

LAURA PAMPANA BASOLI

**FIGURAS DA CLÍNICA PSI NA ATUALIDADE:
algumas contribuições à Saúde Mental Coletiva**

ASSIS

2018

LAURA PAMPANA BASOLI

**FIGURAS DA CLÍNICA PSI NA ATUALIDADE:
algumas contribuições à Saúde Mental Coletiva**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras de Assis, para obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Dr. Sílvio José Benelli

Co-Orientador: Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa

Bolsista: CAPES

ASSIS

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – Unesp

B316f Basoli, Laura Pampana
Figuras da clínica psi na atualidade: algumas contribuições a saúde mental coletiva / Laura Pampana Basoli. Assis, 2018.
161 p. : il.

Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis
Orientador: Dr. Sílvio José Benelli
Co-Orientador: Dr. Abílio da Costa-Rosa

1. Saúde mental. 2. Psicanálise. 3. Psiquiatria. 4. Medicalização. 5. Capitalismo. I. Título.

CDD 616.89

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: FIGURAS DA CLÍNICA PSI NA ATUALIDADE: algumas contribuições à Saúde Mental Coletiva

AUTORA: LAURA PAMPANA BASOLI

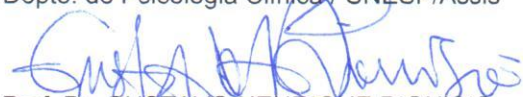
ORIENTADOR: SILVIO JOSÉ BENELLI

COORIENTADOR: ABILIO DA COSTA ROSA

Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Mestra em PSICOLOGIA, área: PSICOLOGIA E SOCIEDADE pela Comissão Examinadora:



Prof. Dr. SILVIO JOSÉ BENELLI
Depto. de Psicologia Clínica / UNESP/Assis



Prof. Dr. GUSTAVO HENRIQUE DIONÍSIO
Depto. de Psicologia Clínica / UNESP/Assis

(participação não presencial)

Prof. Dr. DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS
UFPR / Curitiba

Assis, 14 de setembro de 2018

A intervenção do psicanalista na vida política só pode se dar, se ele intervier, se ele lembrar que antes de ser individual, o sintoma é social. Ou, colocando de outra maneira, seja qual for a felicidade que nos é prometida, há um sintoma social e se não levarmos em conta isso, nunca poderemos fazer avançar a vida política.

(MELMAN)

Se a loucura é constitutiva, então *todo* sistema de significado é minimamente paranoico, “louco”. “O que é o roubo de um banco comparado à fundação de um novo banco?” Da mesma forma, deveríamos dizer: o que é a mera loucura causada pela perda da razão comparada à loucura da própria razão?

(ZIZEK)

à Gita,

*nós gatas já nascemos pobres
porém, já nascemos livres*

Agradecimentos

À minha família, meus pais, meus irmãos, minha irmã, meu sobrinho, minha cunhada. Se muitas vezes não pude estar presente, todo o tempo eram vocês que me vinham à cabeça, me dando força e acreditando comigo nessa maluquice que é transformar a realidade cotidiana. Aprendi em casa o que é justiça social e solidariedade. Valorização do ser humano sobre o capital, antes de Marx, quem me mostrou isso foram meus pais.

Agradeço ao Abílio, interlocutor fundamental, pela companhia, por ressoar minhas inquietações, por fazer perguntas que me dão coragem. Seguirei tentando inscrever em nome próprio. Ao Benelli, por sustentar junto comigo a aposta nessa pesquisa.

Como pode ao mesmo tempo um trabalho ser tão coletivo e tão solitário? Este é um texto, resultado de pesquisa e reflexão, inventado e produzido por muitas mãos, braços e corações. Sou incapaz de nomear tantos sujeitos que me ajudam a sustentar a esperança no laço social. São vocês que me fazem acreditar que a luta política vale a pena, que a academia pode ser poesia, além de rigor.

Agradeço à CAPES. O espectro de privatização do ensino ronda a pós-graduação. Em um ano de tantos retrocessos e ameaças à política de financiamento de pesquisas, que os programas das universidades públicas possam seguir fomentando investigações que se orientem em direção a transformação da realidade. O histórico de cortes de bolsas se restringe a pesquisas que contestam o *status quo*. Que sejamos capazes de interromper essa sequência.

BASOLI, L. P. **Figuras da clínica psi na atualidade:** algumas contribuições à Saúde Mental Coletiva. 2018. 160 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2018.

RESUMO

Que contornos ganha o “mal-estar da civilização” na atualidade? Como se apresenta seu caráter de denúncia e objeção? Submetido aos efeitos do Discurso do Capitalista, como resistem os sujeitos do desejo e suas múltiplas formas de (re)inventar a vida? São perguntas que me acompanham, me inquietam. Ensaio, assim, algumas figuras da clínica dos processos de subjetivação na atualidade, mais especificamente o tensionamento entre a Psiquiatria DSM e a Psicanálise do Campo de Freud e Lacan, tendo como objetivo principal contribuir com as práticas da Atenção Psicossocial e com os avanços da Saúde Mental Coletiva. Foi realizado um levantamento em quinze (15) programas de pós-graduação em Psicologia e Psicanálise e foram encontrados setenta e seis trabalhos (76) que tangenciavam as problemáticas que articulam a Medicalização e as manifestações contemporâneas, tais como a depressão, alcoolismo e toxicomania, entre outras figuras, com o Modo Capitalista de Produção (MCP), em sua versão hipermoderna. Da intersecção entre o campo da Economia Política e da Psicanálise, surge o Sintoma Social Dominante (SSD) como um dos planos de análise possível, dada a homologia proposta entre a Formação Social e as manifestações do mal-estar na atualidade. Quais seriam os efeitos das transformações, características da atualidade, no processo de subjetivação? A Psicanálise do Campo de Freud e Lacan ainda pode promover efeitos terapêuticos singularizantes? Como se apresentam as modalidades de sofrimento psíquico e o mal-estar na atualidade? No Ensaio 1: Primeira figura, apresento a Depressão como Sintoma Social Dominante, primeiro tema a atravessar minha existência como sujeito no mundo. No Ensaio 2: Figura do meio, trato da Medicalização nas práticas de cuidado e atenção à Saúde e o tensionamento entre a Psiquiatria DSM e a Psicanálise de Freud e Lacan. Explicito um campo de disputa entre a Clínica Ampliada, a Psicanálise (em crise) e a Psiquiatria, orientada pelos manuais tipo DSM e CID 10, praticada por grande parte do conjunto de trabalhadores da Saúde. Para o Ensaio 3: Outras figuras, foram abordadas questões acerca do alcoolismo e da toxicomania como SSD. Durante a realização da pesquisa descobri que os efeitos subjetivos da transformação neoliberal do Estado não só já haviam sido estudados, mas também que praticantes da Psicanálise já haviam estabelecido um debate acerca dos novos sintomas e dos novos sujeitos, temáticas as quais apresento no Ensaio 4: Que figura é essa? Procuro apontar a potência, sublinhar a dimensão criativa do sujeito ao construir para si um sintoma, como atividade crítica da realidade social que habita, um saber-fazer com as marcas de seu processo de subjetivação.

Palavras-chave: Saúde Mental Coletiva. Psicanálise. Psiquiatria DSM. Discurso do Capitalista. Sintoma Social Dominante.

BASOLI, L. P. **Figures from the current psi clinic**: some contributions to Collective Mental Health. 2018. 160 p. Dissertation (Masters in Psychology). São Paulo State University (UNESP), School of Sciences, Humanities and Languages, Assis, 2018.

ABSTRACT

What contours does "civilization and its discontents" gain today? How does its character of denunciation and objection present itself? Subjected to the effects of the Capitalist Discourse, how do the subjects of desire resist as well as their multiple ways of (re) inventing life? These are questions that have accompanied me, made me uneasy. Thus, I kind of *rehearse* to point out some clinical figures of the processes of subjectivation in the present time, more specifically the field of tension between the DSM Psychiatry and the Psychoanalysis of the Field of Freud and Lacan, aiming specially to contribute to the practices of Psychosocial Attention and to the advances of Collective Mental Health. A survey was carried out in fifteen (15) postgraduate programs in Psychology and Psychoanalysis, and seventy-six studies (76) were found that touched on the problems that articulate Medicalization and contemporary manifestations, such as depression, alcoholism and drug addiction, among others, with the Capitalist Mode of Production (CMP), in its hypermodern version. From the intersection between the field of Political Economy and Psychoanalysis, the Dominant Social Symptom (DSS) emerges as one of the possible planes of analysis, given the homology proposed between Social Formation and manifestations of current malaise. What would be the effects of the transformations, pertaining to present times, in the process of subjectivation? Can the Psychoanalysis of the Field of Freud and Lacan still promote singularizing therapeutic effects? How do the modalities of psychic suffering and malaise in current times present themselves? In Essay 1: First figure, I present Depression as a Dominant Social Symptom, the first theme to cross my existence as a subject in the world. In Essay 2: Medium figure, I address Medicalization in the practices of care and attention to Health as well as the tension between the DSM Psychiatry and Freud and Lacan's Psychoanalysis. I display a field of dispute among the Expanded Clinic, Psychoanalysis (in crisis) and Psychiatry, the latter oriented by the DSM and ICD 10 manuals, practiced by a large number of healthcare workers. For Essay 3: Other figures were addressed questions about alcoholism and drug addiction as DSS. During the research I discovered that the subjective effects resulting from the neoliberal transformation of the State had not only been studied, but also that practitioners of psychoanalysis had already established a debate over the new symptoms and the new subjects, which I present in Essay 4: What is this figure? In it I try to point out the power, to stress the creative dimension of the subject when constructing for oneself a symptom, as a critical activity of the social reality one inhabits, a know-how to make do with the marks of one's process of subjectivation.

Key words: Collective Mental Health. Psychoanalysis. DSM Psychiatry. Capitalist Discourse. Dominant Social Symptom.

LISTA DE SIGLAS

AP – Atenção Primária

APA – Associação Psiquiátrica Norte-Americana

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-ad – Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas

CIA – Agência Central de Inteligência

CID – Código Internacional de Doenças

CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

CRP – Conselho Regional de Psicologia

DA – Discurso do Analista

DC – Discurso do Capitalista

DH – Discurso da Histórica

DM – Discurso do Mestre

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

DU – Discurso da Universidade

GAM – Gestão Autônoma da Medicação

MCP – Modo Capitalista de Produção

PCC – Primeiro Comando da Capital

PPHM – Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador

PPG – Programa de Pós-Graduação

PPS – Paradigma Psicossocial

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SSD – Sintoma Social Dominante

SUS – Sistema Único de Saúde

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Sumário

APRESENTAÇÃO	12
Da <i>flâneur</i> ao mínimo rigor	12
Referencial teórico.....	15
Modo Capitalista de Produção.....	16
Psicanálise do campo de Freud e Lacan	17
Discurso do Capitalista e o Sintoma Social Dominante	21
Análise Paradigmática do Modo Capitalista de Produção na Saúde e a Integralidade no SUS.....	23
Critérios de investigação para coleta e análise preliminar do material	28
Sobre o Ensaio como estilo literário e o (im)possível diálogo da Psicanálise com a Ciência.....	29
Ensaio de figuras	31
ENSAIO 1: PRIMEIRA FIGURA	34
Depressão	34
Como Sintoma Social Dominante	36
Como Discurso?	39
Contribuições do cão	44
Temporalidade	45
Bergson.....	49
Benjamin.....	51
<i>Post scriptum</i> : Suicídio e escarificações	58
À guisa de conclusões	62
ENSAIO 2: FIGURA DO MEIO	64
Medicalização nas práticas de cuidado e atenção à Saúde	64
Medicalização como Sintoma Social Dominante e Discurso Médico.....	67
Clínica Ampliada: Saúde para além da ausência de doença.....	69
A Crise da Psicanálise (ou como (não) engolir a pílula?)	70
Tensionamentos entre a Psicanálise do campo de Freud e Lacan e a Psiquiatria DSM	72
Risco e biopoder	75
A <i>performance</i> do sujeito-cerebral	77
Uma crítica ao <i>furor sanandie</i> ao (ab)uso dos psicotrópicos: uma toxicomania legal(izada)	81
A lógica da Indústria Farmacêutica	87

Gestão Autônoma da Medicação (GAM) (ou qual lugar para o <i>phármakon</i> 1).....	89
Considerações Finais	96
ENSAIO 3: OUTRAS FIGURAS (OU QUAL LUGAR PARA O <i>PHÁRMAKON</i> 2)	
.....	99
Alcoolismos e Toxicomanias.....	99
O vício da morte está à venda.....	101
O que dizem por aí.....	105
Pela Política de Redução de Danos: “apologia ao cuidado”	116
ENSAIO 4: QUE FIGURA É ESSA?	119
Um “novo sujeito”?	119
A figura (do Sintoma Social Dominante?) no ensino de Lacan	126
Do gozo?.....	132
Exuberante ou discreta?.....	136
Um cifrão.....	149
Últimas palavras por agora	152
Referências Bibliográficas	154

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação tem como objetivo principal explicitar o contexto dos modos de produção da Saúde, de modo mais específico, a contribuição da Psicanálise do Campo de Freud e Lacan para a clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Mental Coletiva. Seu objetivo geral consiste em somar forças às discussões e às práticas da Integralidade do cuidado em Saúde, para que as usuárias e os usuários dos serviços possam ser cada vez melhor escutados e assistidos em suas necessidades.

