pilares do objetivo maior de ofertar um cuidado não asilar, buscando uma convivência comunitária saudável e um ambiente terapêutico mais humanizado. Assim, o acento na reabilitação e o combate às especialidades, sustenta a autora, promoveram uma carência assistencial no campo clínico:

Há uma carência, no campo mais restrito da clínica, que se revela a cada momento, a cada caso (...) embora sejam fundamentais para a realização do novo projeto psicossocial, os cuidados, o acolhimento constante, o trabalho e o lazer assistidos não são suficientes (Figueiredo, 2001, p. 94).

É importante notar que a linha de argumentação da autora se constrói não para o rechaço das práticas em saúde mental sustentados pela Reforma Psiquiátrica, mas sim para sua insuficiência - insuficiência sobretudo clínica. Propõe o discurso psicanalítico como contribuição importante para responder a esta insuficiência, localizado não como hegemônico, mas como um discurso entre outros. Figueiredo aponta que esta carência clínica tem dois desdobramentos: a ausência da psicopatologia e classificações diagnósticas sem teoria. Como

resultado, vemos atualmente o espaço que os manuais de classificação ganham dentro dos equipamentos, sendo utilizados, muitas vezes, sem o menor critério e crítica por técnicos das mais variadas formações. A autora denuncia, ainda, que há uma espécie de “implosão das especialidades” e ascensão do saber leigo como “modelo que deve tornar todos aptos a tratar, e o tratamento deve se sustentar sobre o pilar da ressocialização permanente, através de uma convivência que subsume o trabalho e o lazer assistidos” (Ibid., p. 95). O problema não é que exista práticas orientadas pelo saber leigo, mas sim que todas as intervenções sejam direcionadas pela ausência de saber, afinal, a concepção de ética implica um corpo de conceitos que se articulem, em alguma medida, entre si. Há posições contrárias que contra-argumentam citando a efetividade terapêutica de intervenções várias nestes espaços de convivência; não há objeções quanto à esta efetividade, pois “apesar dos efeitos terapêuticos comprovadamente observados isso não basta para dizermos que existe uma clínica nos CAPS. A ênfase dos Centros de Atenção Psicossocial continua sendo a reinserção social e não o exercício da clínica” (Amâncio, 2012, p. 131). O que isto quer dizer, em termos práticos? Significa que práticas que produzem um efeito secundário de apaziguamento do sofrimento e de ampliação de laços sociais não configuram necessariamente uma clínica, precisamente pelo fato de que a clínica não se define apenas por seus efeitos:

O que entendemos por clínica? Podemos afirmar que só haverá clínica se houver implicação do sujeito no ato. Se há implicação do paciente e do técnico no ato que os une podemos dizer que há clínica. Se não há implicação nem responsabilidade, então não há clínica. O que acontece nos CAPS é clínica? Ou na verdade o CAPS é promotor de trato e não de tratamento? (Amâncio, 2012, p. 131).

É preciso haver reflexão contínua sobre os efeitos da intervenção, sobre a posição ocupada pelo sujeito em seu ato e em sua fala, e sobre o lugar que ele coloca o técnico que intervém para que tenhamos as condições mínimas de constituição de uma clínica. Partindo desta definição a autora constatou, em pesquisa realizada no estado do Rio de Janeiro, a ausência da clínica nos serviços substitutivos de saúde mental, “vimos que a ênfase na inclusão, na reabilitação e na normatização não pode sustentar uma clínica no cotidiano do CAPS” (Ibid., p. 183). Outros autores também apontaram um certo descuido da dimensão clínica pela Reforma Psiquiátrica (Delgado e Leal, 2007; Greco, 2006 e 2011; Elia, 2012; Rinaldi, 2006).

Onocko Campos (2001), propõe uma hipótese sobre a origem ideológica deste descuido. De que a “Luta Antimanicomial criou focos de cegueira, espaços recalcados, nossos próprios pactos denegatórios. Nisso, nossa luta se assemelha a toda luta” (p. 102). Um importante foco

de cegueira é a dimensão clínica, pois ao se negligenciar esta dimensão produz-se efeitos colaterais – e aqui empregamos a expressão de modo bastante adequado se entendermos a Reforma Psiquiátrica como tentativa de cura de um modelo assistencial ineficaz e nocivo. Há clínica nos serviços substitutivos, afirma Campos, mas raramente se encontra uma clínica efetivamente comprometida com os ideais dos Movimentos Sanitário e da Luta Antimanicomial. A predominância é a da clínica tradicional e daquilo que se define como *Clínica Degradada*:

Clínica degradada: queixa-conduta, não avalia riscos, não trata a doença, trata sintomas. É a Clínica mais comum nos Pronto-atendimentos, mas, também é a de grande parte de nossa atenção à demanda (encaixes ou programadas) em muitos outros serviços. É esta a clínica da eficiência: produz muitos procedimentos (consultas), porém, com muito pouco questionamento sobre a eficácia (de fato, que grau de produção de saúde acontece nessas consultas?). (Ibid., 2001, p. 101).

Este modo de fazer clínico não se limita aos ambulatórios. Não é raro nos Centros de Atenção Psicossocial se deparar com intervenções que desconsideram a singularidade do sujeito que sofre e a relação usuário-técnico; atendimentos por agendamentos; grades de atividades não flexíveis; alto nível de medicalização do paciente; e foco do tratamento no apagamento dos sintomas. Este é um modelo que – assim como o da clínica tradicional, tutelar por excelência –, não interessa aos objetivos da Reforma Psiquiátrica, apesar de originar-se das brechas de seu discurso. Ou seja, a bandeira em prol dos direitos e da cidadania do louco, para a autora, não conduziu a ausência da clínica, mas à sua degradação:

após a criação do SUS, a clínica adquiriu também um valor ideológico: ter acesso equivale a possuir cidadania. Mas, quase ninguém se interroga sobre quais tipos de cuidados se tem acesso. Assim, a degradação da clínica tem sido estimulada por essa associação de valores transcendentais: o acesso do cidadão e a eficiência. Paradoxo da extensão de direitos! (Ibid., p.101).

Atualmente, a cidadã reivindica o seu direito por uma cesariana, ainda que não exista recomendações clínicas para a realização do procedimento operatório. Há também, para ficarmos em nosso campo, pacientes que, antes mesmo da conclusão da avaliação psicossocial, ainda no acolhimento, pedem a receita de um determinado medicamento para o profissional. Entre o desejo ao acesso de um determinado serviço em saúde e o seu alcance é preciso haver alguma mediação e, ao que parece, a clínica possui um grande potencial para fazer essa mediação, singularizando o pedido e auxiliando o sujeito a se posicionar na própria demanda. Através de uma reflexão clínica pode-se questionar, por exemplo, se acesso precisa equivaler a cidadania, ou ainda se há formas de garantir o acesso ao serviço de saúde sem o ímpeto de

transformação imediata do lugar social do sujeito em sofrimento. Na ausência de alguém que tenha um comprometimento clínico, o que resta é a clínica em sua versão degradada, que não elabora perguntas, apenas atende às solicitações.

Outra importante novidade do Sistema Único de Saúde (SUS), foi a introdução da figura do conselheiro, representante político dos usuários de um determinado território nos Conselhos de Saúde. Para Onocko Campos (2001), esta conquista política tem o potencial de gerar distorções em nosso campo:

No Brasil, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), aparece a figura do conselheiro: o sujeito com voz. Contudo, apesar de um cidadão comum ter direitos garantidos no Conselho Local e, ainda, poder ser ouvido como conselheiro, terá pouco a nos dizer sobre a doença de seu filho quando se encontrar na fila do Centro de Saúde. Os cidadãos devem ser escutados; os doentes, nem tanto (p. 99).

O SUS institui direitos, entre eles o direito à escuta, entretanto esta é reservada ao cidadão e não ao sujeito doente. Isto ocorre porque – da mesma forma que, enquanto modalidade discursiva, a clínica diz respeito a sujeitos – o discurso dos direitos só pode dirigir-se ao cidadão (Douzinas, 2009). Privar o sujeito da possibilidade de falar sobre seu sofrimento não é diretamente uma destituição de direitos, mas configura a oferta de um serviço ineficaz em parte de seus objetivos. Negar a escuta é, muitas vezes, negar o sofrimento, pois ao não se falar e nem oferecer condições necessárias para que se fale sobre ele, opera-se uma demissão da função de tratamento, restando apenas as intervenções inclusivas de reinserção social.

Nesta linha, é possível reconhecer no discurso de alguns membros da comunidade antimanicomial certa idealização da loucura, negação das dificuldades concretas e materiais do que significa viver como portador de sofriment” (Onocko Campos, 2001, p. 102).

Entretanto, as clínicas tradicional e degradada não são os únicos modelos, há um outro em franco processo de desenvolvimento nos últimos anos.

2.3. CLÍNICA AMPLIADA

A introdução do termo no campo da saúde mental é atribuída por diversos autores (Amarante, 2001; Pitta, 2011; Costa-Rosa et al, 2003) a Jairo Goldberg. Goldberg coordenou

durante muitos anos o CAPS Prof. Luiz Cerqueira e em seu livro *Clínica da psicose: um projeto na rede pública* (1994/1996) propõe um modelo clínico para a Atenção Psicossocial, descrevendo as inovadoras experiências do serviço e as referências que inspiraram a construção dessa clínica: a Clínica La Borde (FRA), o Centro de Saúde Mental de Setúbal (POR) e a experiência de Trieste (ITA) – o autor visitou as três cidades que sedearam as referidas propostas inspiradoras no curso de sua pesquisa.

Goldberg critica duramente o modelo de tratamento padronizado que não dá abertura para a “fala dramática” do paciente, e enxerga como imperativo o enfrentamento deste modelo para aqueles que se propõe a pensar na oferta de novas propostas de atendimento público em saúde mental. A primeira evidência, da qual erige sua proposta, é a da impossibilidade de definir a doença antes do surgimento do paciente, este, por sua vez, se encontra em uma malha de relações psicossociais que não devem ser ignoradas. A partir daí, conclui o autor, a construção de uma clínica que possa se haver com este campo em expansão se faz necessária, reconhecendo a fala do paciente como produção de um sujeito social. Está clínica se opõe ao modelo sintomatológico e desloca o foco da doença – tal qual indicara Basaglia – para a pessoa doente.

procura consolidar uma clínica de cuidados a esse grupo de pacientes, oferecendo condições terapêuticas que inexistem nos ambulatórios e hospitais psiquiátricos da rede pública. Tal projeto conjuga num mesmo espaço o tratamento e a reabilitação e busca uma atuação mais globalizada frente às questões da saúde mental (Goldberg, 1994/1996, p. 16).

A clínica se amplia por uma exigência interna do próprio campo devido a insuficiência de propostas compartimentadas, que excluem ora o sujeito que sofre, ora a dimensão social de sua existência. O autor aponta a ausência, nos serviços tradicionais de incorporação no processo terapêutico de “elementos de incerteza próprios das manifestações da doença mental” e adverte que “nem sempre há um procedimento único para um quadro clínico; certas situações clínicas necessitam o atendimento de mais de um profissional; a resolução do problema não se dá, muitas vezes em uma ou duas consultas, mas num trabalho de longo prazo” (Ibid., 30). A clínica se amplia no sentido da pluralização de procedimentos técnicos, possibilitando duplas, trios ou equipes terapêuticas com intervenções sincronizadas em seus objetivos e na flexibilização do enquadre e duração de tratamento. Todas essas variáveis são decididas a partir daquilo que é colocado pelo sujeito, deste modo a relação que se estabelece com ele é essencial para o processo. Sugere que a substância primordial da relação seja uma “atenção interpretativa à fala do paciente” (Ibid., p. 54), fala que é entendida como expressão de desejos e da posição do sujeito em suas relações no mundo. A preocupação com o vínculo entre terapeuta não representa

uma novidade no campo, porém há uma proposta de extensão desta preocupação para toda a equipe envolvida no cuidado ao paciente: “Percebia-se também a importância crucial da relação terapêutica (transferencial) em todas e quaisquer práticas desenvolvidas no interior da instituição” (Ibid., p. 129).

Outro aspecto relevante a ser ressaltado é que Goldberg parte de princípios e visa atingir objetivos essencialmente clínicos. Os técnicos do CAPS se depararam com a problemática da inserção no mercado de trabalho originada de demandas de pacientes psicóticos que, após certa evolução no tratamento, atingiram a estabilidade. Face a tais demandas a equipe elaborou projetos de inclusão e estreitou os laços da rede para sua efetivação, ou seja, a demanda do paciente antecipou-se a qualquer oferta de cidadania. O objetivo único da ação institucional é produzir movimento que possibilite e conduza “o paciente a coeficientes de escolha cada vez maiores no gerenciamento de sua vida” (Ibid., p. 140).

Em 1997, Campos propõe uma definição conceitual de clínica ampliada, estende-o a outros campos da saúde para além da Atenção Psicossocial. Propõe uma clínica que se concentre no sujeito concreto portador de uma enfermidade. Entende que a ação clínica permanece centrada no sujeito que sendo definido como concreto é marcado não só pela sua biografia singular, mas também pelo corpo, também singularizado em sua dinâmica. Pondera que “colocar a doença entre parênteses é um ótimo exercício para quebrar a onipotência dos médicos, mas nem sempre ajuda o enfermo”. Objetiva ressaltar o sujeito incluindo seus “distúrbios, sofrimentos, dores, risco de morte, doença” e etc. (Campos, 1997, p. 3). Observa-se que até o momento não há grandes distinções da proposta de Goldberg que, na contramão do discurso dominante da Reforma Psiquiátrica, também investigou os efeitos da ação institucional, sem esquecer-se do sujeito. Campos avança ao ampliar o objeto de saber e de intervenção da clínica, incluindo, nesta ampliação, sujeito, contexto e enfermidade. Atentemos para o fato de que não se trata de um acento primordial no sujeito do sofrimento, como propusera Goldemberg, tampouco num amálgama entre os três objetos, como observa-se em muitas práticas antimanicomiais. São três objetos distintos que compõem o campo de intervenção clínica; a clínica enquanto campo, enquanto forma de direcionamento das diferentes ações em saúde configura uma ampliação de alcance inédito na área (Ibid., pág. 5).

Este texto inspirou outras produções e contribuiu para o aprofundamento conceitual do termo. Cunha (2004 e 2009) o elegeu como o tema de suas pesquisas realizadas no campo da Atenção Básica. Para o autor a clínica ampliada configura uma resposta de resistência política

ao processo de degradação da clínica que vem ocorrendo nas últimas décadas. Entende que na Atenção Básica há uma certa compreensão por parte dos usuários da saúde como um bem de consumo e objeto de reivindicação, os gestores municipais respondem ao pedido da forma aparentemente mais barata que é a ofertando serviços em Pronto Atendimento (PA). Este contexto favorece também os médicos “porque conciliam uma clínica degradada, ou seja, com baixo gasto de energia pessoal e pouco vínculo, com uma inserção vertical, compatível com outros vínculos empregatícios” (Cunha, 2004, p. 32-33). Assim, precisamente no nível de atenção que possui melhores condições para trabalhar a prevenção e promoção, para o estreitamento de laços entre os municípios e as Unidades de Saúde, de modo que isso resulte em um acompanhamento e contínuo da situação das famílias de dado território, oferece-se uma clínica degradada, que exclui a singularidade do sujeito que sofre, e burocrática. Além do quê, esta economia só o é em aparência:

As conseqüências negativas do PA são bastante consensuais no campo acadêmico: medicalização, altos custos, baixa autonomia dos usuários, ineficácia para as doenças crônicas, baixo aproveitamento do potencial de outros profissionais de saúde e do trabalho em equipe e incapacidade de atuação em determinantes de saúde coletivos (Ibid., p. 33).

A clínica ampliada deve atentar para dimensões que se esvanecem em sua versão degradada, uma delas é a qualidade do vínculo existente entre os profissionais e os pacientes. Retomando Freud, propõe-se o conceito de transferência ampliada, entendida como o conjunto de afetos advindos do sujeito em direção aos profissionais e ao serviço. Estes afetos não devem ser negligenciados na construção do Projeto Terapêutico singular e na escolha das intervenções (Ibid., p. 115).

Sobre os fatores subjetivos, o profissional buscará contribuir para que o usuário aumente a capacidade para lidar com: o interesse e o desejo próprio e de outros; os hábitos estruturados de vida; a relação com alimentos e rituais culinários; a relação com trabalho, atividade física, arte, esporte, natureza e território; a sexualidade: aprofundamento necessário e possível; os mecanismos de defesa e resistência (Cunha, 2009, p. 39).

Aqui, novamente visualiza-se sintonia com a proposta de Goldberg, pois não há um objetivo pré-definido sobre a natureza de mudanças que devem ocorrer na vida do paciente. O que há é a indicação de que se trabalhe no sentido de um aumento da capacidade de lidar com as diferentes dimensões da vida. Em termos práticos, tal orientação atinge grande valor, pois pode conduzir o profissional a questionar qual o significado da indicação da prática da atividade

física antes de indica-la, ou o que representa para um paciente anoréxico a ingestão de certos alimentos.

Retornemos à ampliação da clínica, que inclui a enfermidade como objeto:

Considerar a doença é muito importante porque influi inclusive na definição sobre a que clínica recorrer. Em casos de enfermidades ou doenças crônicas, de longa duração e, em geral, incuráveis, pensar-se na Clínica do Sujeito (Campos, 1997, p. 5).

Um ponto interessante do excerto é o de conceber a possibilidade da escolha da clínica a se recorrer. Deste prisma, podemos dizer que “a” clínica em si não existe, o que há são intervenções que se ligam por uma lógica comum e a isso denominamos clínica. Pensar em uma multiplicidade de clínicas nada mais é do que pensar em diferentes conjuntos de intervenções que divergem por serem guiados por lógicas, éticas, concepções de sujeito e objetivos diferentes. Campos fala a partir da saúde em geral e propõe que a clínica do sujeito (utilizada por ele como sinônimo de clínica ampliada) seja direcionada para os enfermos incuráveis, ou seja, a escolha da clínica depende do diagnóstico (ampliado) do paciente. Embora a psicanálise não trabalhe com a categoria doença e sim com a de estruturas clínicas, observa-se aqui uma aproximação com a noção psicanalítica de direção do tratamento, pois o diagnóstico estrutural é o guia das intervenções do analista.

Em saúde mental, também podemos pensar em uma pluralidade de clínicas: há a clínica fonoterápica, a psiquiátrica, a da terapia ocupacional, a psicológica, a psicanalítica e etc. A escolha dessa clínica pode ser feita a partir do diagnóstico psicossocial, ou seja, aquele que é realizado a partir da discussão e construção do caso clínico e que tem como produto a proposta de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para o usuário. Todas as modalidades de tratamento mencionadas podem ser ofertadas tanto no CAPS em que foi realizado o diagnóstico psicossocial como nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), caso se identifique na demanda razões para a inclusão em um destes dispositivos. Uma vez que o caso se mantenha em atendimento no CAPS, e se lance mão de uma ou mais dentre as estratégias clínicas citadas, estas serão também designadas como clínica ampliada? Entendemos que a estratégia clínica da psicoterapia, por exemplo, não será subsumida pela clínica ampliada; mantém sua especificidade, mas se amplia ao ser atravessada pelos saberes e efeitos das outras modalidades clínicas. Em outras palavras, a clínica ampliada é aquela que se estende a outros saberes, atores,

profissionais e setores da rede de assistência, sem que para isso tenha que deslocar de seu centro o sujeito¹.

Na mesma linha, Campos entende que “há, de fato, na prática, inúmeras clínicas. Contudo, existe contiguidade entre elas, mas há também muitas diferenças entre estas clínicas” (Campos, 1997, p. 6). A pluralidade clínica se faz presente também nos equipamentos de saúde mental e é preciso que se reconheça, que há uma variedade na forma de fazer e conceber a clínica para, inclusive, entender-se o que é uma prática em clínica ampliada.

Um outro aspecto apontado pelo autor se refere à questão da decisão técnica, quando afirma que faz parte do cotidiano “decidir, mas decidir ponderando, ouvindo outros profissionais, expondo incertezas, compartilhando dúvidas” (Ibid., p. 11). A própria decisão, na clínica ampliada, passa por um processo de ampliação, em que se faz presente o debate, a inclusão do outro e as vacilações.

Desse modo, a relação da equipe com cada um se faz por meio de diagnóstico ampliado. É necessário escutar o outro, ouvir, interagir, ter várias estratégias terapêuticas. Isso depende da formação. Por isso, discutir o caso ajuda a aprender a ouvir o outro, escutar de novo. É normal ficarmos com medo. A discussão de caso é uma forma de controle social, falamos de nossas clínicas com os outros profissionais, inclusive de outras especialidades. Quanto mais burocratizado, menor é o agir comunicativo, menos circula (Campos, 2012, p. 161-162).

Em saúde mental, não precisamos utilizar o termo diagnóstico ampliado, pois as equipes dos serviços substitutivos já se constituíram como uma alternativa à hegemonia do saber psiquiátrico; como uma proposta descentralizadora e multiprofissional. Propusemos, acima, o uso de diagnóstico psicossocial, prática que deve envolver os diferentes profissionais e ser continuamente refletida dentro das equipes para que não reproduzam o modelo de polarização em torno de um saber. Este é um risco constante e de difícil manejo:

Em uma discussão de projeto terapêutico singular, de caso clínico, quando o tema predominante é a subjetividade, há uma assimetria a favor dos psicólogos, psiquiatras ou de quem tem formação em psicanálise ou cognitiva, em detrimento de um cirurgião, de um médico clínico e do enfermeiro de formação (Campos, 2012, p. 150).

Por outro lado, entendemos que há um risco ainda maior que é a demissão voluntária do profissional psi de sua especificidade. Aquilo que foi denominado há pouco de implosão das especialidades possui íntima conexão com um certo imperativo de horizontalidade. A

¹ Será problematizada a noção de sujeito nos próximos capítulos.

horizontalidade deve ocorrer pela assumpção da possibilidade de relevância do papel de cada um dos profissionais do serviço e não pela omissão dos mesmos. Assumir a possibilidade tão somente, pois o que efetiva sua realização é: a escolha transferencial feita pelo paciente e como o profissional em questão responde à convocação – além das contribuições que tal profissional traz à discussão de casos. Para que contribua é preciso que tenha voz, daí a postura de que todos possam falar e assumir esta posição de relevância. Ainda assim, isso não constitui garantias de que não haja assimetria nas relações, para Campos (2012) tais diferenças são constitutivas da relação entre sujeitos.