A Saúde Coletiva se configura como um avanço da Saúde Pública em direção a um modelo de produção de Saúde que, além de gratuita, considera as singularidades dos territórios, o saber dos sujeitos sobre sua história, equipes multidisciplinares e processos de trabalho horizontais e cooperativos, com a participação da comunidade no planejamento e avaliação do serviço. Do ponto de vista da Atenção Psicossocial, uma clínica crítica se faz na medida que busca superar o princípio doença-cura e considerar a dimensão política dos impasses subjetivos. Significa que o sintoma, apesar de sofrimento, carrega também um forte caráter de objeção ao contexto sócio-cultural onde emerge. Sendo assim, não se trata de suprimi-lo, mas de (de)cifrá-lo.

Da *flâneur*¹ ao mínimo rigor

Após alguns anos flanando pelas problemáticas que articulam a medicalização e as manifestações contemporâneas, tais como a anorexia, a bulimia, a vigorexia, a fibromialgia, a depressão, a toxicomania, o TDAH, a síndrome do pânico, a síndrome de burnout, o estresse, a fadiga, a obesidade, entre outras figuras, com o Modo Capitalista de Produção (MCP), em sua versão hipermoderna, chego à apresentação de um texto, inacabado como todos os textos, mas que busca evidenciar uma pequena parte das minhas reflexões enquanto intercessora² na Universidade – e fora dela – bem como os desafios da (im)possibilidade de produzir Ciência.

¹ *Flâneur*: substantivo francês que significa errante, vadio, caminhante ou observador. Antes um tipo literário do século XIX, no início do XIX é convidado por Walter Benjamin, a compor a Crítica Social. Sugere nessa figura, o essencial do espectador urbano moderno, um detetive amador e investigador da cidade, que morre com o triunfo do capitalismo de consumo. No século XXI, ser *flâneuse* é a tentativa de sustentar um posicionamento ético investigativo, crítico e curioso ao mesmo tempo; observar de dentro e de fora os efeitos do laço social sobre os sujeitos e suas práticas.

² O Dispositivo Intercessor, forjado pelo Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa, é uma forma de produzir saberes e reflexões, buscando superar a divisão do trabalho entre os que pensam e os que operam na prática, entre os intelectuais e os técnicos, característica do capitalismo. Inclui, entre seu aparato teórico, a Psicanálise do Campo de Freud e Lacan, o Materialismo de Marx, a Filosofia da Diferença e a Análise Institucional.

Quando ainda na graduação em Ciências Econômicas, diante dos infinitos gráficos de oferta e demanda, capital e trabalho, preço e lucro, para mim restava a pergunta: onde está o *sujeito*? Entre o sujeito explorado, proposto por Marx e o sujeito do inconsciente, evidenciado por Freud, naquele momento, eu não tinha ideia da força que esse conceito, o de sujeito, poderia alcançar. Mesmo com a insistência do Paradigma Neoclássico³ em ignorar a realidade material concreta e teorizar estratégias e táticas para uma economia em *ceteris paribus*⁴, as muitas perguntas que me fazia então poderiam ser agora elaboradas da seguinte forma: como a reestruturação produtiva do MCP, a partir da segunda metade do século XX, interfere nos processos de subjetivação na atualidade? A constituição do psiquismo sofreria também as consequências dessas transformações na Cultura? Quais efeitos teriam para os processos de subjetivação? Quais sintomas sociais são produzidos como consequência? Como tomá-los em sua potência (de objeção ao laço) e singularidade (de criação)?

Em *Mal-estar na atualidade*, Birman (2000) afirma que “na passagem da modernidade para a dita pós-modernidade, algo da ordem do sujeito e do desejo se transformou radicalmente. Aquele não consegue mais acreditar, como anteriormente, que pode transformar a si mesmo e ao mundo com seu desejo, de maneira a poder reinventar a si mesmo e a ordem social” (p. 82). Antes dessa passagem, da Modernidade para a Hipermodernidade⁵, o ideário da revolução não constituía uma utopia, mas uma luta possível, um enfrentamento que poderia ter efeitos transformadores. Alguns dos

Pressupõe um(a) trabalhador(a) precavido por tais teorias, o qual possa operar, a partir de seu posicionamento ético, efeitos de singularização. Enquanto pesquisadora, permiti que os textos, livros, teses e dissertações atravessassem meu corpo, meu modo de pensar, compreender a teoria e operar com ela.

³ Paradigma Neoclássico: parte da visão de uma sociedade em harmonia, composta de indivíduos que se preocupam com o funcionamento do mercado e a utilização eficiente de recursos de acordo com seus interesses privados. No ambiente de prosperidade capitalista da década de 1960, muitos se entusiasmaram com a ideia de que as crises do capitalismo poderiam ser contidas e evitadas. Porém, com a crise mundial deflagrada na década de 1980, dissolveu-se o otimismo keynesiano (Estado de Bem-Estar Social), abrindo espaço para a Escola Monetarista, de base neoliberal, cujas consequências se desdobram ainda em 2018, com os retrocessos das políticas públicas sociais, o desmonte dos direitos trabalhistas, o sucateamento nos campos da Saúde, da Educação e da Previdência, incluindo o surgimento de movimentos organizados de ultradireita, que estão em franco processo de expansão.

⁴ *Ceteris paribus* é uma expressão do latim que pode ser traduzida por “todo o mais é constante” ou “mantidas inalteradas todas as outras coisas”. Esta condição é usada na Economia para fazer uma análise de mercado discriminando a influência de um fator sobre outro, sem que as demais variáveis sofram alterações. Ou seja, o impossível. É uma forma de quantificar as variáveis que, por natureza, são qualitativas, como, por exemplo, os efeitos subjetivos de um determinado modo de produção.

⁵ Hipermodernidade (SALECL, 2012), Modernidade Tardia (KEHL, 2009) ou Pós-modernidade (JAMESON, 2006; 1996) são termos que tentam identificar as modificações ocorridas no MCP e o novo contexto da acumulação flexível (HARVEY, 2004), as mudanças consequentes da passagem da sociedade de produção para a sociedade do consumo, em sua configuração neoliberal e globalizada, de modo particular, após o choque do petróleo de 1973.

efeitos das transformações da modernidade podem ser observados pelo avanço desenfreado da tecnociência ao retirar cada vez mais oportunidades de trabalho da população, sem mencionar a precarização das condições de trabalho às quais estão submetidos os que conseguem trabalho. A carência de participação e de emancipação político-ideológica são algumas das consequências subjetivas do capitalismo hipermoderno.

Já há algumas décadas, mas com cada vez maior evidência, um conjunto de autores revela como a sociedade do consumo (e da demanda) subjuga os sujeitos à imposição paranoica do capitalismo de mercado (GOLDENBERG, 1996; LEBRUN, 2004; MELMAN, 1992, 2003, 2008). Ouso dizer que a interpelação do sujeito pelo indivíduo (SILVEIRA, 2010) tem como consequência máxima o apagamento da potência singular da dimensão criativa do sintoma, como atividade de crítica da realidade social, reduzindo-o, para usar as expressões de Guattari e Rolnik (1986), à reprodução de subjetividades capitalísticas e serializadas.

Seria, então, imprescindível considerar as características da Formação Social, como variável fundamental, para apreender a complexidade das sintomáticas apresentadas pelos sujeitos na clínica contemporânea. Meu encontro inaugural com essa possibilidade de articulação do sujeito com o plano social se deu ao conhecer o livro *O tempo e o cão* (KEHL, 2009); sua leitura promoveu, ainda que de forma indireta, o primeiro contato com a obra de Jacques Lacan. Naquele momento, o mais extraordinário parecia ser a ideia – ainda que algo nebulosa – de que poderia existir uma relação possível entre o modo de constituição e manifestação do sofrimento psíquico, produzido tanto singular quanto coletivamente, e o modo como se organizam as relações sociais de produção. A hipótese da depressão como um Sintoma Social foi incluída no meu horizonte de problemáticas de investigação, revelando que poderia haver correspondências entre, a Formação Social e as Formações Inconscientes, na origem da produção de sintomas diversos.

As questões a que se chegou podem ser formuladas do seguinte modo: o que tem de social no sintoma? Quais seriam os efeitos das transformações, características da atualidade, no processo de subjetivação? A Psicanálise do Campo de Freud e Lacan, ainda pode promover efeitos terapêuticos singularizantes? É capaz de investigar e operar clinicamente com esses sujeitos e seus sintomas? Como se apresentam as modalidades de sofrimento psíquico e o mal-estar na atualidade? Quais são os sintomas característicos desse contexto histórico-econômico e político-social? Existem

consequências dessas transformações para a clínica e a *direção do tratamento*? São novos sintomas? Isso significa que existem novos sujeitos? Como a literatura sobre essa temática pode contribuir com os avanços da clínica na Saúde Mental Coletiva?

Este, entretanto, é um tema que se apresenta de forma ampla, com diversas entradas e saídas possíveis, brechas, abertas às afetações e expostas ao acontecimento (ZIZEK, 2017). A literatura é vasta. Há décadas, um grupo significativo de intelectuais tem se debruçado sobre essas problemáticas de diferentes pontos de vista. Como *flâneur*, fazendo uso privado da razão, sem ter que prestar contas para a Universidade, para o programa de pós-graduação, para as agências de fomento, além do campo científico no geral, poderia eu seguir nessa navegação rizomática entre os textos, servindo-me do que interessa, desprezando o que não cativa, sem um recorte prévio constituído ou objetivo já definido. Porém, para escrever uma dissertação, faz-se necessário um mínimo de rigor. Assim, estabeleci alguns critérios de investigação para coleta de dados e de análise, a fim de apresentar aquilo que me interessa como psicóloga, trabalhadora e pesquisadora do campo da Saúde Mental Coletiva, de modo a delinear um recorte possível em meio a tantos temas, que se entrecruzam e influenciam mutuamente. Como me disse um dia um amigo, experimentar a dor e a delícia de trabalhar com questões que são imãs para outras questões, a beleza da diversidade, característica da experiência humana.

Referencial teórico

Para situar um conjunto complexo de acontecimentos em relação dialética de composição de forças, faz-se necessário um arcabouço de igual complexidade e diversificado de analisadores. Contudo, acredito que possíveis leitoras e leitores podem se valer da ideia de “aproximação sucessiva”, pois apesar de parecer difícil, aos poucos é possível se familiarizar com os conceitos e começar a operar com eles. Vou destacar alguns que considero importantes da Crítica à Economia Política, de Marx e, da Psicanálise do Campo de Freud e Lacan, da Reforma Sanitária, que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a seus princípios de Universalidade, Equanimidade e Integralidade, bem como da Reforma Psiquiátrica, de modo específico, a Estratégia da Atenção Psicossocial. Não se trata de definir cada um deles, mas de apresentar o campo teórico-prático que me ajuda a pensar alguns aspectos da clínica contemporânea.

Modo Capitalista de Produção

Dois amigos que não se viam havia um tempo, se reencontram; um diz ao outro:

– O que você está fazendo agora?

– Estou vendendo sardinhas.

– Isto me interessa! Posso ver suas sardinhas?

– Claro.

Ele conduz a um entreposto e lhe mostra umas caixas.

– Posso pegar uma lata?

– Sim, pode pegar uma lata.

– Posso provar?

– Claro que sim, pode provar!

O outro prova e grita:

– Mas isso não dá pra comer!

– Quem falou em comer? É para comprar, vender, comprar, vender...

(VANIER, p. 211, 2002)

A Crítica à Economia Política, proposta por Marx, mais do que um método, constitui um modo ético de analisar dialeticamente (KONDER, 1985) a realidade material e concreta, isto é, a partir da luta de classes (MARX; ENGELS, 1999) e da teoria do valor-trabalho⁶, origens do conceito de mais-valia (MARX, 1985). Para a extração da mais-valia, parte do tempo de trabalho, socialmente necessário para produzir determinada mercadoria, não é pago ao trabalhador. Tal processo constitui um roubo não só material, mas também subjetivo. No capitalismo, as relações sociais entre seres humanos, são transmutadas em relações entre coisas pela operação do fetiche da mercadoria e seus dois fatores: valor de uso e valor de troca. Uma das consequências das transformações que o MCP sofreu nas últimas décadas, é a ampliação da extração da mais-valia pela via do consumo, dado o acirramento das relações entre capital e trabalho. De acordo com Harvey (1992), as práticas político-econômicas da atualidade são contrastantes com as do período do pós-guerra, o que o leva a supor uma hipótese em relação ao regime de acumulação de capital predominante na atualidade. Não mais a disciplinarização da força de trabalho do fordismo, porém a ampliação das formas de controle de trabalho e das capacidades físicas e mentais dos sujeitos.

Marx suprassume (*Aufhebung*) o trabalho, como processo de subjetivação humana, qualitativamente distinto dos animais, à realidade (*Wirklichkeit* – caráter cessível da realidade) das condições materiais de (re)produção da *ex-sitência*. Dessa distinção, posso ler uma entrada para o campo do desejo, da produção artística, do

⁶ O cálculo do tempo de trabalho socialmente necessário para a produção das mercadorias é um dos desdobramentos da teoria do valor-trabalho, o que interessa particularmente à essa pesquisa, já que para a constituição do psiquismo também se faz necessário um tempo de trabalho socialmente necessário, só assim poderia advir um sujeito.

trabalho-arte, da alienação enquanto exteriorização das capacidades teleológicas, características da experiência humana. Em suas conjecturas acerca das formações pré-capitalistas, Marx (2010) supõe a existência do trabalho-arte, mais além do trabalho alienado/estranhado, ou seja, quando o sujeito podia se reconhecer no produto de seu *fazer*, em conexão com seu *saber*; expressão de suas próprias características e habilidades, seus sonhos concretizados e suas memórias imortalizadas. Trata-se, portanto, do sujeito do carecimento, reduzido à esfera da necessidade, em oposição ao sujeito da carência e sua abertura para o campo do desejo.

Em meados da década de 1960, o capitalismo começa a dar sinais de que sua Era de Ouro estava chegando ao fim. O choque do petróleo, de 1973, deu início à reestruturação produtiva, a qual punha em cheque um modelo de produção, para que fosse substituído por um modelo de consumo, de produção *just in time*, sem estoques, de acumulação flexível, com enxugamento do Estado, flexibilização das leis trabalhistas, globalização do Capital mundial integrado e, altos investimentos em tecnologia, os quais causaram consequências para as relações humanas com as categorias de tempo e espaço, efeitos da tecnociência e seus progressos (quase) infinitos. Nesse respeito, é relevante dizer que, uma das características principais desse estágio do capitalismo hipermoderno, marcado pela sociedade de consumo e pela lei do mercado como (justamente não) reguladora das trocas sociais, é o acirramento da relação de exploração entre capital e trabalho, para ampliação da extração da mais-valia.

Psicanálise do campo de Freud e Lacan

Esta dissertação toma emprestada do Campo de Freud e Lacan a teoria dos discursos, a qual propõe como se organiza o laço social em um determinado modo de produção, além de ser uma forma de compreender o aparelhamento do gozo pelo significante, ou seja, enquanto modalidades de subjetivação, enquanto *discursos sem palavras* (GONÇALVES, 2000), a linguagem opera na medida em que aparelha gozo e significante.

São quatro + 1: Discurso do Mestre (DM); Discurso da Universidade (DU); Discurso da Histórica (DH); Discurso do Analista (DA); e mais um, que Lacan anuncia no *Seminário 17, o avesso da psicanálise* (LACAN, 1992), ministrado no ano de 1968 em Paris, ano que ficou conhecido pelo “Maio de 68”. Nesse contexto histórico de luta, resistência, crítica social, objeção, questionamento, Lacan propõe o Discurso do

Capitalista para dar conta das transformações da formação social capitalista em sua forma avançada (COSTA-ROSA, 2013).

São quatro lugares que se relacionam demarcando, pela barra, o recalque e, a dimensão do impossível, pelas duas barras paralelas: o agente do discurso, a verdade (não-toda) que o suporta, o outro, como aquele que trabalha para a produção desse discurso e, a produção, como aquilo que o discurso produz ou *tenta* produzir. Os lugares serão ocupados pelos matemas lacanianos: S1, como significante mestre, enxame de sentido inconsciente no DA, figura o mestre, agenciador no caso do DM; o mestre-autor, no caso do DU e, o mestre-a-ser-castrado/destituído, no caso do DH. S2: saber já sabido, ou todo o campo do simbólico; \$: sujeito do inconsciente, aquele que se representa entre significantes; *a*: objeto *a*, como condensador de gozo, isto é, o mais-gozar, homólogo à mais-valia marxiana, ou como objeto-causa do desejo, aquilo que não cansa de não se inscrever, de pedir passagem, de repetir, de pedir novamente que se inscreva.

$$\frac{\text{agente}}{\text{verdade}} \quad \rightarrow \quad \frac{\text{outro}}{\text{produção}}$$

O lugar do agente é a dominante do discurso, mas:

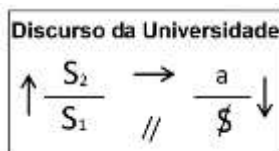
o agente do discurso é apenas, aparentemente, seu agente, pois a mola propulsora de qualquer discurso é aquela que se situa na posição da verdade. O agente do discurso é, dessa forma, apenas semblante, uma vez que a verdade nunca se revela totalmente, a verdade é sempre meio-dizer. O agente não é aquele que faz, mas aquele a quem a verdade faz agir. (CANABARRO, 2011, p. 22)

O Discurso do Mestre, é aquele que enuncia e impõe a lei, quer apenas que as coisas funcionem, sendo que, não se quer saber nada sobre o modo como funcionam e quais os efeitos produzidos. O que se pretende é governar e impor a ordem, ignorando sua impossibilidade.



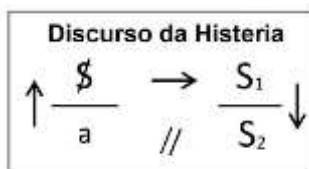
No Discurso da Ciência ou Discurso Universitário (DU), o conhecimento científico e acadêmico é produzido e aplicado pelo sujeito do conhecimento (o cientista)

sobre objetos de saber, promovendo como um de seus efeitos, intensos e crescentes processos de burocratização da vida social, área de predomínio da técnica e da produção de *gadgets* (ANTELO, 2008) – objetos que não produzem nada, esgotam-se em seu próprio uso.



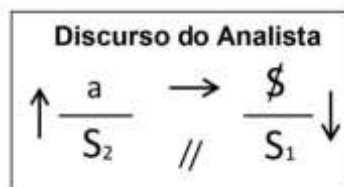
Sabe-se que os Discursos do Mestre, da Ciência e da Universidade são também semblantes do Discurso do Capitalista, ao passo que, o conhecimento científico, aqui rebaixado à categoria de tecnociência, presta-se cada vez mais a aprimorar e potencializar o funcionamento do MCP e a extração da mais-valia. Busca-se promover um governo por meio de conhecimentos científicos pedagógicos, psicológicos, médicos, psiquiátricos, sociológicos, etc. No Discurso do Capitalista, a relação de submissão do sujeito-consumidor ao capital, encarnado na figura do médico-prescritor, sobrepõe-se à relação de alienação tecnológica entre a Ciência e sua produção de *gadgets*; da qual o medicamento é um exemplo.

O Discurso da Histeria (DH) se expressa em uma forte objeção sintomática à insustentável (des)ordem vigente, na qual o sujeito é explorado, expropriado, espoliado e usado enquanto mera força de trabalho que se pode extrair, como se nota no capitalismo neoliberal, sem limites. O sujeito, nesse sentido, se recusa a ser tomado como objeto e questiona, incessantemente, o saber-poder do mestre, o qual no caso das práticas em Saúde Mental, é comumente encarnado pelo trabalhador-psiquiatra. Quando o sujeito não se adapta ao medicamento, pede para trocar (às vezes de médico), para aumentar, para diminuir; pede mais exames, faz a Ciência trabalhar, prevalece este laço social:



Já o Discurso do Analista (DA) considera o ser humano enquanto sujeito do carecimento, entende que ele não se esgota no plano do cidadão na ordem política, mas abre-se para o devir desejante e produtivo – sujeito dividido entre o plano do gozo e a

ordem do significante –, criador do novo e do inédito na vida psíquica (incluindo o corpo) e social. Este é o laço social mais adequado para as práticas de saúde e integralidade, pois coloca o sujeito (do desejo) no lugar do trabalho(-arte) e, o saber (inconsciente), no lugar da verdade (não-toda) que o sustenta.



Outro aspecto fundamental da obra lacaniana é que sua retomada dos textos freudianos possibilita avançar em relação à complexidade dos processos de subjetivação. Em linhas muito gerais, a constituição do psiquismo para este campo considera que há um processo pelo qual o *infans* passa para alcançar a condição de sujeito do desejo inconsciente. Dependendo de como acontecem esses equacionamentos, da inscrição ou não de um organizador fundamental (um significante mestre que opere como instância terceira) e seus efeitos *a posteriori*, é possível lançar hipóteses a respeito dos modos de subjetivação.

Em termos estruturais, são três os modos de negar a realidade da Castração Simbólica no Outro, os quais correspondem às três estruturas clínicas: o recalçamento (*Verdrängung*) – elemento negado é conservado inconscientemente no sintoma; a renegação (*Verleugnung*) – conserva o elemento negado no fetiche; forclusão (*Verwerfung*) – que não mantém o elemento “negado” no Simbólico, mas arrasado (PÉRICO, 2014). O diagnóstico diferencial por estrutura interessa na medida em que esse sujeito procura a clínica, pois a partir do posicionamento do sujeito em relação à instância terceira, é que se torna possível, posicionar a escuta e direcionar o tratamento, com a intenção de possibilitar um reposicionamento do sujeito em relação ao seu desejo e, também, em relação ao laço social no qual está inserido.

A passagem do *infans* ao sujeito representa também a passagem da necessidade ao desejo. Se a operação de alienação realiza uma captura imaginária totalizante do sujeito no desejo do Outro, a separação oferece condições para que ocorra a inscrição da falta e uma abertura para que o movimento do desejo possa aparecer (FINK, 1998). A radicalidade do conceito de desejo é a de ser sempre desejo de outra coisa: por causa disso a importância de atribuir um saber inconsciente na produção de sintomas diversos,

por este estar relacionado com aquilo que não cansa de não se inscrever e, por isso, retorna como diferença.

A libidinização do *infans* depende de um semelhante falante, imerso na linguagem e na cultura, para que possa advir um sujeito. A relação que esse pequeno ser vai estabelecer com a linguagem, depende das experiências de satisfação ou frustração que vai vivenciar com o meio, com seus próprios estímulos e com outros seres humanos, esta a terceira fonte de desprazer, explicitada por Freud no *Mal-estar na civilização*, mal-estar este atribuído ao laço social, conceito fundamental para pensar as questões e hipóteses propostas nesse texto.

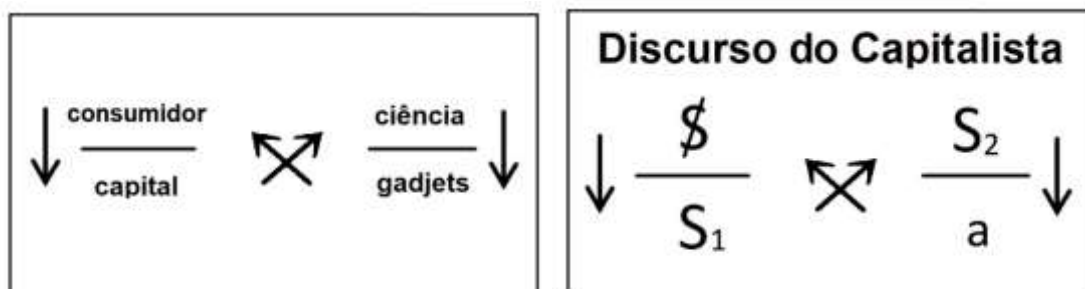
A aceleração da temporalidade opera efeitos desastrosos no processo de alienação e separação, assim como o desenvolvimento da tecnociência se reflete no horizonte dos ideais socioculturais, as quais organizam o campo simbólico do laço social. Os discursos que dominam as práticas no campo da clínica, têm efeitos na produção dos sintomas e na demanda por tratamento (COSTA; JUSTO, 2015).