Vale esclarecer que não estamos propondo uma restauração das especialidades implodidas, pois é importante que o agente psicossocial mantenha certa flexibilidade no âmbito de atuações. Entretanto, a especificidade fornecida pela sua formação, que o capacita para uma série de intervenções, deve ser mantida. Ainda ancorados nas indicações de Goldberg, lembremos que a demanda do sujeito é que organiza a oferta de tratamento e em alguns momentos o técnico será convocado para atuar a partir de seu saber. Não foram poucas as críticas dirigidas à prática da clínica ampliada, devido a dissolução de sua especificidade:

O outro problema diz respeito à noção de clínica ampliada, que tenta reunir, sob a insígnia de clínica, todos os procedimentos com fins terapêuticos que envolvem os pacientes psiquiátricos. Se a clínica pode recorrer a recursos e discursos outros que não os das ciências médicas e psicológicas para tratar o impossível – que, afinal de contas, é o seu ofício –, precisaria, em razão disso, diluir sua especificidade? Ao considerar todo profissional que lida com os loucos – um artista, por exemplo – está necessariamente clinicando, não estaríamos sustentando um aspecto institucionalizado e criticável da clínica psiquiátrica? Há algum impedimento em reconhecer a necessidade do profissional psi abrir mão da exclusividade no trato com a loucura, sem que, para isso, tenha de renunciar a seu papel? (Greco, 2006, p. 106).

Nem tudo o que se faz em saúde mental é clínica ampliada. É preciso que seja demarcado o vasto terreno de procedimentos que não são clínicos; além de se assumir que nem toda clínica que se faz em saúde mental, quando há, é ampliada. Diferentes clínicas implicam em diferentes concepções de sujeito: a clínica fonológica, por exemplo, pode conceber o falante como aquele que emite falas sintomáticas, em uma compreensão estruturalista; a clínica tradicional da reabilitação toma o sujeito como desabilitado de alguma função; a clínica psicanalítica fala em sujeito do inconsciente. E a clínica ampliada, se dirige a qual sujeito?

CAPÍTULO 3 – O SUJEITO DE DIREITOS É O SUJEITO PSICOSSOCIAL?

Buscamos apontar no capítulo anterior que na atualidade assiste-se a um grande debate sobre a clínica do CAPS; aqueles que afirmam sua existência a ela se referem clínica da Reforma, como clínica do sujeito, ou mesmo como clínica antimanicomial. Optamos em adotar o nome oficial presente nas cartilhas do Ministério da Saúde de clínica ampliada, porém introduziremos outras duas denominações que serão utilizadas: a clínica psicossocial e a clínica intersetorial. Indicamos também que a clínica ampliada pode ser pensada a partir de duas matrizes: a da saúde coletiva e a da saúde mental, e tentamos agrupar nas diferentes definições elementos que pudessem compor um esboço do que entendemos como essencial ao termo.

3.1. SUJEITO PSICOSSOCIAL

Indicamos que há práticas diversas nos equipamentos de Atenção Psicossocial, essas práticas podem ser territoriais, institucionais (no interior do equipamento), setoriais (no campo mais amplo da saúde) ou intersetoriais. Nem todas elas são clínicas, entretanto todas implicam alguma concepção de sujeito e a maioria exige um certo grau de ampliação. Dentre estas práticas ampliadas podemos destacar algumas já consagradas, como a visita domiciliar, as ações territoriais, o acompanhamento terapêutico, os projetos de emprego apoiado, as intervenções nos espaços de convivência, as reuniões de equipe, as reuniões de rede, e etc. Ainda que seja possível realizar tais intervenções sem necessariamente fazer um trabalho clínico, parte-se de uma concepção de sujeito, chamaremos este sujeito de sujeito psicossocial. Resta, entretanto uma dúvida: por que chamar de psicossocial um sujeito que é atravessado por ações de outros setores? Em uma reunião intersetorial uma única pessoa pode ser tomada como sujeito psicossocial pelo CAPS, como aluno pela escola, inimputável pelo agente de segurança pública, autor de ato infracional pelo sistema judiciário e sujeito em situação de vulnerabilidade pelo assistente social do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS). Fazemos então uma nova distinção, há o sujeito psicossocial e há o sujeito intersetorial enquanto categorias de análise; o primeiro é correlato ao conjunto de ações ampliadas

desenvolvidas por um equipamento ou equipe de saúde mental e o segundo se refere àquele sobre quem se fala nas reuniões intersetoriais. Mas quem é este sujeito psicossocial?

3.2. SUJEITO DE DIRETOS

Amarante (1995) oferece uma resposta:

O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização [...] é um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos (Amarante, 1995, p. 494).

No desenvolvimento do capítulo sobre a Reforma Psiquiátrica foram expostos alguns fatos históricos que dialogam com a afirmativa acima: desde Pinel – passando pela Lei do Alienado (1886) no Brasil e pelo trabalho forçado nos hospitais-colônia, até chegar nas condições desumanas de tratamento, moradia, alimentação e violência a que foram submetidos os pacientes confinados nos grandes hospitais psiquiátricos – o que se constata é que a inclusão do louco em uma categoria nosológica sempre foi acompanhada a mais ampla destituição de direitos. Amarante enxerga a Reforma Psiquiátrica como um movimento que tem, no mínimo, uma dupla função: primeiramente inserir os sujeitos no campo dos direitos; e, na sequência, criar direitos, então, inéditos para essa população. Daí a importância da constante participação dos usuários nos processos políticos, conselhos municipais de saúde e passeatas: a possibilidade de reivindicar direitos que sejam condizentes com a sua nova situação do lado de fora dos muros asilares. Um dos slogans do Movimento da Luta Antimanicomial “nem um passo atrás!” traz implícita a ideia de que passos à frente devem ser dados, e estes passos são rumo a ampliação de direitos.

A Reforma Psiquiátrica teve o grande mérito de garantir às pessoas com sofrimentos psíquicos graves e persistentes o acesso a direitos e muitos dos serviços afinados com o discurso antimanicomial tem assumido este mandato social de busca por direitos. Entendemos que os profissionais dos equipamentos de Atenção Psicossocial não devem esquivar-se de tal demanda, entretanto é legítimo o questionamento sobre quais as consequências de tomar o paciente do serviço prioritariamente como sujeito de direitos; e mais, há de se perguntar qual o estatuto conceitual do termo e o lugar que ocupa na sociedade contemporânea.

A noção tem suas origens na ciência jurídica e, devido à sua centralidade no campo, é definida a partir de variadas perspectivas. Faremos um recorte bastante específico na apresentação do conceito, partindo de um filósofo do direito unanimemente reconhecido na área que, como comumente ocorre com as grandes referências, inspira intensos debates em torno de seus postulados. Considerando que tal debate não ocupa o centro dos objetivos da presente pesquisa, optamos em nos deter, em um primeiro momento, na exposição de algumas de suas formulações.

O autor em questão é Hans Kelsen (1881-1973) – filósofo positivista que visava a construção de uma teoria jurídica de fundamentação objetiva, livre de concepções políticas e ideológicas – que propôs a Teoria Pura do Direito. Intentando atingir este estado de “pureza”, estruturou seus argumentos em uma espécie de diálogo com aquilo que denominou de teorias tradicionais do direito, as quais acusa de subjetivistas. Apontou que tais teorias enfatizam de tal modo a dimensão dos *direitos* que o *dever* se ofusca perante os primeiros, a ponto de o sistema da ordem jurídica receber o mesmo nome em algumas línguas, como a portuguesa (direito), a alemã (*recht*) e a francesa (*droit*) (1960/1968, p. 140).

Aqui já se faz necessária uma primeira parada em um ponto que nos concerne que é o lugar do *dever* no campo da saúde mental, até que ponto tal dimensão não se esvanece quando se trabalha com o conceito de sujeito de direitos na prática? Qual a reflexão que se desenvolve acerca das consequências subjetivas e objetivas do apagamento do dever? De qual concepção de sujeito psicopatológico se deve partir para que se possa afirmar que o louco é ou não apto a responder pelas obrigações advindas de um dever civil? Quem deve responder a esta última questão, posto que o psiquiatra foi deslocado desta função que ocupou deste o surgimento de sua especialidade? Não temos as respostas de tais perguntas, pois elas se renovam incessantemente no cotidiano das equipes.

Para Kelsen, pelo contrário, o direito é quem ocupa um papel secundário em relação ao dever. Pois entende que a contemplação de um determinado direito por um indivíduo oculta aquilo que de fato o efetiva, que é o dever imposto a outros tantos indivíduos para a garantia do direito. Exemplifiquemos: para que uma determinada criança tivesse o direito de frequentar uma escola regular no Brasil, a despeito de qualquer deficiência ou transtorno mental que viesse a ter, foi sancionada uma lei que obriga todas as instituições escolares a aceitarem sua matrícula. Ou seja, a dimensão do dever além de possuir primazia sobre a do direito, é condição necessária para a sua existência, e mais, o dever não se refere necessariamente ao sujeito que é

contemplado por um direito, podendo ser dirigido à conduta de um outro sujeito. O filósofo avança em sua crítica e expõe que o verdadeiro sujeito é aquele que deve e aquele que tem direitos é objeto – objeto de um dever. No exemplo citado, ainda que – negada a matrícula – haja uma reivindicação pelos direitos desta criança, o que efetivamente vale em termos jurídicos é o fato da conduta de um representante (sujeito jurídico) de certa instituição educacional ter violado um dever estatuído pela ordenação jurídica vigente. Deste modo, o conceito de direito torna-se um mero reflexo do dever e que pode “como conceito auxiliar, facilitar a representação da situação jurídica. E, no entanto, supérfluo do ponto de vista de uma descrição cientificamente exata da situação jurídica” (Ibid., p. 143), entendendo-se por auxiliar aquilo que não é necessário. Assim, prossegue o autor, é possível que se conceba uma dada configuração jurídica sem o direito, por exemplo, no caso de leis de proteção ambiental, em que há deveres, mas não há direitos.

O direito reflexo não pode existir sem o correspondente dever jurídico. Apenas quando um indivíduo é juridicamente obrigado a uma determinada conduta em face de um outro tem este, perante aquele, um “direito” a esta conduta. Sim, o direito reflexo de um consiste apenas no dever do outro (Ibid., p. 144).

Na perspectiva dos embates jurídicos, tal concepção não apresenta grandes problemas para o campo da saúde mental. A Lei 10.216 nos oferece bons exemplos, que entendamos o artigo que assevera que é direito da “pessoa portadora de transtorno mental (...) ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração” como o dever de que alguns sujeitos a protejam contra abusos e exploração não traz grandes consequências. Entretanto, quando apenas a face dos direitos aparece na relação entre o paciente e o profissional de saúde, urge a necessidade de uma reflexão. O fato de um direito sempre implicar um dever significa que toda vez que o sujeito for tomado a partir do discurso de direitos alguém ocupará o papel de sujeito de um dever. Quem, nesta relação, ocupa este papel?

Para Kelsen nas teorias tradicionais ocorre um amálgama conceitual entre o que tem direitos e o que tem deveres, conduzindo a uma definição do sujeito jurídico como sendo aquele que é portador de direitos e deveres. Indica que há, nessas teorias, uma separação entre direito subjetivo e dever objetivo. O direito subjetivo, é concebido como natural e universal, e está intrinsecamente vinculado ao fato de que o homem é dotado de interesses e pretensões. Em outros termos, o direito subjetivo é o conjunto de certos interesses humanos que deve ser protegido pela norma produzida pela ordem jurídica. Por conseguinte, o sujeito de direitos é aquele que possui a titularidade jurídica destes direitos, portador de direitos (Ibid., p. 189).

Em oposição, Kelsen elabora uma outra definição de sujeito. Há um ordenamento jurídico que institui normas de conduta; há sujeitos que, através de seus atos ou omissões obedecem ou contrariam tais normas; e, por fim, há aqueles que tem o poder de operar através de órgãos jurídicos criando ou aplicando normas.

Torna-se aconselhável limitar o conceito de sujeito jurídico (*rechtssubjekt*) ao de sujeito de um dever jurídico e distinguir o conceito de sujeito de um dever jurídico do de sujeito de um poder jurídico. Na medida em que, na linguagem jurídica tradicional, a função de criação ou aplicação das normas jurídicas é atribuída à comunidade jurídica, o conceito de sujeito do poder jurídico coincide com o de órgão jurídico (*Ibid.*, p. 188).

Ou seja, o sujeito jurídico, enquanto tal, deve ser definido como sujeito de dever jurídico e o sujeito do poder jurídico é o próprio órgão jurídico. Com estes estratagemas conceituais Kelsen formula sua teoria objetiva do direito: destitui o conceito de direito subjetivo, tomando-o como auxiliar e oculta o sujeito do poder nos órgãos competentes. O que resta é o sujeito do dever – dever que é objetivado pela norma.

A afirmação de que um indivíduo é sujeito de um dever jurídico, ou tem um dever jurídico, nada mais significa senão que uma determinada conduta deste indivíduo é conteúdo de um dever pela ordem jurídica estatuído, quer dizer: que a conduta oposta é tornada pressuposto de uma sanção; e que, com a afirmação de que um indivíduo é sujeito de um poder jurídico, de uma faculdade (poder) ou competência, ou de que tem um poder jurídico, faculdade ou competência, nada mais significa senão que, de acordo com a ordem jurídica, são produzidas ou aplicadas normas jurídicas através de determinados atos deste indivíduo ou que determinados atos deste indivíduo cooperam na criação ou aplicação de normas jurídicas (*Ibid.*, p. 188-189).

Nota-se que o sujeito de dever é definido por sua conduta em relação à norma, enquanto o sujeito do poder é definido pelo seu ato em relação à criação ou aplicação da norma.

Retornemos para a nossa área de investigação, entendendo que transpor a noção de sujeito de direitos para o campo da Atenção Psicossocial implica em trazer toda essa complexa malha conceitual em seu bojo. De acordo com Kelsen há um sujeito de dever, um objeto de direitos, e um sujeito do poder (oculto) – o sujeito de poder é aquele que cria ou aplica normas. Adiantemos nossa posição, que será melhor fundamentada mais a frente: nas práticas de saúde mental o sujeito de poder não deve ser ocultado, pois muitas vezes este lugar é ocupado pelo próprio técnico da equipe. Tomar o paciente enquanto sujeito de direitos produz a emergência destes lugares, o sujeito de dever pode ocupar ao mesmo tempo a posição de sujeito de direitos e, até mesmo, a de sujeito de poder. Imaginemos, por exemplo, a participação de um paciente de um CAPS Álcool e Drogas (AD) na deliberação de uma regra que conceda o direito de fumar

em uma determinada área da instituição. Tais acordos internos acontecem em inúmeros equipamentos de Atenção Psicossocial inspirados pelos ideais da Reforma Psiquiátrica, através do potente dispositivo de Assembleia que envolve usuários, familiares e profissionais na instituição de regras de funcionamento do serviço. Entretanto, há limites para que um sujeito de direitos possa tornar-se um sujeito de poder, esta mesma instituição é submetida à ordem jurídica vigente no país e, do ponto de vista legal, haverá problemas na permissão do uso de alguma substância não legalizada dentro da instituição, ainda que tal proposta seja estratégica no tratamento de um determinado sujeito na linha da redução de danos. Quem responderá por tal liberação na condição de sujeito de dever dificilmente será o paciente, mas sim o profissional responsável ou o gerente da unidade. Neste sentido, é, no mínimo, digna de reflexão a assertiva de Kelsen de que “na verdade, ninguém pode conceder-se direitos a si próprio, pois o direito de um apenas existe sob o pressuposto do dever de outro” (Kelsen, 1960/1968, p. 190).

Outro problema encontrado na transposição de campos diz respeito ao estatuto do sujeito na articulação entre as categorias de particular e universal. O discurso antimanicomial visa à universalização de direitos de modo que o indivíduo possa ser contemplado em sua particularidade, opondo-se aos modelos asilares que destituíam os direitos dos indivíduos com o argumento de que estes possuíam particularidades que os excluía daquilo que o homem tem de universal: a razão. Um importante conceito para se trabalhar com essas categorias a partir do Direito é o de *pessoa*, de acordo com Kelsen as teorias tradicionais compreendem que tal noção equivale à de sujeito de direitos – definido como portador de direitos e deveres – com a diferença de que o primeiro se subdivide em *pessoa física* e *pessoa jurídica*. O que caracteriza a universalização do sujeito jurídico não é a humanidade do indivíduo, posto que a definição prevê apenas que haja um portador de direitos e deveres sem especificar quem seja:

Se é o indivíduo o portador dos direitos e deveres jurídicos considerados, fala-se de uma pessoa física; se são estas outras entidades as portadoras dos direitos e deveres jurídicos em questão, fala-se de pessoas jurídicas. Ao mesmo tempo contrapõe-se a pessoa física, como pessoa ‘natural’, à pessoa jurídica, como pessoa ‘artificial’, quer dizer, como pessoa não ‘real’ mas construída pela ciência jurídica (...) uma análise mais profunda revela que também a chamada pessoa física é uma construção artificial da ciência jurídica, que também ela apenas é uma pessoa ‘jurídica’ (Ibid., p. 191-192).

Assim, Kelsen, entende que não é a naturalidade da pessoa que irá conferir a universalidade jurídica ao sujeito, mas sim a ordem jurídica em questão, através da universalização da norma estatuída. A norma que institui o dever é universal, o indivíduo tem condutas que estão de acordo ou contrariam esta norma, a partir desta conduta ele será tomado

pelo órgão jurídico como um sujeito jurídico, ou seja, como construção artificial: “num conhecimento dirigido às normas jurídicas não são tomados em consideração – nunca é demais acentuar isto - os indivíduos como tais, mas apenas as ações e omissões dos mesmos” (Ibid., p. 189).

Nos parece perigoso, no campo da Atenção Psicossocial, que se tome o sujeito como mero suporte abstrato de direitos e deveres – seja por inspiração das teorias tradicionais que partem da universalização da natureza humana ou pelo objetivismo de Kelsen, que toma o sujeito como consequência das normas jurídicas. A definição objetiva, é ainda mais perigosa, pois enfoca apenas as condutas, e um discurso psicossocial que tome o sujeito apenas a partir da opacidade de seus atos reúne todos os elementos para o entrelaçamento com o discurso dos manuais psiquiátricos que consideram apenas os sintomas. Mostramos que em diferentes momentos da história este casamento entre a ordem jurídica estabelecida e a psiquiatria foi bem-sucedido, produzindo a desapropriação de direitos e apagamento do sujeito em sua singularidade. Atualmente, assiste-se à união entre as duas ciências para a garantia de direitos, seguindo caminhos que, muitas vezes, renovam a supressão do singular. A Lei Orgânica da Assistência Social (1993), complementada pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa Deficiente (2015), institui o Benefício de Prestação Continuada, que é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência – incluindo deficiência mental – que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. A legislação prevê que o requerente se submeta à uma avaliação médica, que indicará se o quadro é ou não incapacitante, a base que serve como critério diagnóstico para a concessão do benefício é o manual de Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Exemplifiquemos: um sujeito em intenso sofrimento psíquico que há anos não consegue construir laços, tampouco se manter em um emprego e que, a através de uma somatória de sintomas, foi diagnosticado com depressão pode ter seu direito negado se for levado em consideração apenas o diagnóstico; um outro sujeito, esquizofrênico, estabilizado em seus sintomas produtivos e capaz de trabalhar tem mais chances de conseguir tal benefício, desde que não exerça atividade profissional. No primeiro exemplo vemos a negação de um benefício para quem dele necessita, por não se considerar o singular da situação, e no segundo há o risco de apagamento do desejo, caso se opte apenas em tomar o indivíduo como portador de um direito. Singularizar é colocar em questão o significado e consequências de se pleitear tal ou qual direito junto ao paciente, e como este se posiciona enquanto protagonista da situação. Assumir tal posição é suspender temporariamente o sujeito

de direitos, considerando que as “regras jurídicas não se dirigem a pessoas reais, mas à personalidade jurídica criada pela lei para representar a pessoa humana” (Douzinas, 2009, p. 242).

A lacuna entre uma pessoa real e sua imagem jurídica adquire a forma de excesso e falta ao mesmo tempo, e torna-se inteiramente visível quando as pessoas dão início a procedimentos legais. Excesso: a lei confere ao sujeito um excedente de razão, um racionalismo extremo, que o retrata como uma máquina de calcular (...) O homem razoável não é uma conspiração de juízes conservadores, mas uma cifra ou símbolo do sujeito jurídico que não pertence ao comum, uma vez que tudo relacionado ao corpo ou aos sentidos não faz parte do domínio da razão e deve ficar de lado ou ser excluído. O sujeito jurídico não é apenas ralo, mas etéreo, ao passo que pessoas reais são sempre ‘densas’, cheias de fraqueza, inadequações e incertezas (Ibid., p. 245).

Ou seja, na perspectiva do positivismo jurídico, o sujeito de direitos é uma construção discursivo-normativa que tem como base a razão, supõe-se a racionalidade como substância única do sujeito em detrimento das dimensões afetivas. Entretanto, o Direito contemporâneo forjou nova terminologia para incluir em sua esfera estas dimensões, incorporando à conduta as categorias de *motivo* e a *intenção*:

O motivo refere-se à necessidade, ao desejo, ao propósito, à história individual e social, aos impulsos conscientes e inconscientes à ação, em outras palavras, àquilo que torna as pessoas reais. Intenção, ao contrário, é uma construção artificial que se refere à culpa, a atribuição de responsabilidade independente de razões ou motivos para a culpa (Ibid., p. 247).

Na prática, entretanto, “a intenção é o principal conceito no Direito Penal, ao passo que o motivo é totalmente ignorado na determinação da culpa e é introduzido de modo periférico o estágio da sentença” (Ibid., p. 247). Ainda que se observe mudanças importantes no campo e iniciativas institucionais que fazem com que haja avanços no sentido de uma maior abertura para a inclusão da dimensão afetiva nos processos de decisões judiciais, vemos que o discurso jurídico é profundamente marcado por colocar em seu centro a razão. Se de um lado, no âmbito do Direito Penal, o sujeito do dever é desconsiderado em sua história pessoal, do outro lado, o sujeito que reivindica direitos também o é, pois a lei “ignora a história, o motivo e a necessidade específicos que o litigante traz” (Ibid., p. 246). De Basaglia a Saraceno é insustentável no campo da saúde mental uma concepção de sujeito que, na prática, desconsidere sua história pessoal. Isto porque a atenção psicossocial, enquanto um modo de assistência que se contrapõe ao modo asilar, produz um determinado discurso que é atravessado pelo objetivo ético de resgate do sujeito que sofre. Desta forma, nos parece pouco coerente com tal discurso que se estabeleça uma equivalência entre o sujeito psicossocial e o sujeito de direitos.