Discurso do Capitalista e o Sintoma Social Dominante

*Até mesmo a saída do discurso capitalista,
o que não constituirá um progresso se for apenas para alguns.*

(LACAN)

Segundo Lacan, foi Marx quem inventou o sintoma (ZIZEK, 1996) e que considera que o proletário seria o sintoma social do capitalismo (VANIER, 2002; XAVIER, 2013), expressão da extração da mais-valia (homóloga ao mais-gozar) e do fetiche da mercadoria. Ao estabelecer o matema do Discurso do Capitalista (DC), Lacan realiza uma inversão entre S1 (significante mestre) e \$ (sujeito), isto é, na forma como esses termos aparecem no discurso do mestre. Com a inversão entre os termos do campo do sujeito, a articulação entre o senhor e o servo, situada no campo do Outro, não mais ocorre.



No DC, o senhor é quem sabe como o servo goza. O objeto colocado no lugar da perda/produção pode ser acessado pelo sujeito, situado no lugar de agente, de forma que, o sujeito, passa a ser impelido pelo objeto e não mais pela verdade. Esse (impossível) laço social propõe uma tendência à relação direta entre o sujeito e o objeto, sem mediação do campo Simbólico, caracterizado pelas relações sociais humanas, como se fosse possível ao sujeito alcançar a completude, prescindindo do Outro. Segundo Gonçalves (2000), *uma montagem em curto-circuito*:

Uma de suas versões mais enfáticas aponta os perigos da virtualização, que afetaria não apenas a constituição da realidade do mundo externo, mas a realidade de cada um. A ponto de se especular sobre o desvanecimento da fronteira entre realidade e imagem; mais radical ainda é o debate sobre o tema da “obsolescência do ser humano” em um mundo configurado virtualmente (p. 95).

Ao seguir o fio da história, é possível dizer que o DC, incluindo a produção do Discurso da Universidade como transição, nasceu no momento em que o mestre tratou de se apropriar do saber produzido pelo servo. Outro aspecto a ser observado é que, não é mais uma verdade, admitida como impossível (e por isso, não-toda) que sustenta o discurso, posto em marcha por um agente; agora, a moderna civilização agencia verdades de acordo com seus interesses, para manutenção e ampliação do Capital:

no MCP, o plano da *Verdade* (como causa de acumulação infinita de valor) agencia o *Agente* (já “identificado” como capital, que por sua vez agencia o *Trabalho* para fabricar as mercadorias para produzir mais capital (lugar da *Produção*) – Marx fala em DMD (dinheiro que produz mercadorias para produzir mais dinheiro) (COSTA-ROSA, mimeo).

No Modo Capitalista de Produção (MCP), o trabalho é agenciado: trata-se de uma forma de trabalho que foi expropriada de tudo, menos de seu poder de recriar, aquilo que sempre retorna e insiste em produzir saber novo, seja no sintoma, seja no *sinthoma*. De acordo com Costa-Rosa (mimeo), “nas circunstâncias sociais de alienação comum do trabalho, aquilo que se efetiva é só uma forma pálida desse poder de criação, mas que, entretanto, não deve descuidar de ver nas figuras do SSD. Ou seja, as figuras do SSD não deixam de expressar essa forma de contraposição ao trabalho alienado do MCP”, disto decorre a importância de olhar para os sujeitos e seus sintomas, a partir do lugar de resistência e potência criativa.

O Sintoma Social Dominante (SSD) pode ser tomado como um dos aspectos do Discurso do Capitalista. Introduzido na Psicanálise por Melman (1992), um sintoma é socialmente dominante, não por ser o mais frequente ou o mais importante, mas por ter sua estrutura homóloga à estrutura da Formação Social onde acontece. No (im)possível do laço social capitalista, a *lei do mercado*, como reguladora principal das relações sociais, não dá conta de fazer a mediação simbólica necessária entre o sujeito e o objeto (a), o que só poderia solucionar-se em uma crise extrema ou em uma catástrofe, que resultaria na morte de um no outro. Assim como na toxicomania, onde a relação de gozo é experimentada pelo usuário como potencialmente inesgotável, o capitalista se relaciona com os recursos naturais, de forma predatória, como se fossem infinitos.

O SSD pode ser apreendido a partir da homologia estrutural proposta entre a Formação Social e as manifestações do mal-estar na atualidade, tais como: a depressão, o alcoolismo, a toxicomania, a anorexia, a bulimia, a obesidade, o TDAH, a síndrome do pânico, o *burnout*, a fobia ou as escarificações. Estes aparecem como problemas endêmicos do mundo contemporâneo e crescentes na clínica apresentada pela literatura científica. Como um dos planos de análise possível para essa intersecção entre o campo da Economia Política e a Psicanálise, o SSD se apresenta como uma possibilidade de escutar os sujeitos para além da aparência das diferentes roupagens com as quais se transvestem os sintomas na contemporaneidade.

As estruturas da realidade psíquica e social estão em continuidade möebiana, o que permite inferir acerca da toxicomania uma relação de homologia com a estrutura da Formação Social neoliberal: “a regulação e o limite entre as partes em ação são produzidos apenas pela crise e a catástrofe, “a morte de um no outro”, também pode expressar os efeitos fundamentais das crises da economia como meio de regulação principal”. Assim como a toxicomania, aparecem no contemporâneo outras figuras da morte/abolição, tais como: o suicídio, a depressão e a anorexia. A falta de limites, evidenciada pela ausência do conceito de *impossível* no DC, pode ser vista de forma clara no modo como o sujeito precisa “voltar ao ‘ponto zero’ do gozo nos limites do princípio do prazer” (COSTA-ROSA, mimeo), reino da alienação ao desejo do Outro e do imperativo superegoico em sua versão feroz: *goza!*

Análise Paradigmática do Modo Capitalista de Produção na Saúde e a Integralidade no SUS

O material coletado foi lido e criticado a partir da análise paradigmática de Costa-Rosa (2013), a qual deve ser situada, entre outros, em um dos princípios do Sistema Único de Saúde, o da Integralidade. Entre os sentidos assumidos por essa dimensão, estão a:

não fragmentação da atenção à saúde, respeito aos sujeitos e seus direitos, atenção à especificidade das necessidades de indivíduos e comunidades, busca de interações intersubjetivas ricas e criativas, interação entre saberes técnicos e práticos dos diversos sujeitos, articulação de diferentes profissionais, serviços e setores relacionados à construção da saúde (KALICHMAN; AYRES, 2016, p. 2).

Apesar do SUS ser uma política pública, construída e conquistada pelos movimentos sociais organizados e em defesa de uma Saúde universal, equânime e integral, tal direito não faz com que todas as ações de saúde operem nessa lógica. Apesar das dificuldades de financiamento para sua plena implantação, o SUS estava, nas três últimas décadas, em processo de construção e consolidação. Contudo, agora os movimentos de retrocessos relativos a essa política social são cada vez mais fortes, em direção à privatização da Saúde, cuja gestão substitui os investimentos públicos pelo apoio ao sistema de convênios particulares. De forma mais ampla, este trabalho se direciona a todos os trabalhadores da Saúde, o que torna imprescindível enunciar que, os dois modelos a serem descritos convivem, se entrecruzam e se influenciam mutuamente, sempre na forma da negação dialética e complexa.

As características de como esse sujeito se apresenta quando procura (ou não) ajuda são relevantes para esta pesquisa. É certo que, tomando o processo de subjetivação como uma dobra entre carne-corpo, orgânico-psíquico, todo adoecimento pode estar submetido a essa dupla composição. Nesse sentido, interessaria a esta pesquisa, de forma ampla, todos os níveis de Atenção à Saúde, isto é, desde a Atenção Primária (AP), até os serviços de maior complexidade, tais como, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em seus diferentes níveis, nas mais distintas especialidades e nos diversos patamares de assistência à Saúde. Porém, escolhi como recorte, a clínica na atualidade, sistematizada e apresentada pela literatura científica, seja ela, pública, no geral, em serviços de Saúde Mental Coletiva, ou privada, com as experiências da clínica particular.

Entre as práticas de produção na Saúde Mental, é possível identificar dois modelos que disputam espaço e promovem tensionamentos entre gestores,

trabalhadores, usuários e familiares. De acordo com a história dos movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, existe um modelo alinhado ao MCP, que domina as práticas desde o início do século XX. Contudo, com a participação popular nos planejamentos e nas diretrizes a serem tomadas no campo da Saúde, como as apresentadas na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e na Constituição de 1988, observa-se que as práticas instituídas passam a ser questionadas pelo movimento instituinte, o qual vai se delineando e ganhando forças (COSTA-ROSA, 2013).

A Saúde Coletiva está em sintonia com o processo histórico de transição paradigmática de um modelo médico-centrado de Saúde Pública hospitalar e medicamentosa a outro modo, mais solidário e cooperativo. Em Saúde Mental, o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) domina as práticas do setor, de onde se observam a hierarquia na gestão e uma produção de cuidado baseada (equivocadamente) no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), orientadas pela psicopatologia psiquiátrica, a psicologização e a medicalização da vida. Típica do Discurso Médico, a lógica proposta pelo DSM é um modo de operar que sutura a divisão subjetiva e que origina o sofrimento psíquico do sujeito, interpela-o como indivíduo (SILVEIRA, 2010) e pode, desse modo, diagnosticá-lo e tratá-lo como organismo adaptável ao meio social.

Em oposição de forças, está o Paradigma Psicossocial (PPS), que tem como horizonte ético a ser perseguido a integralidade do cuidado, uma clínica ampliada e territorializada, isto é, que considera o sujeito em sua tripla dimensão (biopsicossocial), com processos de trabalhos cooperados e em equipe multidisciplinar, implicando o sujeito em seu diagnóstico e, ao mesmo tempo, em seu tratamento. Inclui também cogestão da Saúde como estratégia para a democratização e ampliação dos mecanismos de controle social e participação popular direta. À diferença do terapêutico alienante, uma proposta analítica e singularizante (PÉRICO; COSTA-ROSA, 2015).

Costa-Rosa (2013) oferece condições de operar uma análise paradigmática inspirando-se na Psicanálise e na teoria desenvolvida por Marx, de Crítica à Economia Política do Modo de Produção Capitalista. O que o autor chama de transição paradigmática é o modo de análise dialético e alternativo, referente a quatro parâmetros: 1) em relação ao objeto e aos meios de produção, ou seja, o aparelho jurídico-institucional, multiprofissional, teórico-técnico e o discurso ideológico; 2) formas de organização do dispositivo institucional e suas (im)possibilidades de metabolização do poder que nele se atualizam (relativos à proposta de horizontalidade na gestão); 3)

relação com a clientela, com destaque para a oferta de possibilidades transferenciais por parte do estabelecimento; 4) efeitos terapêuticos e éticos, mais especificamente, os fins políticos e socioculturais decorrentes de suas práticas.

A partir desses quatro parâmetros, com base no princípio de oferta e demanda em Saúde, torna-se possível realizar uma análise de como se configuram os processos produtivos e quais os efeitos terapêuticos e éticos operantes no PPHM e no PPS. Quanto aos “objetos que serão transformados” (1), tem-se no PPHM um aparelho jurídico-institucional, que se organiza a partir do MCP, reproduzindo a divisão de trabalho em um modelo quantitativo nos estabelecimentos de Saúde Mental: número de consultas, número de internações, número de medicamentos prescritos e distribuídos. É característico desse paradigma que o sujeito, quando muito, seja tomado como indivíduo e tenha sua doença tomada como objeto dessa prática, assemelhando-se ao modo asilar de tratamento, o qual entende “saúde” como “ausência de doença”. Já no PPS, almeja-se um modelo qualitativo no atendimento aos sujeitos, em que, novos indicadores sejam criados para avaliar a efetividade do tratamento.

Quanto às formas de organização do dispositivo institucional (2), é possível perceber uma metabolização do poder na figura do médico, cujos efeitos são imposições unilaterais sobre a organização do estabelecimento de Saúde Mental no PPHM. Por outro lado, no PPS, se busca experimentar um modo cooperado e coletivo de funcionamento, criando assim, uma proposta de horizontalidade na gestão, com vistas a superar a divisão do trabalho característica do modo de produção capitalista, no qual o processo de trabalho é pensado e definido por uma parte da equipe, investida por um saber técnico superior ao resto dos trabalhadores, limitados a executar as tarefas. Almeja-se, portanto, que tal cooperação entre os trabalhadores do estabelecimento seja vivenciada também entre os sujeitos do sofrimento que ali chegam, com vistas a alcançar a população do território.

Sobre a “relação com a clientela” (3), é possível observar que, no PPHM, o saber-poder está centrado na figura do médico, o que faz com que o sujeito permaneça alienado quanto aos possíveis fundamentos do sofrimento sintomático que o leva para o estabelecimento, e, evidentemente, quanto a sua postura frente a sua queixa. Nessa relação, o sujeito é tomado primeiro como objetivo de estudo diagnóstico e, depois, como objeto a ser assistido. A prescrição *a priori* e indiscriminada de medicamentos cria para os usuários um “manicômio químico”. Quando se fala em diversificar as possibilidades transferenciais oferecidas pelos serviços de saúde, estão sendo

consideradas as ações de promoção e prevenção em Saúde, incluindo as linhas e redes de cuidado.

Os efeitos terapêuticos e éticos (4) de se colocar o sujeito como protagonista no processo de tratamento faz surgir, além de uma ética e técnica, uma nova concepção de saúde psíquica, a saber: *saúde subjetividade*. Contrapondo o conceito de saúde como “ausência de doença” no PPHM, a mudança de concepção inclui o sujeito do sofrimento como um agente (principal) do processo de produção de tratamento, posicionamento além de um consumidor final de pílulas, isto é, corresponsável pelo seu tratamento e pela produção de saúde em seu território (COSTA-ROSA, 2013).

Neste último conjunto de práticas, o modo de pensar o processo saúde-doença, procura superar as dicotomias sujeito-objeto e saúde-doença, o que implica em efeitos éticos e políticos distintos, tanto no momento de elaborar um diagnóstico, quanto no de oferecer um tratamento, nos quais o sujeito se implica e se responsabiliza por aquilo de que ele se queixa e que o faz adoecer. Sob esta perspectiva da Saúde Mental, o MCP tem como um de seus efeitos a produção de subjetividade serializada, marcada pela competição, pelo consumo e pelo gozo sem limites, operando efeitos no modo como o sofrimento psíquico se apresenta. Em contraste, o PPS está posicionado em direção a outro modo de produção da vida, mais cooperativo e solidário (COSTA-ROSA, 2013).

Tomando como base as teorias de Marx e do Campo de Freud e Lacan, o PPS coloca o sujeito como protagonista e os trabalhadores dos estabelecimentos de Saúde Mental operam como intercessores no processo de produção de Saúde, assim tomada em seu conceito mais amplo, para além da “ausência de doença”. O ato diagnóstico e sua correspondente clínica podem dizer do poder que um determinado conjunto de práticas exerce neste cenário, estrato histórico social no qual observo tal problemática, palco de disputa entre os polos subordinado e dominante, presentes no contexto da formação social atual. É desse lugar estratégico, que me interessa pesquisar a clínica, explicitar na cena contemporânea como o sujeito está sendo tratado em seu sofrimento ou em sua potência de vida.

Esse campo de tensionamento na Atenção à Saúde é chamado de paradigma, por pressupor uma “agregação dos diferentes vetores das pulsações tanto em termos de ação instituinte quanto de resistências do instituído no campo da Saúde Mental” (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 28), ou seja, coexistem nas práticas de saúde e estão em

constante oposição dialética, constituindo a Estratégia da Atenção Psicossocial, um desafio para consolidação de novas práticas.

Critérios de investigação para coleta e análise preliminar do material

Para fins de sistematização, busquei nos principais programas de pós-graduação em Psicologia e Psicanálise do Brasil, teses e dissertações que apresentassem esse conjunto de questões apresentadas. A ideia surgiu a partir do *flanar* entre algumas revistas (Qualis A1 e A2) de universidades (UFRJ - *Ágora*, PUC-SP – *Cadernos de subjetividade*, UERJ – *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, USP/SP, UNESP/Assis, UFMG, UFRGS – *Reflexão e crítica*, UnB – *Teoria e Pesquisa*, Universidade de Fortaleza – *Revista Mal-estar e Subjetividades*) e das escolas de formação Lacanianas (*Fórum do Campo Lacaniano* – *Stylos*, *Escola Brasileira de Psicanálise* – *Opção Lacaniana*). Pude observar que algumas das que se destacavam, quanti e qualitativamente, em relação ao material do campo de problemáticas pesquisado, eram de universidades específicas: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e Universidade de São Paulo (USP).

Foi realizado um levantamento em quinze (15) programas (UFU, PUC-MG, PUC-RJ, PUC-SP, UEM, UERJ, UFF, UFMG, UFPR, UFRGS, UFRJ, UnB, UNESP, UVA, USP) e foram encontrados setenta e seis trabalhos (76) que estavam relacionados com o tema da pesquisa. Iniciei então, uma primeira seleção do material, excluindo os que não pertenciam a... o Campo de Freud-Lacan⁷. Em uma segunda filtragem, passei a selecionar os que, de alguma maneira já articulavam a clínica contemporânea e/ou os novos sintomas e/ou os novos sujeitos, com o conceito de sintoma social, com a Filosofia da Diferença e/ou com o materialismo de Marx. Tal escolha se deu por entender que estes são os principais eixos eticamente adequados para a crítica; ademais, foram selecionadas as que tinham sido defendidas entre os anos de 2012 a 2016; também fui incluindo no arquivo (FOUCAULT, 2008), trabalhos que me chegaram por outras vias de pesquisa, enviadas ou sugeridas pelos orientadores, por colegas do

⁷ O foco principal desta pesquisa consiste nesse campo de análise, contudo, a Teoria Crítica da Escola de Frankfurt e dos pós-frankfurtianos, de Benjamin a Agamben, passando por Althusser e Foucault, possuem uma importante contribuição para o trabalho. Muitos dos trabalhos do psicanalista Joel Birman e outros de seus orientandos, por exemplo, articulam Freud, Marx e Foucault, assinalando o mal-estar na atualidade, mas quase sem passar por Lacan. Ao observar os meus cadernos de campo, destaco a importância desse debate para o posicionamento crítico-clínico, o qual orienta minha escuta e, incluo alguns desses trabalhos entre os que serão analisados e apresentados nesta dissertação.

programa, pessoas conhecidas em congressos, encontros, simpósios, oficinas ou cursos de curta duração.

Para efeitos de apresentação crítica do arquivo encontrado, realizei a classificação desse material, detendo-me na produção científica dos principais programas de pós-graduação (PPG) em Psicologia Clínica, Psicologia Social, Psicanálise e Teorias Psicanalíticas do Brasil. Já no Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Sociedade, realizei uma pesquisa sistemática nas bases de dados dos principais PPGs, selecionados mediante a relevância da produção científica observada pela qualificação de suas revistas. Tal classificação foi se consolidando na medida em que ia sendo construída, isto é, dada a leitura e análise preliminar do material coletado, movimento característico de uma pesquisa em andamento.

Os critérios foram estabelecidos de modo gradativo, conforme fui me encontrando com os textos e selecionando aqueles que dialogavam de forma mais íntima com as questões que norteavam minhas perguntas de pesquisa. Naquele momento inicial, interessavam-me, sobretudo, as reflexões sobre os efeitos das transformações do Modo de Produção nos processos de subjetivação; contudo, ainda não tinha ideia de que existia um debate no campo lacaniano sobre os novos sintomas, bem como os novos sujeitos da clínica contemporânea. Durante esse processo, fui observando que esses trabalhos estavam (ou justamente não estavam) articuladas ao impossível laço social no capitalismo e a posição (ou não) crítica da Psicanálise (ou melhor dizendo, das e dos praticantes da psicanálise) em relação à (anti)ética político-ideológica do Capital no contemporâneo.

Sobre o Ensaio como estilo literário e o (im)possível diálogo da Psicanálise com a Ciência

aquilo que o ensaio pode comportar de arriscado, de insubordinado, de imprevisível, de perigosamente pessoal. Creio que a condição de ensaio, e ao mesmo tempo seu desafio, é a liberdade do espírito.

(STAROBINSKI, 2011)

O ensaio, forma textual da pesquisa psicanalítica, ao contrário das ciências e das teorias organizadas, “não almeja uma construção fechada, dedutiva ou indutiva”, não possui um fechamento de fato. Como a realidade, é constituído de rupturas e descontinuidades. Não é conclusivo, sua totalidade é “não-toda”. Por suas

especificidades, o ensaio aproxima-se da concepção de sujeito, ao mesmo tempo falante e incompleto, dividido pela ordem da linguagem.

A psicanálise encontra no ensaio a forma de escrita que mais se aproxima de seus pressupostos. Como expõe Poli, a construção de um saber em psicanálise passa por um desfazer de nossas certezas apriorísticas, por um mergulho na cena em que nos deixamos apanhar pelo enigma e por um “sacramento” na produção de um saber condizente com nosso lugar na estrutura. Tudo isso implica situarmo-nos dentro da psicanálise, de sua transmissão e herança e, a partir daí, construirmos nosso lugar de enunciação. Para que isso seja possível, é preciso que partamos do ato original de aceitar a queda de um referente exterior, qual seja, a operação da castração simbólica é justamente a castração que permite a emergência da psicanálise como exercício de uma ética que resiste à obturação do furo no saber. Ao não visar essa obturação, o ensaio constitui-se como um texto que, pelo contrário, aponta para o furo. Realizamos uma pesquisa como uma tentativa de contornar esse buraco, essa falha, sem jamais tamponá-lo (CANABARRO, 2011, p. 18).

Para possibilitar a ciência cartesiana e organicista, para que fosse capaz de produzir um saber objetivo, foi preciso excluir o sujeito da história. Na contramão de Descartes, construo uma revisão crítica da literatura a partir de uma abordagem teórico-conceitual. A Psicanálise, à diferença da ciência, que trabalha com método, é uma ética. Na sua práxis⁸, ela produz o sujeito, não apenas o descobre: “se, por um lado, a ciência procura excluir o sujeito, na busca pela tão sonhada objetividade, a psicanálise, e a pesquisa que ela permite, por outro, interessa-se pelo que constitui o particular do sujeito, aquilo pelo qual o sujeito resiste à ciência” (CANABARRO, 2011, p. 14). O sintoma, como forma de saber, é o modo, ainda que mal-ajambrado, do sujeito produzir conhecimento. Em sua leitura de Montaigne, Starobinski (2011) afirma que o exercício da reflexão interna é inseparável da inspeção da realidade exterior. Para esse autor, escrever “é ainda uma vez ensaiar, com forças sempre renovadas, num impulso sempre inaugural e espontâneo de tocar o leitor no ponto mais sensível, de forçá-lo a pensar e a sentir mais intensamente” (p. 21).

Que contornos ganha o “mal-estar da civilização” na atualidade? Como se apresenta seu caráter de denúncia e objeção? Submetido aos efeitos do Discurso Capitalista (LACAN, 1992), como resistem os sujeitos do desejo e suas múltiplas

⁸ Articulação entre teoria e prática, ética que busca superar a divisão do trabalho, característica do MCP.

formas de (re)inventar a vida? São perguntas que me acompanham, me inquietam. Procuro apontar a potência, sublinhar a dimensão criativa do sujeito ao construir para si um sintoma, como atividade crítica da realidade social que habita, um saber-fazer com as marcas de seu processo de subjetivação. Como convoca a fazer Starobinski (2011) com o ensaio, “aquilo de arriscado, insubordinado, imprevisível e perigosamente pessoal”, pretendo causar desejo, forçar a pensar ou sentir mais intensamente, mais livremente, aquilo que nos atravessa enquanto sujeitos em tempos sombrios⁹.

Além dos medicamentos e da medicalização da vida, como resposta *a priori* e exclusiva, o que pode operar no tratamento dos sujeitos, aqueles que sofrem no seu modo de subjetivação, no contemporâneo? Talvez uma clínica singularizante. Escutar para além do enunciado, com uma hipótese de bolso norteadora (NASIO, 1999). Para que tal escuta possa ser intercessora, faz-se necessário um posicionamento específico no campo transferencial, por parte do trabalhador-intercessor: deve suspender seu saber de mestria, de modo a colocar o sujeito no lugar do trabalho para produzir um saber-fazer sobre si e seu sofrimento. Esse raciocínio vale tanto para o consultório quanto para o trabalho nos estabelecimentos de saúde, pensando sempre o lugar ético-estratégico-tático necessário para sustentar a abertura para o desejo.