3.3. DISCURSO DE DIREITOS

Costa Douzinas, filósofo grego contemporâneo do campo do direito, afirma que na atualidade o discurso dos direitos ocupa um papel hegemônico e se expande em direção a outras áreas para além de sua circunscrição específica: “o conceito de direitos é ao mesmo tempo o fundamento e a culminância da visão de mundo filosófica, jurídica e moral da modernidade” (2009, p. 248).

No texto *São os direitos universais?* o filósofo denuncia, ancorado em argumentos históricos, o que há de falacioso nas teses de que os direitos humanos possuem como pilar uma certa universalidade do homem; aponta que os direitos individuais são uma invenção relativamente recente, surgem no início da modernidade, como resposta ao descentramento da Igreja como sustentáculo do direito no período pós-revolucionário. Uma vez que o discurso religioso se mostrara insuficiente naquele momento para a função de legitimar a legislação do Estado-Nação, este teve que se fundar em outros princípios: os filosóficos, do contrato social. Assim, os revolucionários franceses sancionam, como primeiro ato, a *Declaração dos Direitos Homem e do Cidadão* em 1789 e em seguida a constituição de 1791. O autor considera que o contrato social das declarações pós-revolucionárias europeias é a conversão dos costumes e de concepções generalizadas do dever moral vigentes em direitos naturais. Entende que a declaração francesa inaugura precedentes de um potencial revolucionário importantíssimo, abrindo “a possibilidade de resistência e revolta se as leis do estado estivessem violando os direitos” (n.d., p. 7), entretanto, acusa que após as revoluções houve uma atrofia no campo dos direitos naturais. A intensificação deste atrofiamento só cessou após a Segunda Guerra, durante o julgamento de Nuremberg, quando os réus alemães, que agiram de acordo com as leis nazistas, foram julgados não com base na legislação do estado, mas sim por uma espécie de princípios jurídicos universais. Comenta que tal ideia universalidade só teve efeitos quando os europeus passaram a se autodestruir, pois outras atrocidades como a escravidão e o extermínio indígena foram conduzidos por séculos sem que se organizasse uma comunidade internacional em prol dos princípios universais.

A crítica à pretensa universalidade é aprofundada no artigo *Quem são os “humanos” dos direitos?* (n.d.). Acredita que há um hiato entre o homem universal das Declarações, o

sujeito jurídico, e aqueles que efetivamente desfrutam os direitos. O primeiro não tem características concretas, as particularidades são apagadas:

O homem concreto que realmente desfrutava dos direitos foi, literalmente, um homem – um homem rico, branco. Cristão, urbano. Ele condensou a dignidade abstrata da humanidade e dos privilégios dos poderosos. Desde então, a ‘humanidade’ plena é construída em um contexto de pré-condições (cidadania, classe, gênero, raça, religião, sexualidade) que exclui a maioria dos seres humanos. Se os direitos são universais, os refugiados, migrantes ‘ilegais’ ou os detidos em Guantánamo, que não tem nenhum país para protegê-los, devem ter os direitos da humanidade. Mas eles não possuem nenhum, são apenas a vida nua desprotegida. Os direitos humanos não pertencem aos humanos, a idealização de uma ‘humanidade’ hierarquizada (Douzinas, n.d., p. 4, 5).

A manutenção da categoria de sujeito de direitos é essencial para a sustentação do discurso dos direitos, pois serve como fundamento universalizante necessário para maquiagem a real situação: a divisão entre o cidadão pleno e o enorme contingente humano que tem seus direitos violados cotidianamente. Este contingente sofre, ainda, outra subdivisão: há os que tem o direito de lutar, por serem virtualmente protegidos por um Estado-Nação; e os que não tem sequer o direito de lutar por direitos. Assim, o sujeito de direitos passa a ser caracterizado como aquele que “posiciona-se no centro do universo e pede à lei para garantir suas prerrogativas sem maiores preocupações quanto a considerações éticas e sem empatia pelo outro” (Douzinas, 2009, p. 246). É um sujeito cujo imperativo ético é o “reivindica!”, e para tanto o cálculo em jogo é o da maximização dos direitos, buscando, sim, um benefício coletivo, porém, o benefício coletivo de um grupo de pertença do qual se é integrante, seguindo a lógica das identidades culturais. Isto ocorre porque o acesso a direitos se dá por meio da segmentação, a princípio o homem branco, posteriormente os outros.

O conjunto das categorias de seres que se enquadram na definição amplia-se largamente: aquilo que em 1789 surgiu como direito dos homens se ampliou para mulheres, crianças e escravos – atualmente no Ocidente engloba todos aqueles que são nascidos em uma nação, e luta-se para que casos especiais passem a ser enquadrados enquanto sujeitos de direito. O exemplo emblemático é o da tradição da tribo ianomâmi, que tem a prática de matar os bebês recém-nascidos que podem representar alguma maldição à tribo. Existe um Projeto de Lei (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2007) em tramitação – que dispõe sobre o combate às práticas tradicionais nocivas e à proteção dos direitos fundamentais de crianças indígenas – que prevê a criminalização desta prática, tomando-a como infanticídio. Ou seja, defende-se a primazia do direito à vida e busca-se tomar como sujeito deste direito os bebês ianomâmis, que por ora estão

fora desta definição. Lembremos que – embora estas pessoas sejam virtualmente cidadãos por nascer em território nacional – só há sujeito jurídico, de acordo com Kelsen, quando uma conduta é interpretada pela ordem jurídica como concorde ou discorde da norma vigente. Se o ato de matar o bebê não sofre interpretação jurídica, os bebês em questão – embora sejam virtualmente cidadãos por nascerem em território nacional – não são sujeitos de direitos de fato. Não será necessário que se entre no mérito da discussão sobre o que deve ser priorizado: a soberania cultural da tribo ou o direito à vida dos recém-nascidos, o foco é acentuar a tendência atual de resolver questões complexas transformando a todos em sujeitos de direitos.

O exemplo põe as claras a simplicidade do discurso dos direitos, que se apresenta sob a forma de uma estrutura (discursiva) regida por uma gramática cujos termos se resumem à polaridade de ter ou não ter direitos. Tal asserção vai na contramão daqueles que sustentam que os direitos implicam sempre na assunção de responsabilidade pelos próprios atos. O sujeito jurídico, lembremos, não possui um caráter pré-definido, daí a sua extensão infinita. Um outro caso exemplar, mencionado por Douzinas (2009, p. 242), é o do projeto de lei norte-americano de incluir o feto como sujeito de direitos, não mais como parte do corpo da mãe, podendo esta responder criminalmente por negligenciar o feto em gestação.

O exemplo que melhor ilustra nossos argumentos – para que refutemos de vez a ideia de um sujeito de direitos vinculado exclusivamente à responsabilidade – é o dos animais como sujeitos de direitos (Dias, 2014). O caso dos direitos dos animais impõe algumas reflexões, pois revela de modo contundente o caráter de depositário da norma do sujeito jurídico; este caso configura uma modificação da definição do sujeito como aquele que tem direitos e deveres e, embora os animais não possuam deveres no sentido jurídico do termo, são entendidos por muitos juristas como seres que devem ser contemplados em seus direitos essenciais.

Estes exemplos, externos ao universo mais restrito da saúde mental, vêm para auxiliar nas reflexões sobre o intrincado campo em que um dado discurso, o dos direitos, se erige como hegemônico na estrutura social. Tal discurso se destaca por sua particular capacidade de descrever situações políticas complexas e conflitivas em termos normativos relativamente simples. É um discurso que assume que a sociedade caminha para uma homogeneidade cultural e moral e que traz implícita a crença de que o mal-estar se dissolverá paulatinamente. Este discurso se entrelaça com uma certa política de identidade cultural. Tal política de identidade tem como base as categorias de diferença e de igualdade e esta é a linguagem de expressão de reivindicações: “almejo tal direito, pois é preciso tratar diferentemente meu grupo identitário

para que assim possamos atingir a igualdade”. A política de identidade, portanto, não tem em seu centro a noção de singularidade, mas sim a dupla igualdade/diferença, que nos remete ao narcisismo das pequenas diferenças.

“O uso do discurso dos direitos para descrever normativamente um conflito ou um conjunto de reivindicações é uma forma limitada de narrar a situação” (Douzinas, 2009, p. 258). Tal discurso propõe que um certo número de reivindicações possa ser traduzido em uma única linguagem comum. Essas reivindicações são oriundas de um conflito social absolutamente complexo que envolve disputa de classes, interesses de cunho econômico, étnico e cultural; tais reivindicações são produções discursivas de sujeitos e coletivos que possuem histórias singulares. Precisamente por esse motivo se faz necessária a demarcação do lugar em que opera a clínica ampliada na dimensão intersetorial, para que se evite o amálgama do discurso da atenção psicossocial ao discurso dos direitos. A escuta das reivindicações deve estar para além do discurso dos direitos que em sua gramática simplificadora tem apenas duas direções: a de conceder direitos ou a de negá-los.

Lacan ao analisar a transformação – iniciada nos fins da década de 1940 com o surgimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) – da saúde em direito, indica que a resposta à demanda no campo da saúde, ainda que demanda por direitos, não pode ser negligenciada:

O desenvolvimento científico inaugura e põe cada vez mais em primeiro plano este novo direito do homem à saúde, que existe e se motiva já em uma organização mundial. À medida que o registro da relação médica com a saúde se modifica, em que esta espécie de poder generalizado que é o poder da ciência, dá a todos a possibilidade de virem pedir ao médico seu ticket de benefício com um objetivo preciso imediato, vemos desenhar-se a originalidade de uma dimensão que denomino demanda. É no registro do modo de resposta à demanda do doente que está a chance de sobrevivência da posição propriamente médica (Lacan, 1966/2001, p. 10).

Neste ponto, em que o discurso jurídico se enlaça com a saúde, a demanda apresenta-se amalgamada à reivindicação. Responder ao enunciado da reivindicação por direitos sem aproximar-se da questão concernente ao desejo é arriscar-se a incorrer no erro apontado por Lacan de perder a posição transferencial, a qual o paciente supõe um saber e direciona seu apelo. A separação entre reivindicação e demanda deve ser uma tática norteadora para a Atenção Psicossocial nas discussões de caso. Viganò (2012) propõe que se diferencie o caso social do caso clínico, e que este sirva como base para se pensar as ações e intervenções em Saúde Mental. Na mesma linha, nos parece essencial a apuração da escuta da demanda que traz

o paciente e da resposta que será dada a tal demanda. Responder a demanda é antes de tudo posicionar-se diante dela, compreender que nem sempre o que é pedido é a cura, o paciente “vem às vezes nos pedir para autenticá-lo como doente. Em muitos outros casos ele vem pedir, do modo mais manifesto, que vocês o preservem em sua doença” (Lacan, 1966/2001, p. 10). Posicionar-se de modo que se considere que há uma falha estrutural entre demanda e desejo e que, portanto, este não se reduzirá àquela, como aponta Lacan:

Longe de ceder a uma redução logicizante, ali onde se trata do desejo, encontramos em sua irredutibilidade à demanda a própria mola do que também o impede de ser reduzido à necessidade. Para dizê-lo elípticamente: que o desejo seja articulado é exatamente por isso que ele não seja articulável (Lacan, 1960/1995, p. 819).

A leitura e escuta das situações que são apresentadas cotidianamente nos equipamentos de Atenção Psicossocial exigem referenciais de alta complexidade para que se possa oferecer um tratamento efetivo tanto às questões de sofrimento subjetivo como às aquelas de iniquidade e exclusão sociais. O sujeito da atenção psicossocial, atendido por uma equipe multidisciplinar, deve ser visto sob diferentes óticas. Não devemos substituir o discurso médico pelo discurso dos direitos, mas sim pela multiplicidade discursiva.

3.4 HUMANIZAÇÃO NÃO EQUIVALE A DISCURSO DOS DIREITOS HUMANOS

É importante, neste momento, a tomada de algumas precauções e a realização de uma distinção conceitual. Não devemos confundir o conceito de Homem implícito no discurso dos direitos com aquilo que no campo da saúde coletiva convencionou-se chamar de humanização. Esta noção surge durante os anos 1970 e 1980 como uma proposta de reinvenção das práticas em saúde e por volta dos anos 2000 começa a ser ressignificada por pesquisadores da área, que apontaram uma paralisia conceitual na produção de novos sentidos e reinvenção de práticas inovadoras. Destas críticas surge a Política Nacional de Humanização (PNH), que define o termo, antes de tudo, como uma estratégia de produção de novas formas de interação entre os sujeitos (Benevides e Passos, 2005). O conceito de homem em jogo não é o de uma universalidade abstrata que, por ser cidadão, é portador de um certo número de direitos; antes, é uma definição que toma o sujeito como um ser em relação e tira daí importantes consequências. Tal formulação não deve ser entendida de modo estático e sim como

movimento, os sujeitos constroem práticas e as práticas produzem sujeitos. Assim a PNH é atravessada pelo comprometimento com a produção de novos sujeitos implicados em novas práticas em saúde (Passos e Benevides, 2009). É importante que se entenda que o que há de realmente novo é o reposicionamento do sujeito – seja ele o usuário, o trabalhador ou o gestor –, visto que o sujeito é o homem concreto esta tomada de posição não irá se direcionar ao ideal e só se efetivará se houver alteração nas interações entre os sujeitos. Ou seja, não se trata puramente de um conceito, pois necessariamente será atravessado pela experiência, pois se sustenta em um discurso que não se limita a problematizar “o que fazer”, mas também aponta para o “como fazer” (Benevides e Passos, 2005).

À primeira questão pode-se responder de modo sucinto: é preciso alterar o sistema de relações burocratizados das práticas em saúde em todas as suas instâncias, da recepção dos equipamentos ao modelo de apoio matricial, da relação médico-paciente à relação entre gestores e em todos os níveis, do municipal ao federal. Mais espinhosa é a questão de como fazer, de como colocar em prática esta cultura de transversalidade:

Implica o esforço de toda uma coletividade em uma tarefa de grandes proporções. Transformar uma política de governo dessa envergadura em políticas públicas não é uma tarefa simples. E o fato de algo ser inscrito na forma de lei não significa que vá viabilizar-se na concretude da prática (Pacheco Filho, 2015, p. 126).

Teixeira (2005) faz um apontamento valioso que nos auxilia a orientarmo-nos neste terreno e a pensar em práticas não verticalizadas ao afirmar que é preciso “reconhecer que ninguém é competente pelo outro, no lugar do outro” (Ibid., p. 590). Mais à frente indicaremos quão problemático é o profissional que se permite fazer pelo paciente, assumindo em relação a este uma posição de soberania. Para evitar este risco propõe-se que se compreenda a rede de serviços de saúde como uma rede de conversações, rede esta que é animada por diferentes técnicas de conversa (p. 492). Diferentes técnicas, conduzem à produção de diferentes práticas e diferentes sujeitos, retomemos a título de exemplificação os três modelos apresentados por Costa (1995) das éticas da tutela, da interlocução e da ação social: uma prática conversacional tutelar é aquela que trata o sujeito como objeto, como, por exemplo, um questionário de anamnese rígido. Podemos pensar ainda na técnica atravessada pela ética da ação social, como no exemplo mencionado acima do sujeito que precisa ser avaliado no grau incapacitante de sua doença, o conjunto de técnicas de conversa escolhidos pelos avaliadores será essencial para os resultados na vida do sujeito em questão. As técnicas orientadas pela perspectiva da humanização combatem esses modos de atuação engessados e contraproducentes; na contramão

do discurso de direitos, que tem suas bases em relações contratuais, negam a homogeneização e se dirigem ao encontro daquilo que “no outro é irreduzível. Sua diferença absoluta. Sua singularidade radical” (Teixeira, 2005, p. 596). Observa-se que a PNH se estabelece enquanto proposta de singularização das relações em saúde, assim como na psicanálise, se orienta pelo desejo de diferença absoluta – ainda que se possa discutir o sentido conferido à expressão em cada uma das áreas de conhecimento².

É auspicioso para nós, psicanalistas, encontrarmos profissionais e pensadores envolvidos com as políticas governamentais de humanização em saúde, em cujas reflexões possamos encontrar ressonâncias com algumas formulações lacanianas fundamentais. Se for para alinhar algumas proposições psicanalíticas que oferecem pontos de articulação importantes com as reflexões desses pensadores de outros campos, eu mencionaria, em primeiro lugar, o reconhecimento da singularidade do sujeito (Pacheco Filho, 2015, p. 127).

² Lacan (1974/2008) define o desejo do analista como desejo de diferença absoluta (p. 267).

CAPÍTULO 4 – HOMO SACER: O SUJEITO INTERSETORIALMENTE SILENCIADO

Há pouco foi afirmado: há cidadãos, aqueles que reivindicam; e há aqueles que não tem o direito de lutar por direitos. Aprofundemos nossas reflexões sobre aqueles para que possamos nos aproximar conceitualmente destes. Cidadão: palavra que foi ressignificada na modernidade e que se entrelaça com outros dois termos, cidade e cidadania.

Começemos pela cidade, ela está implícita e atravessa muitos dos conceitos discutidos. Tanto cidadania como cidadão são derivações da cidade e nela se realizam, não faz sentido falarmos em cidadania fora desta delimitação jurídica e geográfica. A ampliação da clínica tem como fundamento estendê-la à cidade; desenvolver ações e estratégias de trabalho intersetorial, auxiliar na construção de laços no território e contribuir para a circulação do sujeito pelo espaço público são alguns dos objetivos dessa clínica. Não se pode perder de vista que, inspirada na experiência de Trieste, a Reforma Psiquiátrica brasileira tomou como norte o tratamento fora dos muros dos hospitais e como princípio a inclusão social.

Como, então, pensar no complexo conceitual da clínica da Atenção Psicossocial excluindo a ideia central de cidade? Este é o grande desafio, pois para Agamben este termo é insuficiente como ponto de partida de estudos e reflexões que busquem soluções para os problemas sociais que surgem na contemporaneidade. A proposição do filósofo é cirúrgica neste ponto, em que convoca os profissionais das ciências humanas a abandonarem a noção de cidade substituindo-a pelo conceito de *campo*, com o apoio de sua tese de que este constitui o novo paradigma biopolítico atual e não mais a cidade, essa tese:

lança uma sombra sinistra sobre os modelos através dos quais as ciências humanas, a sociologia, a urbanística, a arquitetura procuram hoje pensar e organizar o espaço público das cidades do mundo, sem ter uma clara consciência de que em seu centro (ainda que transformada e aparentemente mais humana) está ainda aquela vida nua que definia a biopolítica dos grandes estados totalitários do Novecentos (Agamben, 1995/2010, p. 176).

O autor cunhou o conceito de *campo* a partir da análise dos campos de concentração, entretanto não o tomou como um fato histórico de um passado distante, tampouco como uma anomalia datada e localizável na Alemanha nazista. A análise da estrutura jurídico-política do terceiro Reich o levou a conclusão de que o *campo* se estabelece como paradigma do espaço

político na atualidade. A base jurídica para as internações não era a do direito comum, mas sim uma lei conhecida como Custódia Protetiva, “que permitia tomar ‘sob custódia’ certos indivíduos independentemente de qualquer conduta penalmente relevante, unicamente com o fim de evitar um perigo para a segurança do Estado” (Ibid., p. 163). O fundamento jurídico que possibilitava a Custódia Protetiva era a proclamação do estado de exceção com a correspondente suspensão dos direitos fundamentais, como o direito à liberdade pessoal, à liberdade de expressão e reunião, à inviolabilidade da residência e ao sigilo telefônico e postal. Em resumo, declarado o estado de exceção o direito à liberdade pessoal era suspenso, criando as condições jurídicas para o aprisionamento arbitrário nos campos de concentração.

O caso da Alemanha nazista é emblemático porque, através de um decreto em 1933, o estado de exceção vigorou por doze anos, findando apenas com o término da Segunda Guerra, em 1945. Um estado de exceção que se estende por tanto tempo se torna absolutamente indiscernível da norma, pois garantia e suspensão de direitos coabitam o mesmo território. Agamben defende que o *campo* é o espaço social em que o regime de estado de exceção vige ininterruptamente, confundindo-se com a lei e, ancorado nesta definição, indica que a cidade se torna campo toda vez que se cria uma estrutura tal de indistinção. A lei e sua suspensão em um mesmo espaço. Isto indica que sempre que no território de uma nação – pois estamos falando de Estado-Nação – for praticada uma série de violações de direitos “autorizada” se estará em um campo e não mais em uma cidade. Prossegue em sua definição afirmando que o campo é “um pedaço de território que é colocado fora do ordenamento jurídico normal” (Ibid., p. 165). Em outros termos, é algo que, pertencendo ao território nacional, é foracluído da norma e da proteção legal, um espaço de exceção “capturado fora, incluído através de sua própria exclusão” (Ibid., p. 166).

A cidade, enquanto delimitação geográfica, é definida pelo ordenamento jurídico que estabelece, seus limites, sua política e suas leis. Ainda que possua um grau de autonomia administrativa, legislativa e orçamentária, está referida diretamente ao Estado-Nação³. Assim, a cidade se erige como um efeito do ordenamento jurídico, representante geográfico da norma. O campo, em contrapartida, é o efeito do estado de exceção – estado de indistinção entre norma e anomia. A cidade é localizável, o campo pode estar em qualquer lugar, constitui uma localização sem ordenamento. Nas palavras de Agamben “A um ordenamento sem localização

³ O conceito de cidade pode ser tomado em diversas perspectivas: sociológica, urbanística, econômica, etc. Optamos pelo recorte acima pelo fato de melhor servir aos objetivos deste trabalho.

(o estado de exceção, no qual a lei é suspensa) corresponde agora uma localização sem ordenamento (o campo, como espaço permanente de exceção)” (Ibid., p. 171).