As instituições e seus estabelecimentos, assim como muito sujeitos, querem tamponar todos os furos, característica do PPHM, no qual se apoiam e, do ponto de vista das práticas em Saúde, a economia de mercado neoliberal. Contudo, apesar de todas as estratégias de tamponamento e exclusão, insiste um resto. Isso interessa. Explícito, ainda, que o dispositivo intercessor representa o posicionamento ético e estratégico que mantenho com o material encontrado; a análise paradigmática, por sua vez, consiste na tática utilizada para realizar essa leitura, com vistas a contribuir com a clínica crítica na Saúde Mental Coletiva, no Paradigma Psicossocial.

Ensaio de figuras

*Diante dessa imagem, nosso presente pode,
de repente, se ver capturado e, ao mesmo tempo,
revelado na experiência do olhar. [...] ela
provavelmente nos sobreviverá, somos diante dela o
elemento de passagem, e ela é, diante de nós, o*

⁹ Vive-se um momento de golpe, a frágil e incipiente democracia brasileira; tempos temerosos, de retrocessos das Políticas Públicas de Educação, Trabalho, Cultura, Previdência e Saúde. Intelectuais, trabalhadoras e trabalhadores, estudantes, usuárias e usuários, se faz necessário superarmos as pequenas diferenças e organizarmos juntos as saídas, imprescindivelmente coletivas, desse lamaçal que, tal qual o *Barão de Münchhausen*, a aspirante classe média brasileira tenta se puxar, sozinha, pelos cabelos.

elemento do futuro. A imagem tem frequentemente mais memória e mais futuro que o ser que a olha.

(DIDI-HUBERMAN)

Os ensaios foram organizados a partir da análise do material, e/ou da minha relação afetiva com essas figuras, meus temas de pesquisa. Chamo de figuras, por se assemelharem a imagens que podem exemplificar os efeitos do MCP nos processos de subjetivação. Tomo o conceito de figura como um elemento dialético na medida que traz em sua manifestação aspectos do passado, ao mesmo tempo que se atualiza como uma novidade em relação aos seus semelhantes (DIDI-HUBERMAN, 2015).

A ideia de figura, ou figurabilidade, contudo, está em Freud desde a *Interpretação dos Sonhos*, no qual ele afirma que a capacidade de representar é característica do trabalho do inconsciente. De acordo com Dionísio (2012), o trabalho de figurabilidade seria “uma força de ligação que o psiquismo impõe aos pensamentos inconscientes orientando-os a “convergir todos os dados do momento”, sua mecânica articula estímulos internos e externos numa unidade inteligível” (p.308). A representação diz respeito ao que antes “não podia aparecer”, por isso pode-se dizer que “o trabalho de figurabilidade visa configurar *imagem* no interior dos espaços psíquicos, ali onde se testemunha a criação ou a descoberta de formas que antes não existiam” (309).

Chamar de figuras, portanto, também quer dizer que algo se desvela no momento da nomeação. A cada ensaio apresento um conjunto de questões que se organizam em torno de uma imagem, quer seja a depressão, medicalização, toxicomania ou o cifrão. O trabalho de escrever ensaios de figuras se compara ao exercício de figurabilidade/representatividade, qualidade dos processos inconsciente. Busco, assim, não me reduzir ao depressivo, ao sujeito submetido ao Discurso Médico, àquele que faz usos de drogas ou àquele que teve seu valor reduzido ao preço de mercado. Digo figuras porque apresentam mecanismos mais complexos do que sua simples imagem poderia representar.

No **Ensaio 1: Primeira figura**, apresento a Depressão como Sintoma Social Dominante, primeiro tema a atravessar minha existência como sujeito no mundo. Em um momento específico da vida me vi diagnosticada e em quinze minutos medicada contra o mal que me acometia. Recém-encontrada com a crítica à Economia Política de Marx, descobrindo as misérias da famigerada universidade pública, entre outros

ataques, “*Serra-serra serrador*”, fere a autonomia das três estaduais paulistas. A queda dos ideais sócio-culturais veio acompanhada da tropa de choque¹⁰. *Para choque, Sertralina*¹¹, disse a especialista.

No **Ensaio 2: Figura do meio**, trato da Medicalização nas práticas de cuidado e atenção à Saúde e o tensionamento entre a Psiquiatria DSM e a Psicanálise de Freud e Lacan. Explicito um campo de disputa entre a Clínica Ampliada, a Psicanálise (em crise) e a Psiquiatria, orientada pelos manuais tipo DSM e CID 10, praticada por grande parte desse conjunto de trabalhadores da Saúde, principalmente clínicos gerais e neurologistas, armados até os dentes pela Indústria Farmacêutica. Esses temas atravessam minha trajetória: primeiro, como pessoa, depois, como pesquisadora. Enquanto intercessora, aponto para a Medicalização como uma figura do Sintoma Social Dominante transversal, por isso do meio, presente em todas as outras figuras.

Para o **Ensaio 3: Outras figuras**, foram abordadas questões acerca do alcoolismo e da toxicomania como Sintoma Social Dominante. Existem outras que são igualmente insistentes na literatura da clínica contemporânea, mas assim como não é possível colocar todos os pensamentos em um único texto, para não cair na impotência de ficar à deriva entre teses, dissertações e artigos, escolhi essas para apresentar. Durante a realização da pesquisa descobri que, os efeitos subjetivos da transformação neoliberal do Estado não só já haviam sido estudados, mas também que, praticantes da Psicanálise, já haviam estabelecido um debate acerca dos novos sintomas e dos novos sujeitos, temáticas que apresento no **Ensaio 4: Que figura é essa?** Por ser o referencial teórico que orienta minha escuta enquanto psicóloga-intercessora, considereirei reuni-las em um texto.

¹⁰ No ano de 2007, o então governador do Estado de São Paulo, José Serra, do PSDB, institui medidas que feriam de modo direto a autonomia política e administrativa das três universidades estaduais paulistas, as quais, em resposta, iniciaram um movimento de greve, o qual foi seguido de ocupações por todo o Estado. Estive entre os mais de cem estudantes que foram levados para a delegacia pela polícia, na ocasião de reintegração de posse no *campus* da Unesp de Araraquara, ocorrida às 2h da manhã, na madrugada do dia 19 para o dia 20 de junho.

¹¹ O cloridrato de sertralina é um dos Inibidores de Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS), receitados comumente para o tratamento de depressão.

ENSAIO 1: PRIMEIRA FIGURA

Resumo

Ensaio alguns aspectos do debate acerca da clínica da depressão na atualidade. Como escutar essa enxurrada de diagnósticos? Enquanto Sintoma Social Dominante (SSD), a depressão pode ser tomada como um sinal, uma denúncia daquilo que vai mal no (impossível) laço social capitalista. Apreendido a partir da intersecção entre o campo da Economia Política e a Psicanálise, quadros depressivos podem ser efeitos da Formação Social sobre as manifestações do sofrimento psíquico contemporâneo. Para além de uma tentativa da Indústria Farmacêutica de ampliar a reprodução de capital, o sujeito que se deprime exprime, ainda que com dificuldades, um discurso sobre a *dor de existir* em uma época em que o *blues* não é compartilhável. Com a aceleração da temporalidade, a perda do valor da experiência e o esgarçamento do laço social na sociedade do consumo, resta ao sujeito se recusar, como um último ato heroico que salve (a escuta de) seu desejo.

Palavras-chave: Depressão; Sintoma Social Dominante; Psicanálise; Experiência; Fatalismo.

Depressão

Enquanto manifestação do sofrimento psíquico, o aumento dos diagnósticos de depressão nos países do Ocidente, desde a década de 1970, pode ser entendido como um esforço da Indústria Farmacêutica em vender mais medicamentos¹², ou pode indicar uma tendência do sujeito contemporâneo a se deprimir. A segunda hipótese não exclui a primeira, mas sugere outro enfoque: o que as depressões têm a dizer como sintomas das atuais formas do mal-estar?

Pensar a depressão para além do esforço da Indústria Farmacêutica em acumular capital e de uma ala da Psiquiatria, que se esmera em difundir uma versão patológica e medicalizável de todas as formas de inquietação, significa afinar a escuta do sofrimento psíquico para ouvir o que não está funcionando no laço social contemporâneo: “A depressão é sintoma social porque desfaz, lenta e silenciosamente, a teia de sentidos e de crenças que sustenta e ordena a vida social desta primeira década do século XXI” (KEHL, 2009, p. 22).

¹² Desde 2008, as vendas de antidepressivos no Brasil aumentaram 48%. De acordo com a OMS, em 2020 será a segunda “doença” mais prevalente do mundo e, em 2030, o “transtorno psiquiátrico” ocupará o primeiro lugar entre as enfermidades (Matéria disponível em: <<https://setorsaude.com.br/consumo-de-antidepressivos-dispara-pelo-mundo/>>).

A psiquiatria DSM faz da *dor de existir*, característica da experiência humana, uma dor que deve ser removida. Muitas vezes, o significante *depressão* se desdobra em diferentes significados para o trabalhador da saúde que escuta, quase sempre o psiquiatra, e o usuário que apresenta seu mal-estar. Nomear depressão o aperto que dá no peito quando os conflitos familiares se intensificam, por exemplo, é a apropriação da lógica farmacêutica da *dor de existir*. Depressão, conflito, luto e luto prolongado existem desde antes das transformações no laço social contemporâneo. A depressão como figura significa ter como objetivo uma normalidade do *ex-sistir*: não sentir nada.

No texto *Televisão*, Lacan (2003) expressa que a depressão é uma falha moral: “um pecado, o que significa uma covardia moral” (p. 524), por sofrer da única culpa justificável em Psicanálise, por ceder em seu desejo. “Demissão subjetiva” foi como Lacan designou a posição do sujeito que se deprime. Haveria, portanto, uma covardia no que toca ao enfrentamento da castração. Os ideais de produtividade e as exigências por eficácia e performance¹³ são tão altos e imperativos no contemporâneo, e com os quais, os sujeitos estão tão identificados em sua dimensão de Ideal de gozo, que não é permitido o fracasso.

Em *Por que a psicanálise?*, Roudinesco (2000) apresenta os tensionamentos entre a Psicanálise e a psiquiatria DSM¹⁴ no tratamento da depressão e atesta que a aposta freudiana de que o sujeito pode ser liberto pela fala é atual e que no futuro a Psicanálise “deverá conservar integralmente o seu lugar (...) para lutar contra as pretensões obscurantistas que almejam reduzir o pensamento a um neurônio ou confundir o desejo com uma secreção química” (p. 9). Segundo a autora, a depressão surge como epidemia por uma característica das sociedades democráticas do fim do século XX, os quais “deixaram de privilegiar o conflito como núcleo normativo da formação subjetiva” (p. 19). Na vã tentativa de medicar o espírito, o que as substâncias químicas fazem é substituir as camisas de força, os tratamentos de choque e os manicômios por um novo sujeito, “polido e sem humor, esgotado pela evitação de suas paixões, envergonhado por não ser conforme ao ideal que lhe é proposto” (p. 21).

Já de início, é importante explicitar que existem diferenças entre o processo de luto, melancolia e depressão em relação à teoria do significante de Lacan. Em *Luto e*

¹³ Sobre performance, ver Ensaio 2.

¹⁴ Este campo de tensionamentos será mais amplamente desenvolvido no Ensaio 2, sobre a Medicalização, no ponto que trata de uma suposta crise na Psicanálise. Ainda sobre esse debate, a *Revista Cult* lançou no número 140, um dossiê sobre a depressão ter sido uma epidemia silenciosa no século XXI, no qual assinala as visões conflitantes entre as duas principais áreas que tratam do tema, a Psiquiatria e a Psicanálise.

melancolia, Freud (2011) estuda os aspectos narcísicos da melancolia e chama a atenção para o valor de *Ideal do eu* do objeto perdido, o que Quinet (2006) revisita à luz da teoria lacaniana, para propor a diferença entre as experiências de luto e melancolia, como sobremodalizações do recalçamento e da forclusão, respectivamente. Há de se considerar que, diante de uma perda (ou de um ganho) importante, é o *Ideal do eu* que é abalado, o qual, por consequência constitutiva, abala de formas diferentes os sujeitos em seus amarramentos imaginários ou simbólicos da realidade, dependendo do estatuto do *eu ideal*. No caso do luto, apesar do abalo desvelar uma angústia, a realidade psíquica não se desmorona, tampouco a fantasia fundamental é abalada.