Este espaço permanente de exceção se expande largamente, o autor cita os aeroportos (mais precisamente os departamentos que barram os refugiados e clandestinos) e as periferias de grandes cidades. Em nossa experiência na região metropolitana de São Paulo podemos acrescentar outros inúmeros exemplos de espaços em que a violação de direitos se torna prática corrente: favelas ocupadas pela força policial; periferias em que vige a chamada “lei do tráfico”; presídios; a região do bairro da Luz conhecido como crackolândia; zonas de prostituição (em que mulheres são violentadas e crianças e adolescentes são sexualmente explorados); transportes públicos como trem, ônibus e metro (em que há furtos, agressões e assédios cujos autores não são penalizados); manifestações públicas de oposição política (em que o contingente policial atua bruscamente contra os manifestantes sem motivos aparentes). São espaços virtualmente protegidos pela lei, mas em que, contraditoriamente, sabe-se de antemão que haverá transgressões nunca penalizáveis. Em alguns casos, há autorização expressa de representantes do Estado para as ações, principalmente as ações policiais, o que não caracteriza sequer uma transgressão.

Em sua análise Agamben inclui o conceito de cidadão. Em sua definição moderna, cidadão seria aquele que nasce no território de um Estado-nação e por ele é protegido. No Brasil, logo após a ocorrência de um parto há uma série de procedimentos que conduzem o recém-nascido à obtenção do título de cidadão: coleta de impressões digitais, registro de nascimento e confecção da certidão de nascimento. Com esta certidão os pais (sujeitos de dever) terão uma série de obrigações legais e o Estado, através dos Conselhos Tutelares, irá monitorar e zelar pela garantia dos direitos do bebê. O autor questiona tal definição e aponta para o fato de que os limites que estabelecem a cidadania não são puramente territoriais, não basta que se nasça em dado lugar para ser um cidadão de pleno direito na contemporaneidade. Utiliza como material de análise a inversão do processo de transformação do nascente em cidadão, que começa com a perda da cidadania e culmina na *vida nua*⁴, tal como aconteceu no Terceiro Reich, em que primeiro perdeu-se a cidadania alemã, depois passou-se do estatuto de não ariano para judeu, de judeu para deportado e de judeu deportado para *muselmann*, termo utilizado nos

⁴ Vida nua: conceito que indica o entrelaçamento e indiscernibilidade entre política e vida natural (Ibid., p.117).

campos de concentração para referir-se àqueles cuja vida foi transformada em vida nua não testemunhável (Agamben, 1998/2008, p. 156).

Agamben enfoca o estatuto do cidadão para demonstrar o seu esvaziamento na atualidade. Se a instauração do estado de exceção – não decretado – é uma possibilidade contínua, a perda da cidadania é uma ameaça constante ao homem contemporâneo, como os expatriados, imigrantes ilegais, refugiados, moradores de rua, psicóticos, toxicômanos e jovens pobres domiciliados em favelas e bairros periféricos. A estes, sempre expostos à violação dos direitos fundamentais, o filósofo conceituou como *homo sacer*. Resgatado do ordenamento romano, o *homo sacer* é aquele cuja vida está fora do escopo do direito. O que significa que pode ser exterminado sem a instauração de um processo que configuraria um homicídio, em termos jurídicos, constituindo-se assim em vida puramente matável. Uma pessoa, na Roma Antiga, caso fosse a júízo por matar um *homo sacer* poderia alegar, em sua defesa, a impossibilidade de inserção do indivíduo assassinado na ordem jurídica. É a exceção por excelência, pois está fora do direito, ao mesmo tempo que, assim como no estado de exceção, só ocorre a partir do próprio direito. Expliquemos: tratava-se de uma condição jurídica atribuível a alguém, não se nascia *homo sacer*, era determinado pelo agente do poder quem entraria nesta condição. Isto significa que a partir de uma certa ordem simbólica (o discurso jurídico) é que se funda o lugar de exceção, configurando esta exclusão interna no corpo social. O que define essa condição é “o caráter particular da dupla exclusão à qual se encontra exposto. Esta violência – a morte insancionável que qualquer um pode cometer contra ele – não é classificável nem como sacrifício e nem como homicídio” (Agamben, 1995/2010, p. 85). A tese é a de que com a proliferação dos *campos* em um regime de exceção esta noção de *homo sacer* se atualiza na contemporaneidade, caracterizando aquele que pode ter todos seus direitos subitamente violados. Assim cidadão (portador de direitos) e *homo sacer* (cidadão, cujos direitos foram suspensos) se confundem e se tornam indiscerníveis (Ibid., p. 167)

Entretanto, o *campo* não é habitado apenas pelo *homo sacer*, há também o seu correlato: o *poder soberano*. O soberano é aquele que institui o estado de exceção e decide se a lei será ou não aplicada. Não se pode dizer que está inteiramente fora do ordenamento jurídico, pois é este quem lhe reconhece o poder de proclamar ou suspender o estado de exceção; tampouco é legítimo que se diga que está completamente incluído, pois ele, ao contrário dos outros, é dotado deste poder de suspensão da lei. Assim, aquele que ocupa tal lugar se distingue por monopolizar – não o poder, mas sim – a *decisão*. A decisão, neste contexto, não se iguala

à norma jurídica, pelo contrário, é aquilo que chega aonde a norma não é capaz de chegar: à sua própria suspensão. Se há exceção é porque houve uma definição prévia de normalidade; o soberano é quem deve dizer a cada momento se o estado de normalidade se mantém. Ao detectar que houve alguma perturbação qualquer neste estado de normalidade suspende a ordem vigente e decide pela exceção. Assim, norma, exceção e soberania estão intimamente relacionados.

Em toda norma que comanda ou veta alguma coisa (por exemplo, na norma que veta o homicídio) está inscrita, como exceção pressuposta, a figura pura e insancionável do caso jurídico que, no caso normal, efetiva a sua transgressão (no exemplo, a morte de um homem não como violência natural, mas como violência soberana no estado de exceção). (Ibid., p. 27).

Se a decisão soberana institui o estado de exceção, pode-se afirmar que é ela quem apaga o traço imaginário de separação entre a exclusão e a inclusão. A partir da decisão soberana suspende-se a lei: cidadão e *homo sacer*, cidade e *campo* tornam-se indistinguíveis. É uma *decisão* que coloca um indecível, qual seja, o indecível sobre o limite entre norma e anomia, dentro e fora. Sem o traço demarcatório, violência e direito também passam a se confundir, e o soberano constitui o ponto desta indistinção (Ibid, p. 38).

Atualmente, o *poder soberano* não se concentra em uma única pessoa. Proliferam-se as funções que possibilitam que se coloque alguém na condição de *homo sacer*, fundando deste modo o estado de exceção. São muitos os atores sociais que exercem este poder de decisão: os funcionários da imigração, os juízes, os médicos, os assistentes sociais, etc. Nos *campos* atuais a polícia é quem majoritariamente assume este posto. Se sua ação se limitasse ao cumprimento da função eminentemente administrativa de execução do direito a afirmação acima seria um equívoco, entretanto não é o que ocorre, sua ação está constantemente para além da letra morta da lei.

a polícia sempre se move, por assim dizer, em um semelhante “estado de exceção”. As razões de “ordem pública” e de “segurança”, sobre as quais ela deve decidir em cada caso singular, configuram uma zona de indistinção entre violência e direito exatamente simétrica àquela da soberania (Agamben, 1996/2015, p. 98).

Para que a polícia seja alçada a este lugar é preciso que antes se reconheça um adversário e que se criminalize suas ações, para que, em seguida, se faça necessária uma “operação policial” em nome da ordem pública (Ibid., p. 100). Vê-se correntemente esta situação em manifestações em que “sujeitos de direitos” se organizam politicamente e ocupam as ruas das cidades reivindicando direitos. Primeiro criminaliza-se qualquer ato excessivo,

classificando-o de violento, para depois coibir a manifestação violentamente com uma operação policial. A criminalização indevida do cidadão – que concede à polícia o poder de suspensão da ordem jurídica e que dá vasão para que qualquer um seja carimbado como criminoso – ocorre cotidianamente nas zonas mais pobres das grandes metrópoles do mundo. Nem todos, porém, podem ser criminalizados, com destaque para os portadores de determinados transtornos mentais e as crianças, inimputáveis perante a lei. Neste ponto emergem questões acerca dos fundamentos implícitos na demanda social dirigida aos equipamentos da Atenção Psicossocial.

Miller (2011) faz apontamentos interessantes sobre a demanda social ligada aos equipamentos de saúde mental. Indica que as políticas e serviços de saúde mental são parte da ordem pública e destes serviços é solicitada uma série de decisões acerca de algumas pessoas. É cidadão aquele que responde pelos próprios atos; o profissional de saúde mental é aquele que deverá estabelecer quem é ou não capaz de responder pelo que faz – assim como o soberano, ele é um verificador de normalidade. Partindo dessas formulações, o autor conclui que “são os trabalhadores da saúde mental que decidem se alguém pode circular entre os demais nas ruas” (p. 54), bem como se a “criança-problema” pode frequentar a escola, se o paciente deve permanecer internado, em liberdade ou contido e amarrado. De fato, observa-se no cotidiano dos equipamentos de Atenção Psicossocial solicitações de diversas instituições com este caráter: a escola suspende por tempo indeterminado o aluno de conduta “transtornada”, esperando o aval do CAPS para seu retorno às aulas; o CREAS solicita relatórios de frequência para verificar se o adolescente em cumprimento de medida sócio educativa cumpriu o seu Projeto Individual de Atendimento (PIA); os órgãos do judiciário determinam a confecção de pareceres para pautar suas decisões. Neste sentido, no campo das decisões, o profissional de saúde mental é constantemente convocado para assumir o papel *soberano*: o afastamento por tempo indeterminado caracteriza uma suspensão do direito fundamental à educação; processos judiciais que decidem pela imputabilidade penal também instituem a exceção prevista em lei; ou mesmo em contenções que suspendem temporariamente o direito à livre-circulação do paciente. Miller afirma que há uma aproximação entre as ações do profissional de saúde mental, do jurista e do policial (Ibid., p. 54). Está assertiva é perigosa e não podemos concordar inteiramente, pois iguala a demanda social à resposta do profissional. A demanda social é pela instauração do regime de exceção para algumas pessoas, em nome do retorno à ordem pública, entretanto, a resposta não será necessariamente aquela que comumente dá as instituições jurídicas e policiais. Ainda que reconheçamos o quão difícil é não atuar como co-partícipe do

exercício do *poder soberano* em algumas situações, defendemos que é possível que se elabore respostas alternativas à demanda por ordem pública, esta resposta é, sobretudo, uma resposta ética.

Agamben nos fornecerá parte da base que auxiliará na sustentação teórica de alternativas possíveis de resposta. Prossigamos: em *O que resta de Auschwitz* (1998/2008) o filósofo expõe minuciosa descrição de uma emblemática figura dos campos de concentração: o *muselmann*, esta foi a alcunha que receberam os judeus aprisionados que desenvolveram uma certa postura de apatia frente aos horrores vividos. Eram descritos como aqueles que haviam perdido qualquer esperança após um período nos campos, não apresentando resistência e não esboçando reações afetivas a tudo que ocorria. Viviam em isolamento, sem se comunicar com os outros, e eram vistos como mortos-vivos incapazes de distinguir o mal e o bem. Agamben alça esta categoria ao estatuto conceitual para definir aquele que, em nosso tempo, perdeu absolutamente todos os direitos políticos e capacidade de resistência, transformando-se, assim, em vida puramente matável – aquela morte sem homicídio.

Os campos, assim como fábricas, produziam, produziam cadáveres, mas não só, produziam também *muselmann*. Agamben, interpreta o fenômeno de produção de *muselmann* não apenas como um resultado contingencial de uma política de extermínio, mas sim como um experimento da biopolítica nazista em que a moral e a humanidade foram postas em questão. Representa uma figura limite que nos impele a repensar certas conceitos bem estabelecidos, pois em sua experiência “perdem sentido não só as categorias como dignidade e respeito, mas até mesmo a própria ideia de um limite ético” (p. 70). Ora, se não há respeito de si e dignidade na experiência do *muselmann*; se há “uma região do humano em que tais conceitos não tem sentido, não se trata de conceitos éticos genuínos, porque nenhuma ética pode ter a pretensão de excluir do seu âmbito uma parte do humano, por mais desagradável, por mais difícil que seja de ser contemplada” (Ibid., p. 71). Ao se colocar em questão estas categorias é a própria ética que precisa ser repensada, pois assiste-se a implosão de importantes pilares sobre os quais historicamente se sustentou.

A dignidade é, a rigor, algo autônomo em relação à existência de seu portador, um modelo interior ou uma imagem externa a que ele se deve adequar e que deve ser conservada a qualquer preço (...). Auschwitz marca o fim de qualquer ética da dignidade e da adequação a uma norma. A vida nua, a que o homem foi reduzido, não exige nem se adapta a nada (Ibid., p.75-76).

O *muselmann* é aquele que já não reivindica dignidade, que perdeu até mesmo a possibilidade de responder verbalmente às forças políticas que o submetem. Não pode falar de sua experiência, se tornando desta forma a *substância biopolítica absoluta*, ponto para além do qual só se encontra a morte biológica. É importante salientar que a biopolítica em Agamben é marcada pela concessão ao *soberano* do poder de *fazer sobreviver*⁵. Neste sentido, a substância biopolítica é aquilo que através de uma série de ações políticas se aproxima da pura sobrevivência. Sobrevivência muda.

Entendemos, com Agamben, que uma ética norteada pelas noções de dignidade e respeito tem como plano de fundo uma imagem do homem ideal, idêntica àquela oculta no discurso dos direitos. Esta imagem do humano ideal, como já foi colocado no capítulo anterior, é intangível para a maioria das pessoas, contudo, ela é buscada por muitos. O *muselmann* é aquele que sequer busca modelos ideais para orientar sua conduta, é a mais radical experiência de alienação. A ética da adequação não nos parece apropriada para a sustentação das intervenções clínicas em saúde mental porque o que faz sofrer é exatamente a profunda inadequação às normas e demandas sociais (Freud, 1930).

Para o filósofo, no campo de concentração chegou-se a um ponto em que a ética baseada no Bem Supremo, tal qual a aristotélica, mostrou-se insuficiente para dar conta da experiência do sujeito, este ponto é o ponto de fusão entre o bem e o mal, assim como entre todos os elementos da ética tradicional, como dignidade, responsabilidade, culpa e etc. A esta fusão deu-se o nome de zona cinzenta, que convoca para a elaboração de novos elementos que deem conta de substituir aqueles que compunham a ética clássica e foram anulados na indiscernibilidade. (Agamben, 1998/2008, p. 30).

A noção de uma zona de indistinção é central no projeto de Agamben, pois a maioria de sua criação conceitual se estabelece a partir dela. O *campo*, por exemplo, configura uma zona em que se torna impossível distinguir entre a exclusão e a inclusão; norma e anomia; estar fora e pertencer (Agamben, 2003/2004, p. 57 e 107). Nesta zona cinzenta confundem-se também o *muselmann* – aquele a quem tornou-se impossível dizer de sua experiência – e o *testemunha* – aquele que fundou sua fala na impossibilidade de dizer do muçulmano. “O testemunho do sobrevivente é verdadeiro e tem razão de ser unicamente se vier a integrar o de

⁵ Biopolítica: a fórmula clássica da definição de Foucault é a de “fazer viver e deixar morrer”, Agamben propõe que após a experiência dos campos a fórmula seria a de “fazer sobreviver” (Castro, 2012, p.99).

quem não pode dar testemunho (...) o sobrevivente e o muçulmano são inseparáveis” (Agamben, 1998/2008, p. 151). O *testemunho* expressa a integração entre a possibilidade e a impossibilidade de falar, entre o ser que fala e o ser que sobrevive. “O sujeito do testemunho é constitutivamente cindido (...) por isso o testemunha, o sujeito ético, é o sujeito que dá testemunho de uma dessubjetivação” (Agamben, 1998/2008, p. 151). O *testemunho* é o resto da operação que ocorre nos campos: de transformação de cidadãos em *testemunhas* – este resto não visa restituir a dignidade ou o respeito àqueles que não puderam falar, mas busca marcar com a palavra uma experiência absolutamente real dos campos. Trata-se da tentativa de uma construção no campo da ética a partir da palavra, mas não a palavra de ordem – palavra normativa que se baseia em uma ideia caduca de dignidade – e sim a palavra restante, aquela que possa barrar o projeto biopolítico moderno. “A ambição suprema do biopoder consiste em produzir em um corpo humano a separação absoluta entre o ser vivo e o ser que fala” (Agamben, 1998/2008, pág. 156). O autor alerta aos que reivindicam a indizibilidade de Auschwitz:

Fizeram de Auschwitz uma realidade absolutamente separada da linguagem, se cancelarem no muçulmano, a relação entre a impossibilidade e possibilidade de dizer que constitui o testemunho, então eles estarão repetindo inconscientemente o gesto dos nazistas (Ibid., p. 157).

O que resta de Auschwitz são os testemunhos e o que resta aos campos modernos, substitutos da cidade, é a possibilidade de testemunhar. A biopolítica contemporânea reserva aos profissionais da saúde e de toda a rede intersetorial o lugar *soberano* de decisão sobre a instauração do estado de exceção, que junto com a lei suspende a possibilidade de se falar da própria experiência. Testemunhar é oferecer uma resposta alternativa à demanda social e fundar uma posição de resistência à máquina biopolítica. O *testemunha*, deste modo, tem a função de restituir a palavra àquele a quem foi vedado dizer, substância biopolítica, vida nua. Esta vida nua – que é a vida excluída e silenciada de usuários de crack, álcool e outras drogas, mulheres e crianças vítimas de violência doméstica e adolescentes operários do tráfico – é, também, aquela que se faz presente nos serviços de saúde e de assistência social da rede pública. A vida nua que é testemunhada por familiares, cônjuges, agentes comunitários de saúde, profissionais de CAPS, UBS, CREAS, escolas e outros serviços nas reuniões de rede. O sujeito ético do testemunho implica uma palavra ética e como já antecipara Agamben:

quando um nexos ético – e não simplesmente cognitivo – que une as palavras, as coisas e as ações humanas [e quando ele] se rompe, assiste-se a uma proliferação espetacular, sem precedentes, de palavras vãs de um lado, e, de outro, de dispositivos legislativos que procuram obstinadamente legiferar

sobre todos os aspectos daquela vida sobre a qual já não parecem ter nenhuma possibilidade de conquista (Agamben, 2008/2011, p. 81).

Testemunhar não deve se confundir com essa proliferação de palavras vazias, quem testemunha, testemunha uma impossibilidade de falar, um silenciamento. Esta noção, a de testemunho⁶, revela um ponto de intersecção relevante entre o campo psicanalítico e o agambeniano: a primazia dada à palavra no campo da ética. De um lado a palavra que deve ser dada ao sujeito no atendimento clínico de acordo com a ética do desejo, sujeito dividido que emerge e escapa entre um significante e outro. Do outro lado a palavra acerca do sujeito intersetorial, que é imaginariamente representado por outros nas reuniões que o exclui: a palavra dos testemunhas. O testemunho pode restituir – não a dignidade perdida – mas sim a possibilidade de fala aos dependentes químicos que são compulsoriamente internados através de programas de combate ao crack; às crianças abrigadas nos serviços de acolhimento e que muitas vezes tem de esperar meses para serem ouvidas nas audiências concentradas; ao psicótico e a seus delírios; e aos pequenos “deficitários” da atenção e da hiperatividade precocemente medicados. Está em jogo um posicionamento ético em que se restitua a palavra antes das internações, intervenções medicamentosas precoces e abertura de boletins de ocorrência. O testemunho é aquilo, que quando inviabilizado o dizer do sujeito, transmite essa impossibilidade e sustenta a suspensão da decisão soberana. Está em jogo um posicionamento ético em que se restitua a palavra antes das internações, intervenções medicamentosas precoces e abertura de boletins de ocorrência. O testemunho pode servir como articulador conceitual para fundamentar uma posição ética de esforço para evitar que decisões exteriores precedam e tamponem a palavra e o desejo do sujeito no âmbito intersetorial.

Retomemos, por ora, o que foi percorrido até o momento. A clínica ampliada foi dividida metodologicamente em clínica psicossocial e clínica intersetorial. Argumentamos que o conceito de sujeito de direitos não interessa como operador da clínica ampliada. Indicamos que há cidadãos potenciais e os que não tem sequer direito de requerer cidadania. Não são raros os pacientes de saúde mental que se enquadram no segundo caso e, conforme a definição de Agamben, todos os potenciais cidadãos estão sujeitos a se tornarem *homo sacer* – temos bons motivos para acreditar que os “perturbadores da ordem”, incluindo nossos pacientes, estão

⁶ Lacan (1955-156/1988) aponta algumas considerações acerca das noções de testemunho e testemunha para designar a posição do psicótico em relação à linguagem e para indicar aos analistas de que lugar devem escutar a fala delirante (p. 43-46). Optamos pela manutenção, neste momento, da definição de Agamben pelo fato de estar articulada ao campo conceitual apresentado e nos auxiliar na resposta à questão da soberania.

frequentemente expostos a tal possibilidade. Neste caso, devido ao fato de o ordenamento jurídico esbarrar no limite da inimizabilidade, os profissionais de saúde são convocados a assumir o *poder soberano*. Tomar este sujeito prioritariamente como um sujeito de direitos na esfera intersetorial conduz ao risco de se reforçar a posição de exclusão deste sujeito, que foi segregado pelo discurso dos direitos que busca universalizar e suprimir as singularidades – tolerando no máximo a inclusão de particularidades na definição de universal, aceitação, entretanto, temporária. Nossa proposta, ainda no âmbito intersetorial, é a de que um modo de escapar deste lugar é assumindo a posição ética de *testemunha*. O *testemunha* não é aquele que reivindica pelo sujeito, tampouco cria estratégias a partir dos próprios ideais para a organização de vida do mesmo; ao contrário, é aquele que testemunha o furo do discurso dos direitos e da cidadania, ou seja, que alguém foi impedido de falar. Uma vez que este sujeito possa falar, seja reivindicando, demandando ou trazendo sua queixa, o profissional psicanaliticamente orientado assistirá ao surgimento do lócus privilegiado de suas intervenções: a fala.

CAPÍTULO 5 – A FUNÇÃO DA FALA E O PRINCÍPIO DO SEU PODER NO CAMPO INTERSETORIAL

A psicanálise passou por uma verdadeira revolução interna desde seus primórdios: a técnica da sugestão, a hipnose e a teoria do trauma foram abandonadas; o método da associação livre, a técnica da atenção flutuante e a teoria do complexo de Édipo foram, em contrapartida, desenvolvidos. A primeira tópica, que incluía a noção de pré-consciente, foi transformada pela segunda tópica com os conceitos de eu, isso e supereu. A teoria das pulsões – de inspiração darwiniana – foi articulada à noção de pulsão de morte. Em todas as mudanças de teoria, técnica e método algo subsistiu: o fundamento psicanalítico de uma cura pela fala, inspirado no caso de Ana O.

Desde os primeiros casos de histeria atendidos por Freud observou-se que quando o paciente se punha a falar ocorria o progressivo desaparecimento do sintoma. O método inicial foi o da sugestão hipnótica, em que o analista conduzia a fala dos pacientes com suas perguntas e orientações – as perguntas como uma forma de encontrar a causa dos sintomas, e as orientações como uma busca pela cura. Posteriormente, com o desenvolvimento do método catártico, houve uma transformação na concepção da etiologia das neuroses, passou a se atribuir aos sintomas uma causa traumática, de algum acontecimento ocorrido na infância dos pacientes. Assim, a técnica visava à rememoração do acontecimento, à elaboração do trauma e à descarga afetiva represada. Com o tempo constatou-se que os sintomas reapareciam tão logo o paciente não se encontrasse mais sob influência do analista, além do insucesso do método com pacientes resistentes à sugestão. Tais constatações levaram Freud à descoberta de que a suspensão dos sintomas pela via da sugestão era temporária devido ao fato de que a terapêutica adotada deixava intacto o conflito, verdadeira fonte dos sintomas. Assim, a um só tempo teoria e método foram abandonados e foi proposto o dispositivo da associação livre, em que o sujeito era convidado a, sem reservas ou julgamentos, falar tudo o que lhe passasse pela cabeça. A fala foi esvaziada de sua função indicativa do trauma e o analista se deslocou da posição de condutor da fala:

é indiferente o assunto com que se inicia o tratamento, seja a história da vida do paciente, a história de sua doença ou as recordações da infância. Mas de toda a maneira deve-se permitir que o paciente fale, deixando à sua escolha o ponto de partida. (Freud, 1913/2010, p. 180).

O ponto de partida em psicanálise não é o que se diz, e sim que se diga. Esta virada foi essencial para o destino da psicanálise, pois retirou do núcleo de sua experiência o conteúdo

dos ditos para dar lugar ao dizer. A psicanálise deixou de ser uma cura (temporária) pelo poder de influência do analista para desenvolver um método de cura pela fala, fala do sujeito, sujeito da fala. Um dos motivos para a emergência do sujeito da fala ocorrer é porque o analista deixa de privilegiar alguns pontos da narrativa do paciente, como eventos traumáticos, e passa a valorizar toda e qualquer fala de maneira equânime, incluindo os ditos espirituosos, os atos falhos e relatos de sonhos. A técnica desenvolvida por Freud foi a da atenção flutuante, em que o analista se compromete em empregar igual atenção a cada elemento por ele escutado, sem focar em pontos específicos no que tange aos conteúdos.

Pois, ao intensificar deliberadamente a atenção, começamos também a selecionar em meio ao material que se apresenta; fixamos com particular agudeza um ponto, eliminando assim outro, e nessa escolha seguimos nossas expectativas ou inclinações. Justamente isso não podemos fazer; seguindo nossas expectativas, corremos o perigo de nunca achar senão o que já sabemos, com certeza falsearemos o que é possível perceber. Não devemos esquecer que em geral escutamos coisas cujo significado será conhecido apenas posteriormente. (Freud, 1912/2010, p. 149).

O sujeito da fala não está no significado de uma palavra, de uma frase ou de um ponto da narrativa; encontra-se precisamente no intervalo entre dois pontos, ou, para que sejamos mais precisos, a cada intervalo entre dois pontos quaisquer de uma fala. Lacan, em sua definição célebre, o localizou entre dois significantes. Trocando em miúdos, para que haja sujeito do inconsciente é preciso que se fale, mas não só, é preciso também que aquele que escuta o faça de um determinado lugar.

Lançamos mão, no capítulo anterior, de um operador conceitual que nos parece articulável com a discussão atual, que foi o de soberania. Certas correntes da clínica psiquiátrica sustentaram-se durante décadas neste lugar soberano para a condução do tratamento. Vimos que esta especialidade médica se consolidou enquanto tal a partir do momento em que isolou na fala e no comportamento dos pacientes alguns conteúdos que foram classificados como delírio, alucinação, logorreia, descarrilamento do pensamento, etc., em suma, sintomas. A classificação de sintomas foi seguida pela classificação nosológica e por uma resposta social: a internação e a destituição de direitos. Neste contexto, falar – de vozes que ninguém mais escutava ou de vultos que ninguém mais via – configurava um risco de ser compulsoriamente submetido ao poder quase ilimitado de um médico. A proposta de Freud foi absolutamente subversiva em relação ao que estava instituído, pois retirava o paciente da condição de objeto, possibilitando o surgimento do sujeito do inconsciente. Além disso, o tratamento oferecido era

em regime aberto; não havia a necessidade de isolar o paciente para investiga-lo. Por fim, destituía o analista do lugar de soberania.

Vale ainda salientar que algumas condições históricas foram necessárias para possibilitar os avanços freudianos. No fim do século XIX a histeria, ao contrário das psicoses, ainda não havia sido classificada como uma doença psiquiátrica, constituía-se como objeto de um franco processo de explorações e pesquisas científicas. Deste modo, os sintomas histéricos não foram, naquele período, capturados pelo saber e soberania psiquiátricos. Foucault, em *O Poder Psiquiátrico*, descreve como a histeria constituía um problema para a psiquiatria no século XIX:

Em linhas gerais, a psiquiatria dizia: com você que é louco, não vou levantar o problema da verdade, porque eu próprio detenho a verdade pelo meu saber, a partir das minhas categorias; e se detenho um poder em relação a você, louco, é porque detenho essa verdade. Nesse momento, a loucura respondia: se você pretende deter de uma vez por todas a verdade em função de um saber que já está todo constituído, pois bem, vou instalar em mim mesma a mentira. E, por conseguinte, quando você manipular meus sintomas, quando você lidar com o que chama de doença, vai cair numa cilada, porque haverá bem no meio dos meus sintomas esse pequeno núcleo de noite, de mentira, pelo qual eu te colocarei a questão da verdade (Foucault, 1973-1974/2006).

Freud deu um tratamento diferente. Primeiramente com o método sugestivo, que conduzia à inevitável atualização da posição soberana na clínica, posto que o analista propunha o tema da narrativa do paciente e ordenava-lhe a não mais repetir certos comportamentos sintomáticos. Posteriormente, ao instituir a fala associativa do paciente como principal norteadora, Freud possibilitou que o analista pudesse escutar de um modo então inédito, atribuindo ao sujeito falante a posse de um saber.

É certo que nos primeiros tempos da técnica psicanalítica, numa postura intelectualista, demos bastante valor ao fato de o doente saber o que tinha esquecido, mal distinguindo entre o nosso saber e o dele (Freud, 1913/2010, p. 189).

De que saber se trata? Do saber inconsciente. Tal formulação conduz a um ponto que nos parece intransponível a qualquer investida soberana, que é a afirmação da existência de um saber cuja essência o torna inalienável a outro sujeito. Este saber não é aquele das intenções conscientes presentes na narrativa, mas sim aquele que se revela em suas lacunas, em seus tropeços e equívocos, aquilo que foi dito “sem querer”. Nestas falhas da fala consciente que emerge o saber inconsciente e se revelam os índices de que há sujeito. O sujeito, portador de um saber, não é aquele que é designado no texto do enunciado, aquele “eu” através do qual o

falante se representa, mas sim o que se presentifica na enunciação subjacente a todo enunciado. O saber inconsciente, assim, se constitui não como aquilo que foi ignorado, mas sim como produto de um recalque: “o inconsciente não é perder a memória; é não se lembrar do que se sabe” (Lacan, 1967/2003, p. 334).

O analista supõe um sujeito e um saber inconsciente. O paciente, por outro lado, supõe no analista o saber sobre seu sintoma e a chave para a solução de seu sofrimento. Por este motivo que o método da sugestão funcionava e, pelo mesmo motivo, seus efeitos tinham a duração limitada ao período em que o paciente se mantinha sob influência soberana do médico. Freud observou que esta relação – à qual denominou transferência – exercia importância crucial no tratamento analítico. A fala é uma fala dirigida e, enquanto tal, exige resposta do interlocutor: “não há fala sem resposta, mesmo que depare apenas com o silêncio, desde que ela tenha um ouvinte, e que é esse o cerne de sua função na análise” (Lacan, 1953/1998, p. 249). Ou seja, que se abdique do poder soberano sobre o paciente não conduz à demissão da função de se responder à demanda. Adiemos, entretanto, a discussão sobre a resposta do analista e nos detenhamos, por hora, na questão do poder.

Se o paciente supõe no analista um saber e um poder de cura não podemos dizer que há o total apagamento deste aspecto na relação transferencial; o que houve foi um afastamento dos modos soberanos de apropriação do poder – soberania aqui entendida como dominação e direito de decisão sobre a vida do outro (Agamben, 1995/). Freud realiza uma profunda investigação sobre as formas de manejo de poder na clínica, fazendo diversos experimentos e chegando a alguns resultados e conclusões. Já em 1899 colocava questão a este respeito:

Um médico – mesmo que não pratique a hipnose – nunca se sente mais satisfeito do que depois de haver recalcado um sintoma da atenção se um paciente mediante o poder de sua personalidade e influência de suas palavras – e de sua autoridade. Por que não deveria então o médico procurar exercer sistematicamente a influência que sempre lhe parece tão desejável quando nela tropeça inadvertidamente? (Freud, 1899/1996, p. 132).

Este tropeço inadvertido, nos parece, é a própria impossibilidade de que se esquive dos sentimentos e expectativas que o paciente direciona àquele em que supõe um poder de cura. Desde o início Freud assumiu esta dimensão e atuou a partir dela:

chegamos à conclusão que neste primeiro desenvolvimento realizado por Freud, o poder de cura é associado ao poder de sugestão do médico e esse poder depende, por conseguinte, da autoridade que ele possui para o paciente. Nesse sentido o poder médico é similar ao poder soberano e o poder de cura é o poder de subjugação dos sintomas por meio da soberania. Essa foi, portanto,

a primeira posição de Freud em relação ao uso do poder com finalidade de cura (Checcia, 2015, p. 83).

Entretanto, com o avanço de sua pesquisa Freud assumiu que o objetivo da psicanálise não é o de reprimir um sintoma, atuando, assim, a partir dos próprios objetivos sobre o analisando. Indicando, inclusive, que a resistência além de se constituir como um resultado do jogo de forças das energias psíquicas é também um direito. Em suas palavras “o homem certamente tinha direito a contra-sugestões, se estavam tentando dominá-lo com sugestões” (Freud, 1921/1996, p. 100). Freud indica que no sujeito falante há algo que se contrapõe ao poder de que é objeto, o que expõe um complexo jogo de poder que ocorre em cima divã. O analista não deve recuar diante deste cenário:

Tamanho é o pavor que se apodera do homem ao descobrir a imagem de seu poder que ele dela se desvia na ação mesma que lhe é própria, quando essa ação a mostra nua. É o caso da psicanálise (Lacan, 1953/1998, p. 243).

Lacan tem uma posição crítica sobre os psicanalistas que, ao desconsiderarem este elemento de poder, fizeram da psicanálise uma técnica adaptacionista:

De qualquer modo, evidencia-se de maneira incontestável que a concepção da psicanálise pendeu ali para a adaptação do indivíduo ao meio social, para a busca dos *patterns* de conduta e para toda a objetivação implicada na noção de *human relations* (Ibid., p. 246-247).

De fato, há psicoterapeutas, que afirmam ter orientação psicanalítica, embora suas práticas objetivem o silenciamento dos sintomas e visem responder às demandas sociais. Entretanto o que Freud criou foi uma forma de tratamento que operou uma verdadeira reconfiguração nas relações de poder em análise. A resposta às demandas sociais é precisamente aquilo que as instituições asilares sempre fizeram, reinando soberanamente sobre o sujeito em sofrimento. Desde o abandono das técnicas sugestivas, a supressão dos sintomas não é mais o objetivo último da psicanálise, mas um efeito possível da intervenção. Intervenção, sempre atravessada pelo manejo transferencial, que visa à criação de possibilidades do sujeito reposicionar-se ante os conflitos. O exercício de poder do analista, insistamos, não visa o domínio do corpo do paciente e sim o manejo transferencial da relação.

A experiência analítica evidencia que saber e poder não se encontram em conjunção. Além do que, tal experiência denuncia que não há equivalência entre saber e poder. Lacan (1968-1969/2008) indica que todos os impérios se sustentam nessa falsa equivalência e o que os legitima é a fantasia de que são justos, ou seja, que o soberano que sabe é capaz de aplicar seu poder baseado exclusivamente em seu saber de modo a alcançar os objetivos satisfatórios

no governo de uma determinada sociedade. Quando a justiça é colocada em questão, a legitimidade se esfacela e a ruptura do eixo imaginário que liga o saber ao poder vem à cena. Do mesmo modo, naquilo que chama de império moderno se faz presente a construção de discursos que visam sustentar o engodo da pretensa conjunção, este império se atualiza de várias formas, uma delas é através do discurso científico (p. 290). Este discurso atravessa muitas práticas no campo das instituições públicas assistenciais. Na saúde mental, o psiquiatra, após a Reforma, passou a dividir parte do poder a ele conferido com outros tantos especialistas (psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros). Neste sentido, não há uma diferença estrutural entre os dois modelos de atenção – o centrado no saber psiquiátrico e o centrado no saber dos especialistas –, pois saber e poder continuam irmanados. Há, sem dúvida, avanços, pois a diluição do poder entre vários possibilita que se veja com mais clareza e constância a disjunção existente, visto que há discordâncias, tensões, discussões. Ou seja, a própria multiplicação de saberes no campo contribui para a dissolução do império do saber, pois o embate entre disciplinas provoca questionamentos e – como afirmamos acima – tal império não comporta questionamentos. Para a consolidação da Reforma Psiquiátrica é necessário que a distribuição do poder ocorra em cada um dos equipamentos, impedindo que o saber psiquiátrico ocupe o posto de saber hegemônico. Para que avance, entretanto, nos parece que é preciso algo a mais: que se crie condições não apenas de visualização da ruptura, mas também de sua produção. Esta produção se faz em um único ponto – e já adiantamos que este ponto não está do lado dos profissionais. Este ponto é o paciente, aquele que fala. Como apontamos acima, ao direcionar sua fala o sujeito em sofrimento supõe saber.

trata-se de denominar essa disjunção de definir em que ela opera, e de não pensar que a evitaremos com sabe-se lá que maneira episódica de virar a casaca do poder – dizendo, por exemplo, que tudo se ajeitará, porque aqueles que até aqui eram oprimidos pelo poder agora o exercerão. Não se trata, é claro, de que eu afaste pessoalmente, de algum modo, o prazo possível, mas me parece certo que também ele só teria sentido ao se inscrever no que acabo de chamar de virada essencial, a única que se prestou para mudar o sentido de tudo que se ordenou como império presumido, mesmo que fosse o do próprio saber, ou seja a disjunção entre saber e poder (Ibid., p. 288).

O império presumido; o saber suposto! A virada essencial é a descoberta freudiana que dá outros rumos ao poder conferido ao analista, que passa a maneja-lo transferencialmente. O que há de radical diferença nessa posição é que o analista não supõe saber; ele supõe um sujeito. O faz convicto de que ele próprio não sabe. Deste modo, a psicanálise que nos interessa para uma interlocução possível com o campo da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica é aquela de

Freud e Lacan, que tem em seu centro o sujeito do inconsciente. Comentamos que há uma demanda social por ordem pública que se dirige aos equipamentos de saúde mental, bem como uma série de pedidos que não partem do sujeito em questão, não é a esta que a psicanálise responde e sim à demanda do falante, “toda fala pede uma resposta” (Lacan, 1953/1998, p. 248). Responder, entretanto, não é satisfazê-la, tampouco é ofertar interpretações aos enunciados da demanda.

Para Freud (1912/2010) “o médico deve ser opaco para o analisando, e, tal como um espelho, não mostrar senão o que lhe é mostrado” (p. 159). Entendamos que não se trata de imagens a serem espelhadas ao analisando, mas sim de palavras: encadeamentos significantes, homofonias, atos falhos, equivocações, etc. Essas palavras podem ser também – com o fito de devolver ao sujeito o sentido de sua fala – pontuadas ou escandidas:

Assim, é uma pontuação oportuna que dá sentido ao discurso do sujeito. É por isso que a suspensão da sessão, que a técnica atual transforma numa pausa puramente cronométrica e, como tal, indiferente a trama do discurso, desempenha aí o papel de uma escansão que tem todo o valor de uma intervenção, precipitando os momentos conclusivos. E isso indica libertar esse termo de seu contexto rotineiro, para submetê-lo a todos os fins úteis da técnica (Lacan, 1953/1998, p. 253).

O corte da sessão, assim entendido, assume a forma de uma pontuação no discurso que é regido por um tempo lógico não cronometrável. Em outros termos, a técnica não deve ser semeada fora do campo da linguagem, pois a demanda que funda a análise se dá nesse campo e nele as respostas devem ser encontradas. Do contrário o analista corre o risco de desviar-se por caminhos inférteis estranhos aos princípios psicanalíticos.

Assim, ele passa a analisar o comportamento do sujeito para ali encontrar o que ele não diz. Mas, para obter a confissão, é preciso que fale disso. Então, ele recupera a palavra, mas tornada suspeita por só haver respondido a derrota de seu silêncio, ante o eco percebido de seu próprio nada (Ibid., p. 249).

Lacan convoca os analistas a se manterem no percurso iniciado por Freud de uma cura pela fala. A fala não deve ser tomada com um meio de validação de uma interpretação prévia do analista acerca das vestimentas, comportamentos ou quaisquer outros elementos estranhos à fala; uma confissão daquilo que o analista já sabe. Tal postura (impostura) muitas vezes se configura como um modo de reação ao vazio, vazio presente no apelo que o analisando traz em sua demanda. O vazio não deve ser prontamente preenchido com as análises, observações e interpretações do analista, pois “uma resposta à fala vazia, mesmo e sobretudo aprovatória, frequentemente mostra por seus efeitos que é bem mais frustrante do que o silêncio” (Ibid., p.

250). A frustração, a entendemos como inerente ao discurso do sujeito, pois entre o texto enunciado e o ato de enunciação, entre o significado e o significante e entre a demanda e o desejo há uma lacuna não preenchível. Se a frustração é parte inalienável do discurso, não há resposta que se encaixe tal qual uma chave em uma fechadura – ou ao menos se há uma chave do discurso, certamente ela não está nas mãos do analista e “é por isso que não há resposta adequada para esse discurso, pois o sujeito tomará por desprezo qualquer fala que se comprometa com seu equívoco” (Ibid., p. 251). O equívoco, lembremos, é a própria manifestação de que há sujeito, sujeito que insistentemente renova seu velamento através de uma dinâmica de resistência. Deste modo a resposta deve ser solidária às possibilidades de apropriação do sujeito daquilo que ele sabe sem saber.

Estas precauções são bastante válidas para pensarmos o campo da Atenção Psicossocial a partir do campo da linguagem. Se por um lado há estratégias de atenção que calam o sujeito, como é o caso de alguns métodos comportamentais ou de algumas ações intersetoriais que não se coadunam aos objetivos da Reforma Psiquiátrica, por outro há uma certa difusão da ideia de que o sujeito deve ser escutado. Ainda que entendamos que essa direção seja essencial para a consolidação da clínica ampliada, é preciso que haja parcimônia na operacionalização da proposta. Uma noção de escuta generalizada que não considere a posição daquele que escuta é um risco tanto para a realização das ações como para o profissional. Lacan aponta para a angústia em lidar com o vazio da demanda naquele que escuta, que, movido pela angústia, busca preenche-lo com análises que extrapolam o campo da linguagem. A angústia nasce da impossibilidade de satisfazer a demanda do paciente. Daí a necessidade de que se possa responder a partir de uma posição que não seja aquela do fornecimento de resposta à literalidade das demandas.

Colocamos anteriormente que, de uma certa perspectiva, a incidência do discurso dos direitos na Atenção Psicossocial pode gerar como produto esse direcionamento de ações de respostas imediatas às demandas. Salientamos, também, que sua gramática é a das reivindicações, daí o sujeito ser interpelado a partir do imperativo “reivindica”. Entendemos a reivindicação como uma dimensão da demanda: quando se demanda, demanda-se objetos, à classe de objetos legalmente requeríveis nós os chamaremos de objetos de reivindicação. Toda reivindicação é demanda, mas nem toda demanda é reivindicação, posto que pode se demandar a cura, a manutenção do sintoma, o afeto e outros tantos objetos nomeáveis, mas que escapam ao campo dos direitos. Tal distinção traz a vantagem de identificar o que há de discurso dos

direitos na fala do sujeito, e, concomitantemente, manter na reivindicação o estatuto conceitual da demanda. Se toda reivindicação é demanda, aquela comporta algo de impreenchível, do vazio de um apelo que não tem uma resposta que lhe seja adequada.

Apresentemos, a título de ilustração, a vinheta de um caso ocorrido em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Infanto-juvenil da Grande São Paulo, em que o discurso do sujeito foi tomado como reivindicação e prontamente respondido. Madalena (nome fictício), mãe de uma paciente de oito anos, dizia sempre que todos os seus problemas eram causados pelo comportamento da filha. Viviam em uma situação paupérrima em que a base de sustento da casa era o bolsa-família. Raissa (nome fictício) começou a envolver-se em brigas na escola – agredia e era agredida pelos garotos de sua sala – e foi encaminhada para atendimento psicológico na Unidade Básica de Saúde (UBS). Na mesma época sua família foi despejada da casa que morava, devido às reclamações de vizinhos que se incomodavam com seus gritos e cantorias, além do choro do irmão que era constantemente agredido por ela. O tratamento na UBS foi interrompido após uma atuação histórica em que a garota se despiu na frente de sua psicoterapeuta, que a encaminhou para o CAPS, entendendo que naquele momento a UBS não daria conta das demandas que eram apresentadas por essa família. Foi acolhida no CAPS e logo observou-se que Madalena queixava-se de sua situação em todas as oportunidades que tinha de falar com os profissionais da equipe: alegava que não tinha dinheiro porque não podia trabalhar para cuidar dos seus dois filhos; dizia que Raissa, precisava de uma atenção especial e que seu filho mais novo, de dois anos, ficava em casa porque não encontrara vaga em creches vizinhas. As reivindicações eram claras nos enunciados de seus ditos e as respostas correspondentes eram, aparentemente, evidentes. O assistente social do CAPS, um dos técnicos que realizou a escuta dos pedidos, conseguiu junto à Secretaria da Educação vaga em creche para o garoto, garantindo-lhe um direito constitucionalmente previsto, e ajudou a mãe a arrumar uma ocupação laboral remunerada, inscrevendo-a no Programa Frente de Trabalho⁷. À garota foi oferecido um espaço de escuta analítica: em curto espaço de tempo cessaram os sintomas que ela apresentava em sua chegada, iniciou a construção de alguns laços sociais na escola, o que não conseguira anteriormente, e conseguiu conviver de modo mais harmônico com os novos vizinhos. À Madalena este espaço não foi oferecido; optou-se em responder àquilo que

⁷ O Programa Emergencial de Auxílio-Desemprego, que foi criado em 08/06/1999 e também é conhecido como Frente de Trabalho, proporciona qualificação profissional e renda para cidadãos que estão desempregados e em situação de alta vulnerabilidade social. Isso é feito por meio de atividades como limpeza, conservação e manutenção de órgãos públicos estaduais e municipais.

demandava: em poucas semanas foi demitida, após recorrentes faltas no trabalho, e deixou de levar o filho à creche, perdendo a vaga. Trabalhou-se no sentido de garantia de direitos, mas não houve a escuta do que se enunciava para além da reivindicação.