Nos casos de depressão (ou luto prolongado, como chamou Freud), os vínculos objetais fálicos apresentam uma acentuada tonalidade narcisista, ou seja, se desvela, nesse caso, a importância estrutural que aquele objeto tem como causa (de desejo) para o Outro. Na melancolia, “a sombra do objeto cai sobre o sujeito”, tal como no discurso do capitalista, o qual tende a encurtar de forma infinitesimal a distância entre o sujeito e o objeto, além de fetichizar a imagem. É nessa medida que a depressão pode ser tomada como uma figura, pois sua manifestação está em sintonia com a formação social. De acordo com Costa-Rosa (mimeo):

A clínica nos mostra que não se trata da melancolia, onde, no limite, **a sombra do objeto cai sobre o sujeito**, nem a do luto prolongado na qual pudemos ver que há um impasse, uma pendência que pode atualizar-se por ocasião de uma perda. Sabemos que esse impasse diz respeito a avançar em relação ao desejo propriamente dito como desejo de outra coisa; a pendência que se atualiza diz respeito ao **amor do outro**, o sujeito ama ou procura o amor que lhe ateste se ele é ou não amável. O outro, como Ideal, representa a instância que atesta meu valor, valor fálico. Deprimo-nos quando não temos valor aos olhos do Outro.

Como Sintoma Social Dominante

Tomar a depressão como uma figura característica das sociedades ocidentais contemporâneas ou como uma das figuras do Sintoma Social Dominante (SSD) não quer dizer que todo depressivo é igual, muito menos que a direção de seu tratamento será a mesma. Além da depressão não ser uma estrutura clínica “[...] em cada sujeito a depressão tem diferentes significações, que só a análise vai poder desvendar” (JIMENEZ, 1997, p. 199). Analisar o crescimento atual das depressões como sintoma

social, não é o mesmo que escutar o depressivo, na clínica, como um caso social. Os depressivos devem ser, como todos os que procuram a Psicanálise, escutados um a um, isto é, o sentido do sintoma social não dispensa sua singularidade (KEHL, 2009).

É importante entender a depressão como SSD e sua homologia com a Formação Social, pois o depressivo, ao não admitir o impossível (atualizado na castração), cai na impotência (desânimo e inapetência pela vida). O Discurso Capitalista, por analogia, também renega o impossível da finitude da vida ou do planeta, performatizando sujeitos eternamente jovens (via a tecnologia do botox e das cirurgias plásticas, assim como métodos menos radicais como, cremes e dietas milagrosas) e recursos naturais inesgotáveis (modo de extração predatório das riquezas naturais e sua poluição). De acordo com Aparício (2017),

segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), calcula-se que a depressão afeta mais de 300 milhões de pessoas no mundo [...] No geral, o tratamento para essa problemática consiste na medicação prescrita em um discurso individual e que garante os lucros da indústria farmacêutica. [...] Se a pergunta é como a medicação beneficia o capitalismo... aí está a resposta. [...] É necessário construir e fortalecer os laços familiares e sociais que se veem fragilizados pela competitividade, como podem ser os laços de solidariedade entre os(as) trabalhadores(as), para que os sujeitos estejam melhor armados anímica e psiquicamente para enfrentar estas condições. Qualquer solução que não busque a transformação radical da sociedade será impotente, frente à problemática que se desencadeia a partir da precarização da vida e que nos arranca o desejo e o sentido de viver.

Kehl (2009) e Jimenez (1997) chamam a atenção para a depressão contemporânea como um sofrimento por falta de causa, desilusão de um Ideal, caracterizados por depressões consequentes de desemprego, falência, fim de relações amorosas, decepção familiar, queda dos ideais da política; ou, ainda, depressão por chegar à meta e não ter mais projeto, isto é, sujeitos bem-sucedidos no topo da carreira, muito ricos, para os quais não haveria nada a conquistar ou impossível de comprar. Trata-se de pensar que, via Discurso do Capitalista, o trabalho de elaboração dos abalos fica impedido, ou no mínimo dificultado, tal como nos casos de luto prolongado (ou a depressão propriamente dita, marcada por relações objetais de tonalidade narcísica).

Segundo Jimenez (1997), na depressão as autoacusações são dialetizáveis. O melancólico diz não merecer nada, só a punição; já o deprimido pensa que ele próprio

está sendo injusto com ele. De acordo com a autora, “durante a depressão o sujeito pode entrar em análise e em transferência, o que não é possível durante o surto melancólico” (p. 200). Contudo, a autora explicita que essa depressão, de alguma forma, é o contrário do luto, visto que este seria um trabalho simbólico de desinvestimento e reinvestimento libidinal: “na depressão trata-se de um luto congelado, eternizado, pela falta de trabalho de elaboração. O sujeito não quer se referenciar na perda – não quer se reconhecer como sujeito faltoso –, o que o remeteria à castração” (p. 201). Mais do que não querer, pode ser que, de fato, o sujeito não possa, por falta de significantes que lhe permitam cifrar e decifrar o gozo. Neste caso, incluo a hipótese da depressão, como SSD, ser uma sobremodalização dentro do recalçamento.

Charles Melman, primeiro autor do campo de Freud e Lacan a se referir ao sintoma como Social e dominante (1992), apresenta as *Novas formas clínicas no início do terceiro milênio* (MELMAN, 2003) e anuncia a depressão como uma primeira questão. Segundo o autor, o sujeito se deprime quando tem um “sentimento de não ter mais valor aos olhos do Outro” (p. 97). Nesse sentido, é interesse lembrar que valor aqui é socialmente localizado e essencialmente fálico. De acordo com Melman (2003),

hoje a situação é um pouco diferente, já que o sentimento de dignidade humana que estava ligado ao valor fálico, hoje está ligado ao valor mercantil. Aqui também, não busco mais minha referência em uma dimensão vertical, mas no valor que os outros me atribuem. A particularidade dos intercâmbios econômicos faz com que o valor comercial de cada um esteja submetido a circunstâncias aleatórias, imprevisíveis e que não dependem das próprias qualidades. Por exemplo, aparece uma nova tecnologia e todo meu talento e minha especialização não servem para mais nada (p. 98).

Para Melman (2003), a questão da depressão no recalçamento não é um problema individual, mas social, pois o inconsciente é social e o recalçamento originário advém de um consenso social no qual se compartilha o que é o normal, ou seja, aquilo que é “próprio ao meio cultural do qual participo” (p. 99). Logo, o que retorna como sintoma, na depressão enquanto SSD, são os efeitos do social sobre o inconsciente. No laço social contemporâneo, o valor do sujeito é mercantil. O autor ainda explicita os efeitos adversos dos neurolépticos, os quais modificam artificialmente o humor dos sujeitos que chegam à sua clínica. Apesar de não se posicionar de forma contrária, alerta que “se tentarmos artificialmente melhorar seu humor, ele vai se deprimir mais, porque vai perceber que estamos trapaceando com ele” (p. 100). Propõe que a direção é tratar o

depressivo como alguém responsável por si e por seu desejo, ao mesmo tempo em que, sustenta a pergunta: “você acha que realmente não tem nenhum outro valor a não ser o mercantil? Você pensa isso?” (p. 100).

Como Discurso?

Do conjunto de trabalhos selecionados para análise e crítica, é significativo destacar um deles. Coppedê escreve *O Discurso da Depressão: quando dizer é sofrer*, uma dissertação, orientada pelo Prof. Dr. Christian Ingo Lenz Dunker, defendida no Instituto de Psicologia da USP em 2016, na qual apresenta uma série de sete entrevistas realizadas pela autora com sujeitos que trazem em seu discurso o significante “depressão”, tendo por hipótese o fato de que este supre/suprime a falta de palavras específicas para designar um sofrimento resistente à nomeação. Dessas entrevistas, é possível destacar o caráter de denúncia que a depressão contém, associando-a com a histeria, por desafiar o Discurso Médico e todo o arsenal da Indústria Farmacêutica, pois alguns sujeitos não se silenciam com remédios, insistem em evidenciar a queda dos ideais e o imperativo (impossível) da felicidade que tenta suturar a divisão subjetiva e a falta, como dimensão da castração que concorre para a abertura ao desejo. Aparecem associados ao discurso da depressão, episódios de hipocondria, crises de ansiedade e síndrome do pânico. Outro ponto que a autora destaca, dado a frequência com que isto aparece nas entrevistas, é que a depressão passa a ser um lugar (ou um estado) do qual as pessoas entram e saem, caracterizando a baixa implicação subjetiva com que esses sujeitos chegam para pedir ajuda. Em homologia ao capitalismo e suas crises cíclicas, os sujeitos também relatam sua relação cíclica com a depressão.

Por conseguinte, aparecem os efeitos colaterais dos medicamentos receitados para depressão, tanto quanto aos efeitos colaterais, tais como perda (ou excesso) de apetite ou libido, quanto à consequência referida por muitos entrevistados de não sentirem tristeza, mas também não sentirem mais nada. Nesse sentido, na impossibilidade que alguns sujeitos apresentam para sentir dor, o medicamento induz quimicamente que o sujeito não sinta nada. Diante do declínio da função terceira, uma fantasia virtual e quimicamente sustentada. Coppedê (2016) destaca a importância atribuída ao ato diagnóstico que nomeia (ou não) a doença e o medo apresentado por muitos sujeitos de começar e, principalmente, de parar com a medicação.

A depressão como doença seria “como constructo médico que conceitualiza e unifica uma constelação de sinais e sintomas em relação a uma etiologia biológica” (p. 129). Nesse sentido, segundo a autora,

torna-se possível refletir sobre o estatuto criacionista do significante, bem como o estatuto performativo do ato diagnóstico; além de observar, na própria fala de pacientes, os seus efeitos, a saber: a produção de verdades e identificações; a continuidade e a repetição de um projeto cultural; a reencenação de um conjunto de significações já estabelecidas socialmente; a produção de uma identidade constituída no tempo, por meio da repetição de atos pré-determinados (p. 133-134).

No capítulo 3, Coppedê (2016) analisa as sete entrevistas realizadas. Na primeira, em meio a ideações suicidas, o sujeito procura ajuda: *“Aí falei: “Para! Que é isso, está maluca? Quem é essa pessoa, não é você!” Peguei o interfone, liguei para um amigo meu, que é médico, (...) Falei: “Eu não sei o que está acontecendo comigo. Não sou eu! (...) Aí ele falou: “É uma depressão. Você está com depressão”. Resultado:*

medicação durante um mês e a orientação para que se mantivesse sempre acompanhada de outra pessoa, até melhorar. Depressão vem como resposta à pergunta “não sou eu, o que é isso?” Caso tivesse sido endereçada a um psicanalista, a pergunta poderia retornar a ela não como um nome dado pelo outro, mas como novas perguntas na direção da investigação deste “isso”, possibilitando o reconhecimento da divisão subjetiva e a abertura para o inconsciente. Mas a resposta dada foi “depressão”, possibilitando efeitos subjetivos de identificação – com uma categoria psicopatológica, com o grupo dos deprimidos – e de reconhecimento pelo outro – que identifica, classifica e nomeia aquela forma de sofrimento (p. 71).

Esse diagnóstico, precipitado pelo médico, tem como efeito a desimplicação subjetiva do sujeito sobre o seu sofrimento, atribuindo aos medicamentos de última geração, que agem exclusivamente no organismo, a chave para curar seu déficit químico: “sua posição em relação ao próprio desejo, suas implicações relacionais, são então logo postas de lado, para que seja retomada a noção de que a depressão é química” (COPPEDÊ, 2016, p. 75).

A segunda entrevistada também passou pelo diagnóstico psiquiátrico e sua reiteração em cada etapa de nomeação do sofrimento psíquico, que envolve o discurso

do depressivo. Neste caso, se associam episódios de hipocondria e transtorno obsessivo compulsivo. Nessa ocasião, o médico disse que era isso, “*depressão com traços de transtorno obsessivo-compulsivo. E que era coisa que resolveria com o remédio, que não precisava de nenhuma psicoterapia. Ele achava assim, que não havia questões existenciais para tratar*” (p. 77). Segundo Coppedê (2016), entre os discursos de depressão, o discurso psiquiátrico contemporâneo é um atravessamento “cuja racionalidade aponta para uma suposta etiologia orgânica da depressão para a qual é suficiente o uso da medicação, ou seja, uma terapêutica que incide sobretudo no corpo do paciente” (p. 77) e aqui, corpo é tido em sua dimensão estritamente orgânica.