É importante ressaltar que a ação do assistente social não foi equivocada, foi absolutamente correta de uma determinada perspectiva técnica. Foram ações eminentemente intersetoriais, em que foi necessária a articulação com profissionais da rede de educação e de assistência social. O auxílio ao usuário na garantia de direitos, no exercício da cidadania e na busca de medidas protetivas são funções diante das quais os CAPS não devem retroceder. Na vinheta acima, entretanto, apesar da ação implicada, houve o fracasso, pois tanto o garoto ficou sem escola, como Madalena continuou fora do mercado de trabalho. O sujeito do inconsciente, em ato, mostrou sua impossibilidade de ocupar o lugar abstrato que a norma jurídica reservou ao sujeito de direitos. Posteriormente, com o passar dos meses, a equipe passou a “escutar” a fala da mãe de um outro modo: como um conjunto de pedidos que visavam denunciar que a filha era a grande causa de seus problemas e, ao mesmo tempo, criar condições para a manutenção da garota neste lugar. Foi observado, também, que Madalena sofria de uma depressão crônica⁸ que a paralisava em muitos momentos. Uma atuação que não considere as claudicações do sujeito e a dimensão de frustração contida no apelo da demanda poderá conduzir a repetidos fracassos. Portanto, a escuta deve preceder as ações resolutivas para que o sujeito possa, ao menos, ser situado na própria demanda.

A demanda tem sempre um ou vários objetos enunciáveis. O sujeito, porém, procura cingir suas demandas através dos objetos, articulando-as no *Outro*, lugar ao qual supõe poder satisfazê-la. Então, a demanda é, por definição, atravessada pelo Outro, pois é tomado como um lugar em que se ofertam os os objetos solicitados. O objeto da demanda, de caráter metonímico, é inesgotavelmente substituível, por isso a impossibilidade de sua satisfação. O exemplo acima é ilustrativo, a equipe poderia continuar respondendo incessantemente as demandas da paciente auxiliando na aquisição de objetos de primeira “necessidade” – como cestas básicas, roupas, calçados e etc. –, ao fazê-lo entraria naquilo que Lacan chamou de circuito infernal da demanda, retroalimentando a frustração tal qual Sísifo em seu eterno castigo. O profissional, repitamos, é aquele que não sabe.

⁸ Depressão crônica: estamos adotando a terminologia utilizada pela equipe multidisciplinar e nos abstendo de fazer qualquer indicação diagnóstica estrutural, por não possuímos elementos suficientes para tal.

Já que se trata do saber, observemos que a experiência analítica introduz aqui uma novidade. Ela evidencia que, desde sempre – desde que funcione aquele, seja ele quem for, que pode encontrar-se na posição de funcionar como o Outro, o Grande Outro –, daquilo que se passa na ordem das satisfações oferecidas ao Outro por intermédio da inclusão do a, o Outro nunca soube nada (Lacan, 1968-1969/2008, p. 294).

O Outro nunca soube, entretanto há que se fazer uma questão: o que o Outro ignora? Respondamos sem delongas: a ignorância é acerca do desejo do sujeito. Ainda que se saiba o que é reivindicado no enunciado da demanda, ignora-se o seu fundamento, que é o desejo. No nível da demanda o sujeito se direciona ao Outro, no nível do desejo se dirige ao objeto.

Se a demanda elevou, por assim dizer, o objeto à categoria de Outro, e lhe deu todas as prerrogativas de presença e de amor, o desejo faz o movimento contrário, reconduz o movimento da demanda ao plano do objeto, rebaixa o Outro a esse plano, destitui o Outro das prerrogativas que a demanda lhe conferiu e dá novamente os títulos de honra ao objeto. O desejo degrada o Outro em objeto, ou seja, reduz seu grau, promovendo uma queda do Outro e sua virada no objeto que, dele caindo, o descompleta, o fura, o barra (Elia, 2004, p. 55).

A psicanálise atua para além da demanda, no nível do desejo e deste lugar o analista, do Outro, é questionado. A questão que se formula no nível do desejo não é no sentido do fornecimento de objetos tal qual no nível da demanda; o saber em jogo é de Outra natureza.

O que nos solicita de maneira cada vez mais viva, à medida que mais progredem os impasses em que o saber nos imprensas, não é saber o que o Outro sabe, mas saber o que ele quer. Essa é a questão fundamental em todo procedimento psicanalítico (Lacan, 1968-1969/2008, p. 294).

A questão central do sujeito, neste nível, é o que o Outro quer, mais precisamente o que o Outro quer de mim e o que preciso fazer para corresponder à sua demanda, obtendo, deste modo o seu amor – aquilo que Freud denominou amor de transferência. Não enxergar as sutilezas dessa dimensão transferencial pode levar a riscos no campo da saúde mental. Supor que o paciente busca um saber, pode conduzir o profissional a uma infinidade de respostas arriscadas. É muito comum encontrar profissionais orientados pelos princípios da Luta Antimanicomial que atuam na conscientização e politização dos usuários do serviço, que com o tempo tornam-se militantes da saúde mental. Ao fazê-lo, os profissionais estão respondendo através de uma transmissão de saberes acerca dos direitos, da inclusão social, da história da loucura e etc. Kyrillos Neto (2010) observou em sua prática que “o saber competente e instituído acaba por produzir sistemas simbólicos imunes à reflexão” (p. 76). A fala do sujeito fica condicionada aos princípios deste saber instituído, devendo a eles se enquadrar, pois não se pode falar qualquer coisa em qualquer circunstância. Não será aceito, por exemplo, que um

sujeito em seu delírio grite em prol de hospitais psiquiátricos em uma passeata antimanicomial. Até aí é compreensível, porém o problema se avoluma quando tal fala não tem lugar de circulação nas assembleias, corredores e mesmo em grupos e oficinas no equipamento. A transmissão de um saber produz militantes e não sujeitos quando não há possibilidades de apropriação por aquele que fala daquilo que fala. O saber instituído não dá espaço à está apropriação, pois se apresenta como um referencial legitimador de um certo conjunto de enunciados. Quando há possibilidades de apropriação, ou seja, quando se responde às demandas por outras vias que não a do saber, “o usuário traduz a retórica da exclusão nos termos singular de sua própria narrativa, esse é um ato de interesse simultaneamente clínico e político” (Ibid., p. 77). Este risco, que fique claro, não é exclusividade do discurso antimanicomial. Nos interessa apontar que intervenções clínicas cujas respostas se baseiem na pura transmissão de saberes objetifica o sujeito e renova a frustração da demanda. Deve-se responder sustentando a demanda:

Sustentando que o sujeito continue demandando, de objeto em objeto aparente, o analista permite que o próprio sujeito trace o mapa de suas frustrações e fixações através de suas cadeias de palavras associativas e de sua transferência — o que é diferente de frustrá-lo por sua intenção. Permite também que o sujeito se depare com o fato estrutural de que o que ele demanda está sempre para além dos objetos demandados, e que, fundamentalmente, o que ele demanda é o ser do Outro como tal. Permite, assim, que o sujeito formule para si mesmo que a sua demanda é, fundamentalmente, demanda de amor (Elia, 2004, p. 59).

Deve-se responder à demanda não a satisfazendo, sustentando-a “até que reapareçam os significantes em que sua frustração está retida” (Lacan, 1958a/1998, p. 624). Assim, o objetivo não é o de renovar a frustração do paciente, mas de conduzi-lo ao fato de que sua demanda foi feita para não ser satisfeita. A condução, entendamos, não é a condução sugestiva há pouco criticada, mas sim um direcionamento que é colocado pelo psicanalista.

A direção do tratamento se inicia com uma oferta – a regra fundamental da psicanálise, a associação livre, constitui uma oferta: oferta de fala. O paciente que aceita tal oferta se põe a falar, direcionando tal fala ao analista. Esta fala endereçada, já o dissemos, é a demanda. Entretanto, não é qualquer demanda, mas sim a demanda atual que conduz o paciente às suas sessões de análise. Isto leva à compreensão de que quem cria a demanda é o analista, como nos mostra Lacan (1958a/1998) em *A direção do tratamento* (p. 623). Quando afirmamos a importância da função da fala em Atenção Psicossocial, estamos indicando que é preciso que algo seja oferecido ao paciente e esta oferta não é a dos direitos, que produz apenas demandas

reivindicatórias. “Diga o que você precisa” é a frase de acolhimento presente no discurso dos direitos; “diga!” é o imperativo de uma prática psicanaliticamente orientada, que pode servir como direção de tratamento em Atenção Psicossocial. O que se oferece é a escuta, que se faz presente, a princípio, como condição de fala. Esta fala pode ser apropriada pelo sujeito porque a mensagem nela contida se volta para ele próprio, o sujeito.

é para o sujeito que sua fala é uma mensagem, porque ela se produz no lugar do Outro. Que, em virtude disso, sua própria demanda provenha dele e seja formulada como tal não significa apenas que ela está submetida ao código do Outro. E que é desse lugar do Outro (ou mesmo de sua época) que ela data (Ibid., p. 640).

O lugar do Outro é o lugar da fala, provisoriamente ocupado por aquele que escuta e fornece as condições para que se demande. Entretanto, este lugar não é produzido por quem escuta, é uma produção da própria estrutura inconsciente. O inconsciente, estruturado como linguagem, possui este lugar de interlocução e codificação, de modo que a fala enunciada é aquilo que foi articulado em código no nível da enunciação. O lugar do Outro é o lugar do código. Se estamos falando de uma mensagem codificada, há a possibilidade de decifração. A decifração é a via de apropriação pelo sujeito da mensagem. O caminho para tanto, não deve ser o da simples decifração por parte do psicanalista, este interpreta e intervém de diversas maneiras, mas há limites para as suas intervenções. O primeiro limite está no fato de a direção do tratamento “não poder formular-se numa linha de comunicação unívoca” (Ibid., p. 592) entre aquele que emite interpretações e o outro, que as acolhe ou as rejeita. Pois ao ocupar o lugar de Outro, o psicanalista – ou o profissional de saúde mental – ocupa um lugar construído pela transferência e é deste lugar que suas intervenções serão acolhidas pelo paciente. Em outros termos, há uma restrição no manejo transferencial, porque antes de tudo há um outro “manejo” que provém do paciente: a deformação de tudo aquilo que faz ou fala o analista – é evidente que este manejo é inconsciente. De modo que não basta que se interprete, é preciso que também se interprete os efeitos da interpretação. Os efeitos da interpretação, sabemos, são os modos de recebimento das palavras do analista pelo analisando, pois “é como proveniente do Outro da transferência que a fala do analista continua a ser ouvida” (Ibid., p. 597). Tal formulação pode levar a equívocos, como o de tomar como atuação sobre o efeito um trabalho de convencimento por parte do analista a cada recusa de suas interpretações. Não é disso que se trata; intervir sobre os efeitos implica no minucioso trabalho de recolhimento dos seus restos. Sobre estes restos de efeito só se saberá *a posteriori*, “no material que vier a surgir depois dela [da interpretação]” (Ibid., 601). Este material, que basicamente é aquilo que o paciente traz após um trabalho de

elaboração, é o indicativo da pertinência de uma interpretação. De modo que podemos pensar a interpretação como aquilo que “parte dos dizeres do sujeito para voltar a eles, o que significa que uma interpretação só pode ser exata se for... uma interpretação”. (Ibid., 607). Assim, novamente nos encontramos às voltas com a questão do poder no processo analítico, trazendo mais elementos para sustentar a afirmação de que a partir da noção de transferência o profissional psicanaliticamente orientado deve manejar o poder a ele atribuído na direção da cura, tal qual Freud o fez:

Pois ele reconheceu prontamente que nisso estava o princípio de seu poder, no que este não se distinguia da sugestão, mas também que esse poder só lhe dava a solução do problema na condição de não se servir dele, pois era então que assumia todo o seu desenvolvimento de transferência (Ibid., 603).

Duas técnicas, duas concepções de manejo da relação de poder entre analista e analisando e diferentes efeitos no sujeito em sofrimento. Indicamos no capítulo anterior que o poder soberano – em uma dimensão mais ampla no campo social – produz *homo sacer*, ou, para ser mais preciso, ambos se produzem mutuamente, com o soberano no lugar de agente. Do mesmo modo, a clínica da sugestão, seja ela influenciada pelo discurso dos direitos ou pelas diferentes correntes de “psicoterapias educativas”, produz alguns efeitos na dimensão das relações intersubjetivas. Lacan, em uma passagem bem-humorada em que tece comentários sobre as terapias que visam adequar os pacientes aos padrões sociais, nos dá indicações desses efeitos:

Não é sem constrangimento que evocamos os critérios de êxito a que leva esse trabalho postiço: a passagem para o patamar superior de renda e a saída de emergência da ligação com a secretaria, regulando o escape de forças rigorosamente subjugadas no matrimônio, na profissão e na comunidade política (Lacan, 1958a/1998, p. 610).

O trabalho de adequação do sujeito aos padrões sociais estabelecidos é postiço pois tende a ocultar aquilo que faz sofrer. O que faz sofrer é o conflito que surge entre desejo e impossibilidade de uma adequação aos moldes em que se organiza a vida do sujeito. Impossibilidade de adequação a um casamento fracassado, a uma profissão insatisfatória, a uma imposição de valores morais, e etc. O Outro diz o que deve ser feito, obedece-se, com o risco de anulação do próprio desejo. Esta anulação, entretanto, não se realiza por completo, pois o reprimido retorna via sintoma, que se define como “o retorno da verdade como tal na falha de um saber” (Lacan, 1966b/1998, p. 234). Ou seja, a verdade do conflito velada pelas construções de um saber imaginário retorna através dos sintomas.

O que nos interessa de um modo especial no excerto é que Lacan aponta para as consequências políticas do trabalho postíço; para o fato de que submeter o sujeito aos padrões sociais significa também submetê-lo à ideologia e às diretrizes políticas de seu tempo. Os efeitos do exercício da soberania na clínica são no mínimo dois: a submissão política e a manutenção do sofrimento que se expressam pelo sintoma. A oferta analítica, neste sentido – que é a oferta de fala –, atua diretamente sobre o segundo efeito, pois *isso* fala precisamente ali onde *isso* sofre (Lacan, 1955/1998, p. 414). Esta foi, inclusive, a descoberta de Freud: que os sintomas desapareciam quando se falava. “Que se fale” é o começo da história e não o seu final, mas por si só já produz um efeito de aplacação da angústia.

Não se trata de defender que ao realizarmos a interlocução com a Atenção Psicossocial estamos propondo que toda fala seja psicanaliticamente manejada. Mas sim indicar que o sujeito que fala, quando lhe é ofertado, provavelmente o fará implicado no que diz, caso o lugar de oferta seja transferencialmente investido. O que o sujeito espera daquele que ocupa este lugar é que o ajude a se manter precisamente onde já se encontra. Nos equipamentos de saúde mental, por exemplo, é muito comum a referência ao paciente que não adere. Um paciente-que-não-adere talvez demande isto: ocupar uma determinada posição no discurso social que é o daquele que não adere. É preciso que se pergunte a que não adere o paciente, para tanto, necessita-se ter ciência do que lhe foi ofertado. Via de regra, oferecem-lhe um “cardápio” de atividades (oficinas, psicoterapia, grupos, programas de geração de renda) em que o paciente deve escolher o que lhe interessa e negociar a participação naquilo que foi “sugerido” pela equipe. Não aderir, neste caso, nada mais é do que: ou manter-se no circuito infernal de infinita substituição do objeto de demanda ou resistir àquilo que fora “sugerido” pela equipe. O que deve ser ofertado, antes de tudo, é o lugar de escuta e a partir dos dizeres do sujeito acompanha-lo no trajeto que poderá conduzi-lo à certas escolhas dentro do serviço. Estas escolhas por si só já são efeitos deste acolhimento psicanaliticamente orientado, e a construção do Projeto Terapêutico Singular é um resultado deste conjunto de escolhas. Estas intervenções não constituem nenhuma garantia de aderência, entretanto, posicionam o sujeito de uma outra forma; aquele que não adere não mais conseguirá confortavelmente projetar no Outro os motivos de sua evasão, pois esteve implicado em suas escolhas e desistências⁹.

⁹ A questão da não aderência nos serviços de saúde mental é central e nossos apontamentos não têm a ambição de recobrir a complexidade deste universo. Sabe-se que nem todos os casos de abandono de tratamento são por falta de implicação subjetiva.

Insistamos: “que se fale”. E mais: “que se fale implicado naquilo que se fala”. Se se fala ali, onde se sofre: “que se fale implicado no sofrimento”. Tais imperativos têm efeitos no campo da saúde mental, não apenas naquilo a que denominamos clínica psicossocial (de ações no interior do equipamento) como também nas intervenções da clínica intersetorial: que se possa falar em uma situação de decisão acerca do próprio destino é absolutamente importante no campo intersetorial – o campo das decisões. Defendemos no capítulo anterior uma determinada posição ética: a de se *testemunhar* pelo paciente. O *testemunho* em Agamben abre para dois caminhos: testemunha-se uma impossibilidade de falar ou testemunha-se no sentido de dar voz àquele que fora calado. Começamos pelo primeiro: testemunhar uma impossibilidade de falar. Trata-se de poder sustentar intersetorialmente que o sujeito não teve a possibilidade de narrar a partir de suas próprias palavras sua história. Sem essa narrativa, não há sujeito que possa se responsabilizar de fato, ficando assim o paciente submetido às decisões soberanas.

Entretanto, vale indicar que esta posição não deve assumir o tom imperativo de “fazer o sujeito falar a qualquer custo”. É preciso cautela e a análise singular de cada caso em cada situação. Tragamos uma vinheta para ilustrar nossa posição: Juliana (nome fictício), na época, era uma adolescente de quatorze anos que estava em situação de acolhimento institucional e passava por tratamento no CAPS Infante-juvenil. Em um certo dia compareceu à Unidade fora do horário, coincidentemente era o primeiro dia de férias de suas duas técnicas de referência. Ficou no portão do serviço sem falar nada, fui ao seu encontro e, a princípio, agiu com hostilidade, depois aproximou-se. Perguntei o que havia acontecido e narrou o que se passara: brigou com uma garota e durante a briga quebrou alguns móveis e ofendeu funcionários da Casa de Acolhimento. Disse que fugira pela manhã com importantes medicamentos controlados de uma outra adolescente acolhida, que precisava usa-los diariamente. Juliana carregava uma mochila com seus pertences e informou que estava prestes a viajar para outra cidade para encontrar um parente seu de primeiro grau que lá morava. Disse que estava apenas de passagem pelo CAPS, após escuta-la fiz um convite para que passasse a tarde no serviço, mostrou-se desconfiada, mas com o tempo abaixou a guarda e aceitou. Pediu para assistir filmes e eu a acompanhei até a sala de vídeo. Ao passar pela recepção, Juliana pediu para que um outro profissional ligasse para a Casa de Acolhimento avisando que se encontrava no CAPS e planejava ir para outro município. Dentro de vinte minutos a Guarda Municipal chegou à Unidade alegando que iriam conduzi-la à delegacia, pois a diretora da Casa de Acolhimento lá se encontrava e estava fazendo um boletim de ocorrência pelos móveis quebrados e pelo “furto”

do remédio. Quem ordenou a busca foi o delegado local. Expus que não a buscaria, tampouco permitiria a entrada dos guardas para leva-la. Um deles, então, pediu para apenas conversar com ela. Entendi, naquele momento, que todo o movimento da garota de falar abertamente o que fizera e depois pedir para que revelassem o lugar que estava e seus planos era uma forma de convocação. As duas técnicas que eram referências para ela, e com quem estabelecera uma relação transferencial, não estavam. De modo que, ainda que tenha encontrado um espaço de escuta, foi frustrada em sua demanda de que alguém interviesse imediatamente tomando-lhe os medicamentos à força ou a delatando para a diretora da Casa de Acolhimento. Considerando sua demanda, optei em ir à sala de vídeo e expliquei-lhe a situação: disse que caso fosse falar com os policiais corria o risco de que a levassem. Assim o fiz para que ela pudesse dizer “sim” ou “não”. Esta resposta deveria ser dela e não do Outro, e ela deveria implicar-se nas consequências de sua resposta. Recusou-se a falar com os policiais e me entregou os medicamentos. Disse a eles que a garota se negara a conversar e reforcei a proibição de que entrassem na sala à sua revelia. Insistiram bastante, sem sucesso, e tentaram intimidar-me pedindo informações como meu nome completo e a função que exercia. Ligaram para o delegado na minha frente passando meus dados. Liguei em seguida para a diretora da Casa de Acolhimento que estava na delegacia e que avalizou a decisão do delegado e disse que Juliana só sairá do CAPS em companhia da própria diretora, guardiã legal da adolescente, ou de algum profissional da Casa de Acolhimento que a representasse. Algumas horas depois foram busca-la.

Não se pode expor o sujeito a falar a qualquer custo e perante qualquer dispositivo. O dispositivo do aparelho policial¹⁰ – soberano por excelência – nas condições em que se apresentou poderia ter consequências devastadoras na vida da garota, precipitando inclusive uma nova passagem ao ato. Impedir a entrada dos policiais é, também, falar de uma impossibilidade de dizer, de um silenciamento anterior que se manifestou em ato. Quando o guarda quis conversar com Juliana tive a oportunidade de implica-la nos efeitos de sua fala e atos. O exemplo acima ilustra que trazer o sujeito à cena da decisão não significa uma demissão do profissional da assumpção de uma posição ética perante situações complexas. “Que se fale!” – quando possível. A psicanálise é uma forma de resistência aos mandatos sociais, e o manejo

¹⁰ Ainda que neste caso mostrou-se impraticável o diálogo, acreditamos que seja estratégico que se estabeleça uma linha de interlocução com o setor da Segurança Pública na construção da rede intersetorial de saúde mental.

transferencial – como princípio fundamental de direção do tratamento – é uma contribuição essencial na inserção do psicanalista na instituição pública de saúde mental.

CAPÍTULO 6 – ÉTICA DA CLÍNICA AMPLIADA

No capítulo anterior, indicamos que o operador ético de *testemunho* abre para dois caminhos de atuação. Nos detivemos apenas no primeiro deles que é o de sustentar a impossibilidade da fala. A discussão sobre o outro caminho, teremos que postergá-la até juntarmos elementos suficientes.

Costa (1996), propôs três modelos éticos no campo assistencial da saúde mental, que apresentamos na introdução desta pesquisa. A *ética da tutela* é aquela que está presente nas ações que tomam o sujeito como mero fenômeno das determinações biológicas. O sentido das condutas do sujeito é absolutamente esvaziado nessa perspectiva, de modo que ele não é convocado a comparecer para responder legalmente pelos seus atos. Vimos no capítulo sobre a Reforma Psiquiátrica que a razão constituiu fator de exclusão/inclusão no campo da cidadania e que na história da relação entre a psiquiatria e o direito a noção de irresponsabilidade pelos próprios atos sempre marcou o estatuto jurídico do louco.

Como mostramos no capítulo anterior, Freud descartou peremptoriamente a ética da tutela quando abandonou a técnica da sugestão. Tal técnica, nos adverte ironicamente Lacan (1960/2005), só “podem encontrar interessantes aplicações no campo do conformismo; até mesmo da exploração social” (p. 17). Clínica e política, buscamos defender ao longo deste trabalho, são inseparáveis, e mesmo práticas que se revestem de uma pretensa objetividade científica têm consequências sociais. Freud não ignorou este fato e sua obra dá provas de que as técnicas propostas calculam os efeitos políticos e se sustentam em uma proposta ética. Esta proposta não é a mesma das psicoterapias que visam suprimir o mal-estar. Primeiro porque Freud ao investigar a origem do mal-estar na cultura foi taxativo ao negar que haja resolução para o problema, pois a origem do mal-estar está na impossibilidade do sujeito cumprir com aquilo que a civilização lhe exige: a renúncia pulsional.

A civilização – a qual Freud define a partir da perspectiva das relações de poder – constitui-se de uma maioria mais forte do que qualquer indivíduo isolado. Nesta ligação ocorre uma operação de substituição do poder do indivíduo pelo poder da comunidade, que passa a se chamar direito. A primeira exigência da civilização é a criação de uma lei em que todos devem ceder, sacrificando parte de seus desejos. O direito, corpo de leis criado para a contenção dos desejos, se opõe ao poder individual, entendido como força bruta (Freud, 1930/1996, p. 102).

Podemos entender este exercício ilimitado da força bruta sobre o outro como uma das versões da *soberania*. Nesta gênese do direito construída por Freud – que tem suas bases no mito de *Totem e Tabu* (1912-1913/1996) – a civilização tem uma função ordenadora do gozo.

Indicamos no capítulo quatro que atualmente vivemos em uma zona de indiscernibilidade entre o *estado de exceção* e o estado de direito; violência e direito; norma e anomia (Agamben, 2003/2004). Freud opera uma separação entre lei e força bruta. Agamben afirma que vivemos em tempos de infiltração da força na lei, o que nos conduz à hipótese de que há algo de disfuncional nos mecanismos sociais de contenção da força bruta. Ou, para sermos mais precisos, a própria disfuncionalidade se inseriu no funcionamento do Estado.

O que se assiste é a entrada da força bruta nos equipamentos de função ordenadora do Estado, ou seja, quando agentes do Estado agem livremente no exercício do poder coercitivo. Indicamos no capítulo quatro que a polícia, muitas vezes, age soberanamente suspendendo a lei e fundando o estado de exceção. Deve se considerar que, embora a polícia seja legalmente investida da função de executar a lei, há uma disjunção entre norma e sua aplicação. Esta separação é o que dá centralidade à *decisão soberana* como categoria no campo político. Agamben (2003/2004) trabalha o conceito jurídico de *força-de-lei*, que é o que confere ao Poder Executivo a possibilidade de imposição de decretos. Os decretos não são formalmente leis, pois não advém do Poder Legislativo, mas têm força de lei. A força-de-lei, assim, é a manobra legal para o exercício da soberania (p. 60). Agamben entende que contemporaneamente o conceito “define um ‘estado da lei’ em que, de um lado, a norma está em vigor, mas não se aplica (não tem ‘força’) e em que, de outro lado, atos que não têm valor de lei adquirem sua ‘força’” (p. 61).

Freud aponta para uma separação clara entre civilização e força bruta. Agamben esboça uma zona de indistinção em que a própria força bruta (individual e arbitrária) passa a fazer parte do Estado. Em outros termos, a alguns poucos é permitido que goze do corpo dos outros a partir da suspensão da lei. O filósofo denomina esse estado como o de uma pura força-de-lei, rasurando a lei, que perde sua validade. Restando uma pura força.

Em saúde mental podemos questionar, a cada momento, as intervenções que se utilizam da força. Trata-se de uma técnica utilizada para conter pacientes em crise sobre o leito, de modo que não cause ferimentos a nenhum dos envolvidos. Está é uma medida prescrita para ser tomada depois de se utilizar todos os outros recursos disponíveis sem obter sucesso. Porém,

muito se tem discutido sobre uma certa cultura de contenção que se dissemina pelos Centros de Atenção Psicossocial, que podemos entender como uso da pura força sem lei – força bruta de um grupo de profissionais que optam pela saída mais fácil. Nos parece que um dentre os pontos nevrálgicos da questão é a impossibilidade em se definir objetivamente o que caracteriza uma crise em que se necessita da medida de contenção. Outro ponto central é sobre a definição de qual o momento em que se pode falar em esgotamento de recursos. Não há indicadores objetivos em que os profissionais podem se fiar, de modo que correm o risco de se tornarem meros aplicadores da técnica. É preciso que decidam o momento e os motivos que sustentem a ação de restringir os movimentos do paciente, de modo que não se criem nos CAPS culturas de contenção. A ação – podemos afirmar com segurança – tem efeitos transferenciais. A decisão, como todas as outras, é uma decisão ética¹¹.

Retornemos a Freud em sua afirmação de que uma pequena comunidade pode se comportar “como um indivíduo violento frente a outros agrupamentos de pessoas” (Freud, 1930/1996, p. 102). Ou seja, a partir desta perspectiva a saída de pequenos grupos para sustentar uma decisão sobre o melhor momento para a suspensão do direito de ir e vir do paciente não se apresenta como uma boa alternativa. O fato de se estar agrupado não se traduz como uma anulação da força bruta, pelo contrário, muitas vezes o sujeito suspende a responsabilidade pelos atos perpetrados quando estes são coletivos (Freud, 1921/1996). Entendemos que ainda que a ação seja coletiva, como no caso da contenção, o profissional deve responsabilizar-se individualmente pelo seu ato.

O que está em jogo na formulação freudiana de civilização é que a via de cerceamento da força bruta dos indivíduos não está nos pequenos grupos. A solução encontrada é pela lei que impede que se use livremente da força e dos pactos que suprimem os desejos. Objetiva-se que todos se beneficiem com a proibição imposta pela lei social, pois ao contribuírem abrindo mão de algumas inclinações pulsionais, têm a garantia da comunidade de que não ficarão à mercê da força bruta. Observa-se que em Freud não há o menor sinal de consideração de uma natural propensão humana à bondade. A inclinação à força bruta é um pressuposto das relações humanas e a lei é aquilo que vem barrar tais inclinações e regular a relação entre os homens e mulheres. A lei da qual estamos tratando, não é exclusivamente a norma de um dado ordenamento jurídico, mas todas as tentativas historicamente estabelecidas de regulação das

¹¹ É importante indicar que nossa posição não é a de que nunca se realize contenções – a ação pode, inclusive, ter efeitos de organização para o sujeito. O que buscamos sublinhar, é que se trata de uma ação eminentemente ética.

relações sociais. Grandes empenhos são realizados pelas religiões, e os dez mandamentos cristãos constituem uma grande referência no tema.

Há em Freud uma passagem contundente sobre a exigência contida no mandamento do amor ao próximo que, apesar de longa, vale a citação, pois esclarece sua posição no debate:

Se adotarmos uma atitude ingênua para com ela [a exigência], como se a estivéssemos ouvindo pela primeira vez, não poderemos reprimir um sentimento de surpresa e perplexidade (...). Meu amor, para mim, é algo de valioso, que eu não devo jogar fora sem reflexão. A máxima me impõe deveres para cujo cumprimento devo estar preparado e disposto a efetuar sacrifícios. Se amo uma pessoa, ela tem de merecer meu amor de alguma maneira (...). Terei ainda de amá-la, se for o filho de meu amigo, já que o sofrimento que este sentiria se algum dano lhe ocorresse seria meu sofrimento também – eu teria de partilhá-lo. Mas, se essa pessoa for um estranho para mim e não conseguir atrair-me por um de seus próprios valores, ou por qualquer significação que já possa ter adquirido para a minha vida emocional, me será muito difícil amá-la. Na verdade, eu estaria errado agindo assim, pois meu amor é valorizado por todos os meus como um sinal de minha preferência por eles, e seria injusto para com eles, colocar um estranho no mesmo plano em que eles estão. Se, no entanto, devo amá-lo (com esse amor universal) meramente porque ele também é um habitante da Terra, assim como o são um inseto, uma minhoca ou uma serpente, receio então que só uma pequena quantidade de meu amor caberá à sua parte – e não, em hipótese alguma, tanto quanto, pelo julgamento de minha razão, tenho o direito de reter para mim. Qual é o sentido de um preceito enunciado com tanta solenidade, se seu cumprimento não pode ser recomendado como razoável? (Freud, 1930/1996, p. 114-115).

Seus apontamentos se dirigem ao impossível de um amor generalizado e ilimitado. E culmina ao expor o absurdo do amor ao desconhecido:

Não meramente esse estranho é, em geral, indigno de meu amor; honestamente, tenho de confessar que ele possui mais direito a minha hostilidade e, até mesmo, meu ódio. Não parece apresentar o mais leve traço de amor por mim e não demonstra a mínima consideração para comigo. Se disso ele puder auferir uma vantagem qualquer, não hesitará em me prejudicar; tampouco pergunta a si mesmo se a vantagem assim obtida contém alguma proporção com a extensão do dano que causa em mim. Na verdade, não precisa nem mesmo auferir alguma vantagem; se puder satisfazer qualquer tipo de desejo com isso, não se importará em escarnecer de mim, em me insultar, me caluniar e me mostrar a superioridade de seu poder, e, quanto mais seguro se sentir e mais desamparado eu for, mais, com certeza, posso esperar que se comporte dessa maneira para comigo. Caso se conduza de modo diferente, caso mostre consideração e tolerância como um estranho, estou pronto a tratá-lo da mesma forma, em todo e qualquer caso e inteiramente fora de todo e qualquer preceito. Na verdade, se aquele imponente mandamento dissesse ‘Ama a teu próximo como este te ama’, eu não lhe faria objeções. E há um segundo mandamento que me parece mais incompreensível ainda e que desperta em mim uma oposição mais forte ainda. Trata-se do mandamento ‘Ama os teus inimigos’. Refletindo sobre ele, no entanto, percebo que estou

errado em considerá-lo como uma imposição maior. No fundo, é a mesma coisa (Ibid., 115).

A orientação ética do profissional que sozinho se responsabilizará por seus atos não nos parece que deva ser pela via do amor ao próximo. A ação não deve ser guiada pela nobreza de um sentimento que se derrama caridosamente àqueles privados de seus direitos. Não porque haja algum problema nisso, mas simplesmente porque esta posição não se sustenta, como nos mostra Freud. O próximo muitas vezes é um paciente em crise que ofende, cospe, ameaça e agride fisicamente os que estão à sua volta. Outras vezes é alguém que acusa e relata situações que não ocorreram, fazendo o profissional ficar em descrédito com a equipe. O próximo a quem devemos decidir se será contido ou não é este, e não o cidadão abstrato da Reforma Psiquiátrica.

O próximo definitivamente não se enquadra nessa imagem abstrata e Freud não faz reservas ao denunciar que o outro semelhante é feito da mesma matéria que nós: “é muito provável que meu próximo, quando lhe for prescrito que me ame como a si mesmo, responda exatamente como o fiz e me rejeite pelas mesmas razões” (Ibid., p. 116).

O elemento de verdade por trás disso tudo, elemento que as pessoas estão tão dispostas a repudiar, é que os homens não são criaturas gentis que desejam ser amadas e que, no máximo, podem defender-se quando atacadas; pelo contrário, são criaturas entre cujos dotes instintivos deve-se levar em conta uma poderosa quota de agressividade. Em resultado disso, o seu próximo é, para eles, não apenas um ajudante potencial ou um objeto sexual, mas também alguém que os tenta a satisfazer sobre ele a sua agressividade, a explorar sua capacidade de trabalho sem compensação, utilizá-lo sexualmente sem o seu consentimento, apoderar-se de suas posses, humilhá-lo, causar-lhe sofrimento, torturá-lo e matá-lo. – *Homo homini lupus*. Quem, em face de toda sua experiência da vida e da história, terá a coragem de discutir essa asserção? Via de regra, essa cruel agressividade espera por alguma provocação, ou se coloca a serviço de algum outro intuito, cujo objetivo também poderia ter sido alcançado por medidas mais brandas. Em circunstâncias que lhe são favoráveis, quando as forças mentais contrárias que normalmente a inibem se encontram fora de ação, ela também se manifesta espontaneamente e revela o homem como uma besta selvagem, a quem a consideração para com sua própria espécie é algo estranho (Ibid., 16)

Este excerto condensa posições teóricas essenciais da psicanálise. Ao apontar que o próximo não é apenas objeto sexual ou ajudante potencial, está implícito um desenvolvimento da teoria das pulsões. Freud formulou que havia pulsões de auto-conservação e pulsões sexuais com franca inspiração na Teoria da Evolução das Espécies. Estas possibilitavam ligações em prol da perpetuação da espécie e aquelas associações por cooperação (Freud, 1914/1996). Esta teoria foi reformulada, e foram introduzidas as pulsões de vida e pulsão de morte. A cada uma das teorias em jogo corresponde uma hipótese sobre o fundamento do pacto civilizatório. O

primeiro dualismo conduz a uma causalidade biológica: a humanidade se organiza socialmente para sobreviver e procriar. O segundo modelo traz algumas complicações pois introduz o conceito de uma pulsão de desagregação, de rompimento de vínculos. A hipótese presente em *O mal-estar na civilização* é a de que a base da união social é a busca por uma proteção mútua contra a agressividade dos indivíduos. Em outros termos, afirma-se aqui que a cultura se organiza a partir daquilo que no sujeito é radicalmente indomável, que aparece no trecho destacado como a “besta selvagem”.

A enumeração minuciosa das ações que o próximo cometeria se lhe fosse dada a oportunidade é bastante preciosa. Primeiro porque não se trata de elucubrações: exploração do trabalho, violência sexual, humilhação, pilhagem, tortura e assassinatos ocorrem cotidianamente. Não se trata de exceções atroz cometidas por “bestas selvagens”, são acontecimentos que estão presentes em todas as sociedades e acompanham o transcorrer da história.

Afirmou-se em capítulo anterior que a demanda social dirigida à saúde mental é para que se atue em prol da ordem pública, para tanto, é preciso que se silencie os perturbadores da ordem. Indicamos, também, que nosso paciente é aquele que – por sua condição psiquiátrica e jurídica – não pode ser tomado como objeto da ação policial e judicial. Trocando em miúdos, nosso paciente é o perturbador da ordem, que muitas vezes espanca, violenta e mata. Ainda que na maior parte das vezes, a perturbação da ordem seja uma mera justificativa para que se efetue a exclusão, há situações em que lidamos com graves situações de transgressão legal. Nestes casos, o problema da questão ética retorna como central na ação do profissional. Pois o não reconhecimento de que essa dimensão que Freud chamou de “besta selvagem” está em cada um de nós impede que se dê um passo fundamental neste campo. Há que se reconhecer que só não agimos de modo tão cruel com o nosso próximo por não termos condições subjetivas e sociais para tanto¹². A assumpção de que há essa dimensão no sujeito por parte dos profissionais de saúde mental em muita contribuiria para um reposicionamento ético na orientação das decisões técnicas.

A saída encontrada por Freud, entretanto, não é a de libertar as “bestas humanas” para que o sujeito possa cometer os atos que convier. O primeiro ponto é reconhecer que essas

¹² Para nos mantermos no texto de *O mal-estar na civilização* sem nos estendermos podemos dizer que uma das condições subjetivas impeditivas é a presença do sentimento de culpa e a condição social é a exigência de renúncia pulsional da civilização.

“bestas” – que a partir de agora chamaremos simplesmente de gozo – são o mal. E é mal “porque comporta o mal do próximo” (Lacan, 1959-1960/2008, p. 221). O próximo, Freud evidenciou, é potencialmente malvado. E o horror que causa o mandamento do amor ao próximo é o fato de que este mandamento nos posiciona frontalmente com a maldade do outro. É mais fácil suportar essa condição enquanto se é possível imputar o mal apenas ao próximo. Porém, quando isso se torna insustentável encontramos o mal em nós, o mal do próprio gozo. “E o que me é mais próximo do que esse âmago em mim mesmo que é o de meu gozo, do que não me ouse aproximar?” (Ibid., p. 223). Ousar aproximar-se produz consequências terríveis para o sujeito, pois para ele se volta toda cota de agressividade presente no gozo. Esta agressividade cujo destino seria o semelhante, retorna para o próprio sujeito, na forma do sentimento de culpa. Este sentimento é um derivado do temor da perda de amor da qual padece o sujeito. O temor em questão é o que fornece as pistas para a compreensão do que é bom e o que mau. Estes termos que adjetivam as ações, pensamentos e desejos dos sujeitos não tem uma definição preestabelecida. “Podemos rejeitar a existência de uma capacidade original, por assim dizer, natural de distinguir o bom do mau” (Freud, 1930/1996, p. 127-128). Mal é tudo aquilo que traz ameaças de perda de amor e neste sentido não há diferenças entre a intenção e a ação: ambos produzem sentimento de culpa. Movimentar-se no sentido de evitar a perda de amor nada mais é do que se guiar na direção de um bem: o bem do semelhante.

Avancemos em direção ao segundo modelo proposto por Costa (1996): a *ética da interlocução*. Aqui o sujeito entra como partícipe do processo, o objetivo do tratamento é a supressão de seu mal-estar, e muitas práticas psicoterápicas se sustentam neste modelo. Objetivando o bem do paciente, o terapeuta busca identificar os seus problemas e junto com ele encontrar soluções. Esta perspectiva nos parece problemática. Freud concluiu categoricamente que o mal-estar não é passível de supressão. Ele se configura pelo sentimento de culpa gerado pela impossibilidade do sujeito atender completamente às exigências civilizatórias. *O mal-estar na civilização* é finalizado com o reconhecimento “de que não posso oferecer consolo algum, é o que exigem os revolucionários e os crentes” (Freud, 1930/1996, p.147). Não há supressão do mal-estar, porque o mal-estar é o conflito. O conflito que surge entre o desejo e a censura, geradores do sentimento de culpa.

A questão acerca do bem, contudo, continua em aberto. Deve o analista guiar-se pela busca do bem do sujeito? Lacan (1959/1960) é assertivo na resposta:

Poder-se-ia de maneira paradoxal, ou até mesmo decisiva, designar nosso desejo como um não-desejo-de-curar. Essa expressão não tem outro sentido senão o de nos alertar contra as vias vulgares do bem, tal como elas se oferecem tão facilmente a nós em seu pendor, contra a falcatrua benéfica do querer-o-bem-do-sujeito (p. 262).

Mas em que consistiria o bem do semelhante? A base que o sujeito parte para fazer essa definição é o seu próprio bem, de modo que o bem do semelhante é construído à imagem do bem do sujeito. Este sacrifica o seu próprio bem para poder oferta-lo ao semelhante. Porém, nada sabemos do bem do outro e não há nenhuma garantia de que iremos satisfazê-lo ao entregarmos nosso bem (Ibid., p. 225). A tendência, pelo contrário, é a de uma renovação da insatisfação no circuito infernal das demandas.

Tentemos compreender em que consistiria esta falcatrua do querer bem?

O desejo do homem de boa vontade é de fazer bem, de fazer o bem, e aquele que vem ao encontro de vocês é para encontrar-se bem, para encontrar-se em concordância consigo mesmo, para ser idêntico, conforme alguma norma (Ibid., p. 282).

A crítica lacaniana aponta para a incompatibilidade entre as formulações de Freud e a clínica que coloca como objetivo central o bem. Este, quando entendido na perspectiva acima, apresenta-se na demanda do paciente em cumprir com as exigências sociais. Esta tentativa de submissão aos imperativos civilizatórios conduz, tão somente, à renúncia do gozo e à insatisfação. Estar bem como uma forma de buscar identidade com a norma traduz-se como conformismo.

Lacan metaforiza o bem em um pano, um pano que se doa a um pedinte. Este pano é compartilhável com o outro, pois nele não há nada de realmente essencial do sujeito. De modo que pode ser distribuído a qualquer um, tal como os direitos. Nesta distribuição o “homem enquanto tal, o homem com direitos começa a se individualizar uma vez que nesse pano se fazem furos nos quais ele introduz a cabeça e em seguida os braços com os quais ele começa a se organizar no trajado” (Ibid., p. 272-273). Há um limite tanto para o uso que se faz do pano, como para o direito, como para a distribuição de bens: é o limite da individualização, da particularização. Este particular, já indicamos no capítulo três, é aquele que marca a reivindicação por direitos.

Nossa aposta é a de possibilitar condições para emergências singulares. Se, por um lado, o particular é o modo de individualização do uso do bem, por outro lado, a singularidade é o modo que o desejo do sujeito se liga ao bem em questão. Tatit (2016) a entende como “um

operador lógico que pode sim ter estatuto ético para direção do tratamento” (p. 206). A singularidade localizada como um referencial para a direção do tratamento não deve ser confundida com um ideal de cura. Em outros termos, a singularidade não é aquilo que se busca ao fim de uma análise, mas é algo que perpassa todo o processo, inserida no laço transferencial.

Entendemos que é de absoluta importância que o profissional psicanaliticamente orientado possa sustentar essa posição na direção do tratamento em equipamentos de saúde mental. Indicamos, anteriormente, a importância dos processos históricos de universalização de acesso gratuito aos cuidados de saúde no território e da particularização que vem se efetivando através das conquistas no campo dos direitos. Apontamos como necessário que se possa criar condições para emergências singulares.

Tragamos um relato clínico: Jaqueline é uma adolescente que chegou ao CAPS com quatorze anos de idade. Apresentava sintomas depressivos, tinha ideações suicidas, recusava se alimentar e se automutilava. Morava com a mãe. Não tinham uma boa relação. Logo nos primeiros atendimentos falou algo que nunca houvera dito a ninguém: fora abusada por diversas vezes pelo padrasto em sua infância. O histórico de violências foi interrompido ao chegar na adolescência, momento em que decidiu “enfrentá-lo”. Este homem, o padrasto, ainda mantinha relações conjugais com a mãe, embora não morassem juntos. Era perceptível a recusa inconsciente da mãe em escutar os sinais que a filha dava do ocorrido. A ela não era possível, naquele momento, se deparar com o insuportável dos fatos. Simetricamente, a filha não conseguia falar de maneira aberta à sua mãe sobre este passado. O sofrimento que não era falado era reproduzido na dor dirigida ao corpo nos cortes. Estes cortes, pude escutar, eram a tentativa de uma circunscrição e de recolhimento dos restos da experiência absolutamente real que passara. Estes restos, até então, não tinham sido tratados pela palavra. A prescrição dos equipamentos estatais de saúde para estes casos é a de que se preencha uma série de notificações, inclusive para o Conselho Tutelar, e que se quebre o “sigilo” terapêutico, informando a mãe e a encaminhando para delegacia. Nota-se que tais ações se inscrevem no campo da proteção contra a violação de direitos da criança e do adolescente e visam o bem-estar. Bem-estar de quem? Talvez do profissional que compartilhando a responsabilidade – o pano diria Lacan – se eximiria de enfrentar o fato de que, apesar das prescrições, existe um ponto em que ele deve decidir: submeter-se ou não às prescrições? A decisão do técnico, apoiado por sua equipe, foi a de buscar outras respostas às demandas trazidas. Optou-se pela inserção da garota em período intensivo no CAPS, onde teve atendimento psicanalítico três

vezes por semana. Nestes atendimentos algo se operou no sentido de uma reapropriação de sua história. Jaqueline permitiu contar-se em narrativas. A mãe, passou por algumas entrevistas em que de alguma maneira a palavra proibida pode circular. Revelou que em sua família havia um histórico de abusos sexuais envolvendo cerca de quatro gerações. O detalhe é que só havia falado sobre isso com uma única pessoa, há muito tempo atrás e retomará naquele momento. Na mesma semana em que falou isso para nós, falou também para Jaqueline que, a partir daí, permitiu-se contar para a mãe o que sofrera com o padrasto. Neste mesmo dia, bastante abaladas, pediram para que nós as acompanhássemos à delegacia para fazer o boletim de ocorrência. Após o início do tratamento analítico observou-se um reposicionamento por parte de Jaqueline. Poucas semanas depois se mudaram de cidade e o abusador foi preso.

Uma interessante mudança observada é a de que Jaqueline deixou de manifestar atuações pelo corpo (vômitos, recusa alimentar, auto-mutilação) e passou a atuar em suas falas, tanto no CAPS, como na escola. Houve uma certa restituição do uso da palavra de sua parte. Outro ponto a ser ressaltado é o do excelente trabalho feito pela equipe de enfermagem, que também sustentou a angustiante posição em que cada um de nós se encontrava e fez intervenções criativas, como desenhar sobre o braço cortado da paciente, solicitando que ela não estragasse o desenho com novos cortes. O pedido entra na ordem das demandas, mas não é este o ponto interessante. O que há de original na intervenção é o fato de elas inscreverem marcas simbólicas onde Jaqueline só enxergava possibilidades de marcas reais.

O terceiro modelo de Costa (1996) é o da *ética da ação social*, em que sujeito e profissional ocupam o mesmo lugar: ambos são cidadãos. O centro da ação é a reivindicação por direitos e o alcance da cidadania plena.

Já fizemos alguns apontamentos a este respeito nos capítulos anteriores. Tentemos entender a partir de Lacan (1959/1960) que denomina os direitos de função de serviço de bens, que são os “bens privados, bens de família, bens da casa, outros bens que igualmente nos solicitam, bens do ofício da profissão e da Cidade” (p. 355). Entendendo que a oferta destes bens solicitado são formas de trapaça:

Não há razão alguma para que nos constituíamos como garantes do devaneio burguês. Um pouco mais de rigor e de firmeza é exigível em nossa confrontação com a condição humana, e é por isso que relembrei, da última vez, que o serviço dos bens tem exigências, que a passagem da exigência de felicidade para o plano político tem consequências (Ibid., p. 356).

Uma dentre as consequências é a razão de proporcionalidade existente entre reivindicações dos sujeitos e a exigência de renúncia pulsional da civilização. Quanto mais a sociedade se configura a partir do serviço de bens ancorada no discurso de direitos, maiores serão as exigências de sacrifício voltadas aos sujeitos.

Para que se chegue propriamente ao campo do desejo há que se atravessar o limite que é o do serviço dos bens. Este limite que tudo exige. O sujeito se retém neste limite por temor de perda de amor. Ultrapassa-lo permite a entrada na experiência do desejo. Mas para isso é preciso que se renuncie, que se renuncie aos bens e ao poder. Esta renúncia implica fundamentalmente em se abrir mão – não das reivindicações – mas da reprodução mecânica e desinvestida do movimento reivindicatório (Ibid., p. 362-363).

Lacan aponta para a insuficiência de uma ética que desconsidere os desejos sexuais e sua centralidade. Inclui o desejo enquanto tal no campo ético, e postula que sua entrada neste campo não é simplesmente para que seja barrado por uma série de imperativos morais, “a experiência moral não se limita ao aspecto de resignar-se a perder o que não tem jeito” (Ibid., p.17). Afirma ainda que:

É aí que reside a experiência da ação humana, e é por sabermos, melhor do que aqueles que nos precederam, reconhecer a natureza do desejo que está no âmago dessa experiência, que uma revisão ética é possível, que um juízo ético é possível, o qual representa essa questão com valor de Juízo final – Agiste conforme o desejo que te habita? (Ibid., p. 367).

A ética da psicanálise se guia pelo desejo, não para interdita-lo superegoicamente com imperativos de orientação de conduta, mas para questionar o sujeito em sua posição desejante. Não é uma ética de imperativos e sim de questionamentos. Mesmo o lugar que o sentimento de culpa ocupa no discurso analítico é outro, “Proponho que a única coisa da qual se possa ser culpado, pelo menos na perspectiva analítica, é de ter cedido de seu desejo” (Ibid., p.375).

Apresentada a ética da psicanálise, finalizemos com um último recorte clínico (clínica ampliada). Este caso ocorreu em uma audiência concentrada. A audiência concentrada constitui um importante dispositivo de promoção da garantia dos direitos da criança e do adolescente. Aplica-se à crianças e adolescentes que pela via de medidas de proteção foram inseridas em Serviços de Acolhimento Institucional – os antigos “abrigos”. A Audiência Concentrada é uma medida de reavaliação da situação jurídica e psicossocial dos jovens institucionalmente acolhidos com o objetivo de discutir em rede a situação processual de cada um. O trabalho em conjunto, em tese, deve ser o fundamento da decisão acerca do destino da criança ou

adolescente: manutenção em unidade de acolhimento, reinserção familiar, inserção em família substituta ou destituição de guarda (Franco, 2014).

Jorge tinha doze anos na época, estava há quatro meses acolhido. A audiência era para deliberar se ele continuaria acolhido ou se retornaria à família. Em dado momento da audiência foi comentado que o garoto havia relatado ter escutado vozes. E debateu-se bastante a respeito, pois entendiam que se o comportamento dele era devido a um quadro psicótico não poderia voltar com a mãe, pois ela negligenciaria o seu tratamento. Quando foi levantada esta discussão, os técnicos do judiciário, do Centro de Referência Especializado em Assistência Social e o próprio juiz passaram a me dirigir perguntas com o intuito de que eu sustentasse meu parecer, qual seja, o de que não se tratava de um garoto de estrutura psicótico. Mesmo porque sabemos que não são somente os sintomas que definem o diagnóstico estrutural. Neste momento, tomei a decisão de responder, tampouco argumentar. Ao invés disso sugeri que chamassem Jorge para que ele pudesse se colocar perante todos e ser escutado. A proposta foi aceita, ele foi chamado, fizeram algumas questões e no fim ele foi desacolhido, pois todos entenderam a partir de sua fala que ele conseguia, em certa medida, responder pelos próprios atos.

O que se operou neste caso foi uma posição ética em que foi valorizada a fala do sujeito, possibilitando que ele colhesse os efeitos dela decorrentes. Além disso, em uma outra perspectiva, o testemunho operou no sentido de que dar voz a quem fora impossibilitado de falar. Permitindo que o sujeito, de alguma maneira, participasse das decisões acerca de seu destino.

CONCLUSÃO

Buscamos em nosso percurso traçar algumas aproximações entre psicanálise e o campo da Atenção Psicossocial em uma perspectiva clínica.

Entendendo que o modelo assistencial tem suas origens na Reforma Psiquiátrica, fizemos um breve percurso histórico da Reforma brasileira até os dias atuais, que possuem como marca central a estratégia intersetorial.

Em seguida fizemos uma discussão com os principais autores do campo da Atenção Psicossocial no que tange suas posições sobre a clínica.

Introduzimos o debate sobre o conceito de sujeito, problematizando a noção de sujeito de direitos.

No quarto capítulo utilizamos alguns operadores conceituais de Agamben para nos auxiliar na leitura do discurso dos direitos, que atualmente ocupa lugar hegemônico no campo da saúde mental.

Nos últimos capítulos introduzimos a psicanálise de Freud e Lacan, para pensar a clínica e a ética da Atenção Psicossocial.

Freud, de algum modo, já previra a inserção do psicanalista nas instituições de públicas de saúde, e fez concessões no que tange à dificuldade em se manter exclusivamente no discurso analítico neste contexto:

Na prática, é certo que nada se pode objetar quando um psicoterapeuta mistura um quê de análise com uma parte de influência por sugestão, para alcançar êxitos visíveis em tempo mais curto, tal como é necessário, por exemplo, em instituições; mas pode-se exigir que ele tenha dúvida acerca do que faz, que saiba que seu método não é o da verdadeira psicanálise (Freud, 1912/2010, p. 159-160).

Esta dúvida animou nossa pesquisa desde o ponto de partida, nos acompanhou durante a travessia do percurso e se mantém agora, em seu ponto de chegada.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio (1995). *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

_____ (1996). *Meios sem fim: notas sobre política*. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

_____ (1998). *O que resta de Auschwitz: o arquivo e a testemunha (Homo Sacer III)*. São Paulo: Boitempo, 2008.

_____ (2003). *Estado de Exceção (Homo Sacer, II, 1)*. São Paulo: Boitempo, 2004.

_____ (2008). *O Sacramento da linguagem: arqueologia do juramento (Homo Sacer II, 3)*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2011.

ALBERTI, Sônia; FIGUEIREDO, Ana Cristina (org). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

AMÂNCIO, Valdene. *Uma clínica para o CAPS: a clínica da psicose no dispositivo da Reforma Psiquiátrica a partir da direção da psicanálise*. 1ª ed. Curitiba, PR: CRV, 2012.

AMARANTE, Paulo. *Novos Sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, jul/set 1995.

_____. Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica. In: QUINET, Antônio (Org.). *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

_____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2007.

BENEVIDES, Regina e PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? In: *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

BEZERRA, Benilton. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1996.

_____. Um apelo à clínica: nem o respaldo da norma, nem o extravio da dor. In: Lobosque, Ana Marta (org.). *Caderno Saúde Mental: a reforma psiquiátrica que queremos*,

por uma clínica antimanicomial. Encontro Nacional de Saúde mental, Belo Horizonte, 2006. Belo Horizonte: ESP-MG, pp. 23-31, 2007.

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

BRASIL. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Lei 10.2016, de 6 de abril de 2001. Acesso em: 01.ago.2016

BRASIL. *Lei Orgânica da Assistência Social*. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Acesso em: 01.ago.2016.

BRASIL. *Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência*. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Acesso em: 01.ago.2016.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania. *Projeto de Lei nº 1.057/2007*. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoes/Web/fichadetramitacao?idProposicao=351362>. Acesso em: 01.ago.2016.

CAMPOS, Gastão Wagner S. *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. Mimeo, 12 págs, 1997.

_____. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. In: *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 148-168, abr. 2012.

CASTRO, Edgardo. *Introdução a Giorgio Agamben: uma arqueologia do pensamento*. Trad.: Beatriz de Almeida Magalhães. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2012.

CHECCIA, Marcelo. *Poder e política na clínica psicanalítica*. São Paulo: Annablume, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

COSTA, Jurandir Freire. As éticas da psiquiatria. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina; SILVA, João Ferreira da (org.). *Ética e saúde mental*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarante, Paulo (coord.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Engº Paulo de Frontin, RJ: NAU Editora, 2003.

COUTO, Richard; ALBERTI, Sonia. Contribuição ao debate entre a psicanálise e a atual reforma psiquiátrica brasileira. In: *Mental – Barbacena: Universidade Presidente Antônio Carlos*, vol. VI, núm. 11, julho-dezembro, 2008, p. 15-33.

CUNHA, Gustavo Tenório. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. Campinas: UNICAMP (dissertação/mestrado), 2004.

_____. *Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica*. Campinas: UNICAMP (tese/doutorado), 2009.

_____. O conceito ampliado de saúde e a transição nas tecnologias de ensino-serviço no SUS: por que precisamos da clínica ampliada?. In: GENIOLE, Leika Aparecida Ishiyama et. al. (org.) *A Clínica Ampliada no Contexto da Atenção Primária em Saúde*. Mato Grosso do Sul: Editora UFMS, n/d.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Por uma clínica da reforma: concepção e exercício. In: Lobosque, Ana Marta (org.). *Caderno Saúde Mental: a reforma psiquiátrica que queremos, por uma clínica antimanicomial*. Encontro Nacional de Saúde mental, Belo Horizonte, 2006. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio da. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. In: *Revista de psicologia da UNESP*, 6(1). Assis: 2007, p. 60-79.

DIAS, Edna Cardozo. *Os animais como sujeitos de direito*. Revista Brasileira de Direito Animal, v. 1, n. 1, 2014.

DOUZINAS, Costas. *O fim dos direitos humanos*. São Leopoldo: Unisinos, 2009.

_____. Quem são os ‘humanos’ dos direitos? In: *Revoluções*. Disponível na Internet via: <http://revolucoes.org.br/v1/>. Acessado em 01.ago.2016.

_____. São os direitos universais? In: *Revoluções*. Disponível na Internet via: http://www.revolucoes.org.br/v1/sites/default/files/sao_os_direitos_universais.pdf. Acessado em 01.ago.2016.

ELIA, Luciano. *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

_____. Prefácio. In: AMÂNCIO, Valdene. *Uma clínica para o CAPS: a clínica da psicose no dispositivo da Reforma Psiquiátrica a partir da direção da psicanálise*. 1ª ed. Curitiba, PR: CRV, 2012.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-dumará, 1997.

_____. Reforma Psiquiátrica e psicanálise: um novo *aggiornamento*? In: QUINET, Antônio (Org.). *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

_____. Psicanálise e Atenção Psicossocial: clínica e intervenção no cotidiano. In: APPOA (org.). *Psicanálise e Intervenções Sociais*. Porto Alegre: APPOA, 2011.

FOUCAULT, M. Aula de 12 de Dezembro de 1973. In: *O Poder Psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)*. 1ª Ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2006. p.168.

FRANCO, J. *O direito do contraditório e da ampla defesa nas aplicações de medidas protetivas de acolhimento institucional na fase das audiências concentradas*. Dissertação (mestrado em serviço social). PUC-SP, São Paulo, 2014.

FREUD, Sigmund (1899). Resenha de hipnotismo, de August Forel. In: *Edição Standard brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, v. I, 1996.

_____. (1912). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. In: *Obras Completas, volume 10*. Tradução: Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1912-1913). Totem e Tabu. In: *Edição Standard brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, vl. XIII, 1996.

_____. (1913). O início do tratamento. In: *Obras Completas, volume 10*. Tradução: Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição Standard brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, vl. XIV, 1996.

_____ (1921). Psicologia de grupo e análise do ego. In: *Edição Standard brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, vl. XVIII, 1996.

_____ (1930). O mal-estar na civilização. In: *Edição Standard brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, vl. XXI, 1996.

GOLDBERG, Jairo (1994). *Clínica da psicose: um projeto para a rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora: Instituto Franco Basaglia, 2ª edição, 1996.

GOULART, M.E.B. *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GRECO, Musso. Dançando em gelo liso entre a clínica e a política. In: QUINET, Antônio (Org.). *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

_____. Psicanálise e Saúde Mental: o 'e' da questão. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina (org.). *Corpo sintoma e psicoses: leituras do contemporâneo*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2006.

GUERRA, Andréa. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. In: *Rev. Latinoamericana Psicopatologia Fundamental*. VII, 2, 83-9, 2004.

HERMANN, Mauricio Castejon. *Acompanhamento Terapêutico e psicose: articulador do real, simbólico e imaginário*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista, 2012.

INOJOSA, R. M. *Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional*. In: *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro: mar/abril, 1998, p. 35-48.

JUNQUEIRA; INOJOSA, R. M.; & KOMATSU. *Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza*. Caracas: XI Concurso de Ensayos y Monografías del Clad, 1997.

KELSEN, Hans (1960). *Teoria pura do direito* (trad. João Baptista Machado). São Paulo: Martins Fontes, 6ª ed., 1998.

KYRILLOS NETO, Fuad. Ideologia e reforma psiquiátrica: crítica do laço social produzido nos serviços substitutivos de saúde mental. In: *A peste*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 63-78, jan./jun. 2010.

LACAN, Jacques (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: *Escritos*. Trad.: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998.

LACAN, Jacques (1955). A Coisa freudiana ou Sentido do retorno a Freud em psicanálise. In: *Escritos*. Trad.: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998.

_____ (1955-1956). *O Seminário, livro 3 – As psicoses*. Rio de Janeiro: editora Jorge Zahar, 2010.

_____ (1958a). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: *Escritos*. Trad.: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998.

_____ (1960). A subversão do sujeito e a dialética do desejo. In: *Escritos*. Trad.: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998.

_____ (1959-1960). *O Seminário, livro 7 – A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: editora Jorge Zahar. 2008.

_____ (1964). *O seminário, livro 11 – Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Trad: M.D. Magno. Rio de Janeiro: editora Jorge Zahar, 2008.

_____ (1966a) O Lugar da Psicanálise na Medicina. In: *Opção Lacaniana: revista brasileira internacional de psicanálise*. São Paulo: nº 32, p. 8 – 14, dez, 2001.

_____ (1966b). Do sujeito enfim em questão. In: *Escritos*. Trad.: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998.

_____ (1967). O engano do sujeito suposto saber. In: *Outros escritos*. In: *Outros Escritos*. Trad: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: editora Jorge Zahar, 2003.

_____ (1968-1969). *O seminário, livro 16 – De um Outro ao outro*. Trad: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: editora Jorge Zahar, 2008.

LEAL, Erotildes; DELGADO, Paulo. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: Roseni Pinheiro; Ana Paula Guljor; Aluisio Gomes; Ruben Araújo

- de Mattos (Org.). *Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007, p. 137-154.
- METZGER, Clarissa; NARS, Clarissa. Acompanhamento terapêutico na Saúde Mental. Sobre o atual estatuto do AT no campo da saúde mental desde a psicanálise. In: HERMANN, Maurício Castejon (org.). *Acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Zagadoni. 2013.
- MILLER, Jacques-Alain. Saúde Mental e ordem pública. In: GLAZE, A.; BRISSET F.O.B.; MONTEIRO, M.E.D. *A saúde para todos não sem a loucura de cada um: perspectivas da psicanálise*. Rio de Janeiro: Wak Ed., 2011.
- ONOCKO CAMPOS, Rosana. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. In: *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 25, nº 58,
- PACHECO FILHO, Raul Albino. Humanização no SUS: o que a psicanálise tem a dizer sobre isto. In: *A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*. São Paulo: 2016 (no prelo).
- PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina. Humanização (verbete). In: PEREIRA, Isabel; LIMA, Julio. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, RJ: Manguinhos, 2009.
- PATTO, M. H. S. *A produção do fracasso escolar histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: T.A. Queiroz, 1990.
- PITTA, Ana. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Política. In: *Ciências & Saúde Coletiva*, 16 (12): pp. 4579-4589, 2011.
- RINALDI, D. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da Saúde Mental? In: ALBERTI, Sônia; FIGUEIREDO, Ana Cristina (org). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.
- RINALDI, D.; BURSZTYN, D.. A Reinvenção da Clínica. In: *II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental*, 2006.
- RINALDI, D.; CABRAL, L. H.; CASTOR, G. S. Psicanálise e reabilitação psicossocial: limites e possibilidades de articulação. In: *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*. UERJ, RJ, ano 8, nº 1, pp. 118-125, 1º semestre/2008.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1996a.

_____. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, Ana (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1996b.

_____. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Tradução: Lucia Helena Zanetta e Willians Valentini. Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia. Belo Horizonte/Rio de Janeiro, 1999.

TATIT, Isabel. *A noção de singularidade na psicanálise lacaniana: aspectos teóricos, clínicos e sociais*. Tese de Doutorado. USP, 2016.

TEIXEIRA, Ricardo. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3) p. 585-597, 2005.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. In: *História, Ciências, Saúde* – Manquinhos, RJ, vol. 9, nº 1: p. 25 – 59, jan-abr. 2002.

VIGANÒ, Carlo. A construção do caso clínico. In: ALKMIN, W. D. (org) Carlo Viganò: *Novas Conferências*. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2012.