Em uma segunda volta ao psiquiatra, obtive um diagnóstico distinto, que o faz mudar de posição em relação ao seu desejo e aquilo que lhe faz sofrer:

o psiquiatra disse “Olha, o que você está experimentando é da vida. Isso não é doença e para isso não tem remédio. Agora, se você quiser, você pode fazer uma terapia, alguma coisa para elaborar essas coisas que você está sentindo”. A partir de então seu sofrimento foi nomeado pelo profissional como uma vicissitude “da vida”, que poderia ser “elaborada” (COPPEDÊ, 2016, p. 80).

Da terceira entrevista, mereceram destaque as considerações de Coppedê (2016) a respeito da relação de interdependência entre o diagnóstico de depressão e o tratamento medicamentoso, “em que o primeiro se deduz dos efeitos, ou até mesmo da mera prescrição do segundo e, desta forma, serve como signo de legitimidade para o diagnóstico. (...) se há antidepressivo e ele funciona, logo há depressão” (p. 84). Outro aspecto que chama a atenção nesse caso, e persiste nos demais, é tomar a depressão “como um lugar ou um estado no qual se chega e do qual se sai” (p. 86).

Durante a análise da entrevista quatro, há mais notícias da ineficácia dos medicamentos frente à impossibilidade do dizer singular, roubado de cada sujeito, que tem para si o carimbo da depressão. Em certa altura, o entrevistado diz:

Eu acho que apenas o remédio sozinho, pode ser Rivotril, pode ser o que for... nenhum remédio faz o serviço sozinho. [...] O problema do remédio da psiquiatra, esses remédios que ela me deu, é que eles são inibidores de uma série de outras coisas que fazem você melhorar de um lado, mas piorar de outro. Então causa impotência, abaixa a libido, coisa que não é normal. Então eu comecei a tomar aqueles remédios e passei a não viver, porque você não sente nada. Então você toma remédio, sente um bem-estar, mas o resto, você não sente mais nada. [...] A dor no peito passa. A dor que eu tinha era muito forte,

passou. Parou de ter esse aperto e ele me faz sentir bem. Uma bolinha, como se fosse uma bolinha. Então, ele faz alguma coisa no cérebro, que faz você se sentir melhor: ele levanta a moral. Mas só o fato de eu estar contente não faz eu tomar banho, me vestir, pegar minha moto e ir para um bar. Depende também de mim. Tem que fazer terapia, tem uma série de coisas juntas (p. 98).

Desse depoimento, é importante sublinhar o aspecto iatrogênico do medicamento. Na impossibilidade de admitir a *dor de existir*, o sujeito não admite nada. Também o reconhecimento pelo sujeito de que sozinho o medicamento não faz laço, evidencia uma mudança de posição, prática e subjetiva, para que possa administrar a existência em sua diversidade de sentimentos e relações.

Da quinta entrevista, Coppedê (2016) traz uma reflexão acerca da relação entre os efeitos de melhora e a realização do diagnóstico: “o ato diagnóstico atribui uma identidade ao sujeito, tanto pelo nome, “deprimido”, quanto pela inclusão no grupo ao qual o sujeito pode agora pertencer, o dos deprimidos, que tomam remédio” (p. 105). É deste lugar de indivíduo pré-fabricado, manipulável, que o sujeito passa a se identificar (ou não) com os livros de autoajuda, com as mais diversas religiões e com os grupos-massa, excludentes da possibilidade de qualquer singularização. Ainda, segundo a autora:

Se, por um lado, a nomeação do sofrimento, a identificação do sujeito a um grupo social, além dos efeitos da medicação – que podem ser tanto orgânicos quanto simbólicos – proporcionam a melhora dos sintomas; por outro, devemos considerar a advertência de Butler, de que existem ficções reguladoras na cultura, capazes de constituir efeitos de realidade, como se fossem decorrentes de uma “essência interna”, mas que não passam do efeito performativo de um discurso politicamente orientado, de uma significação performativamente ordenada. A noção psiquiátrica de depressão enquanto doença, entidade e essência, desempenha, portanto, esse papel de ficção reguladora que incide na realidade do sujeito (p. 105-6).

Nesta entrevista, Coppedê (2016) constata que o medicamento segue como tratamento principal, sendo amplamente distribuído na rede pública e a preços acessíveis nas prateleiras das farmácias. Enquanto que as terapias aparecem como acessórias ao tratamento, os medicamentos estão submetidos à lei do mercado, o qual impõe uma variedade na qualidade de sua produção para que seja possível de ser

consumido por diferentes estratos sociais. Quanto mais moderno e com menos efeitos colaterais, mais caros.

A performance de normalidade, esperada como efeito do uso de medicamentos, aparece no depoimento: “Não é para ficar feliz o tempo inteiro, mas para equilibrar, para ter o emocional de uma pessoa normal, entre aspas”. A entrevistada continua: “Mas eu também quis fazer terapia. (...) Eu queria fazer terapia porque eu achava que precisava de uma visão externa dentro da minha cabeça, entendeu?” (COPPEDÊ, 2016, p. 106-7). De acordo com a autora, os efeitos desse processo terapêutico fizeram com que ela pudesse dar outros nomes para seu sofrimento. De início, permitiu a “desconstrução de representações genéricas acerca do sofrimento depressivo e da construção de um saber singular acerca dele, capaz de encontrar algo a se fazer com o grito que o remédio, felizmente, nesse caso, não silenciou” (p. 109).

A sexta entrevista, traz aspectos da depressão em relação ao modo de vida atual, sobretudo das mulheres. O imperativo da felicidade e os ideais de desempenho permeiam sua análise. Diante do acúmulo de obrigações e de tarefas, tanto da área familiar, quanto profissional, tantos papéis, mãe, dona de casa, filha: “foi um acúmulo de responsabilidades que eu quis assumir sozinha, sem falar nada para ninguém; e foi indo, foi indo, foi indo, até que eu não dei conta. Deu um tilt” (p. 116).¹⁵

Para Coppedê (2016):

Outro aspecto relevante que esse fragmento permite observar é a oposição entre “*depressão*” e os ideais relacionados à própria identidade, o que nos remete à ideia de que essa patologia seja um efeito – ou mesmo uma forma de resistência – do sujeito ao culto da performance, à necessidade de ser o empreendedor de si mesmo, ao imperativo do consumo, bem como ao ideal de felicidade (p. 117).

O último entrevistado, por sua vez, era justamente um médico, que

assume a responsabilidade pelo próprio tratamento a partir dos seus próprio conhecimentos bioquímicos, prescindindo do médico, prescindindo das medicações alopáticas que “*causam dependência*”, fazendo jus aos ideais de independência e de gestão de si mesmo, inerentes à noção contemporânea de indivíduo (p. 123).

¹⁵ Para mais articulações entre as questões de gênero, patriarcado e sofrimento psíquico, ver Zanello (2012).

Sobre os remédios, diz que são “para esquecer”, “para ter uma sensação de bem-estar artificial”, como se essas funções se sobrepusessem ao mal-estar. Coppedê (2016) afirma que, desse ponto de vista, a estratégia é de blindagem contra a depressão, “algo que novamente remete ao indivíduo à mercê da própria sorte e dos próprios recursos de sobrevivência” (p. 126). A autora conclui seu trabalho articulando a “depressão” à “posição do sujeito perante a castração ou, ainda, como a dor de existir no campo da linguagem”, podendo este refletir sobre o “estatuto criacionista do significante, bem como o estatuto performativo do ato diagnóstico” (p. 133).

Contribuições do cão

Em *O tempo e o cão*, Kehl (2009) afirma que existe uma estreita relação entre a aceleração da temporalidade, a perda do valor da experiência e o esvaziamento subjetivo do sujeito contemporâneo. Sua argumentação se baseia na obra de três autores contemporâneos, a saber, o francês Henri Bergson (1859-1941), o austro-húngaro Sigmund Freud (1856-1939) e o alemão Walter Benjamin (1892-1940). A Europa da virada do século XX é tanto o berço desses pensadores, quanto o palco das transformações consequentes da consolidação do capitalismo e dos valores da burguesia. Bergson, Freud e Benjamin acompanharam de perto as mudanças advindas da modernidade, o que pode revelar um campo comum de observação das consequências subjetivas dessas transformações, as quais irão, cada um a seu modo, embasar a construção de suas teorias.

Esses pensadores viveram e testemunharam um período histórico de mudanças tão rápidas quanto jamais havia sido possível ao ser humano imaginar. Nesse sentido, modernização significa “a passagem de um mundo com regras conhecidas a um mundo instável e incerto” (MATOS, 2010, p. 183). Por exemplo, no ensaio *O narrador*, Walter Benjamin (1996), ao retratar os combatentes que voltavam mudos do campo de batalha da Primeira Guerra Mundial, descreve:

uma geração que ainda fora à escola num bonde puxado por cavalos se encontrou ao ar livre numa paisagem em que nada permanecera inalterado, exceto as nuvens, e debaixo delas, num campo de forças de torrentes e explosões, o frágil e minúsculo corpo humano (p. 198).

É essa atmosfera de agitação e turbulência, aturdimiento psíquico, expansão das possibilidades, de destruição das barreiras morais e dos compromissos pessoais, que dá origem à sensibilidade moderna. “A moderna humanidade se vê em meio a uma enorme ausência e vazio de valores, mas, ao mesmo tempo, em meio a uma desconcertante abundância de possibilidades” (BERMAN, 2007, p. 32). A forma como a tecnologia transforma o cotidiano das pessoas abala sua crença no laço social como organizador da sociedade. Uma contínua perturbação de todas as relações sociais, interminável incerteza e inquietação, distinguem o período.

Hoje, nos desdobramentos da modernidade, é possível apontar um discurso que tem se generalizado e ganhado força desde as últimas décadas do século XX: trata-se do imperativo do gozo e o da falta de tempo, da pressa, da alimentação *fast food*, da entrega *just in time*, da automatização da vida e das mínimas relações cotidianas: acordar, comer, trabalhar, estudar, dormir e acordar. Tudo rápido. Quase como se tivessem roubado dos sujeitos o espaço de tempo, o espaço e o tempo, referências estas necessárias para sua constituição, para que esse possa lidar com os impasses que a realidade compartilhada apresenta, refletir sobre o que lhes acontece no dia a dia, sobre seus desejos, frustrações e angústias.

Temporalidade¹⁶

*O capitalismo é o senhor do tempo.
Mas tempo não é dinheiro.
Isso é uma monstruosidade.
O tempo é o tecido da nossa vida.
(Cândido)*

A regra hoje é “Time is Money”, então não perca tempo, pois você vai perder dinheiro. Antônio Cândido, todavia, discorda e é muito claro ao alertar sobre os perigos da inversão de valores que se operou com a consolidação do atual modo de produção, principalmente nos países do Ocidente. Tempo não é dinheiro, tempo é o tecido da vida, é tudo que se pode ter; o resto, é o que se faz dele.

Se não há tempo sobre o qual se possa tecer uma vida, construindo uma teia de relações entre os sujeitos, qual sentido teria o laço social? Responsável por atribuir sentido à frágil existência humana, por sustentar o vínculo que nos liga enquanto

¹⁶ Termo utilizado para se referir à forma de organização e percepção subjetiva do tempo, além de ser um dos modos de regulação social (KEHL, 2009).

sociedade, por ser o tecido da nossa vida, o laço social, sustentador da esperança dos sujeitos no futuro da humanidade, é atravessado pela percepção do tempo. Em uma sociedade que aposta na euforia como regra, a depressão figura como sintoma social, na medida em que destoa da “normalidade”, pois apresenta modos de comportamento, pensamento e estilo subjetivo, contrários a norma social de seu tempo. Dessa forma, o depressivo é incômodo, pois “desafina o coro dos contentes” (TORQUATO NETO apud KEHL, 2009, p. 23), revelando que algo vai mal no laço social. Nesse sentido, a relação entre temporalidade e depressão, pode sugerir algo que esteja fal(h)ando no laço social.

O tempo é um importante conectivo que atravessa esta pesquisa. Ao mesmo tempo, individual e coletiva, objetiva e subjetiva, a relação do ser humano com o tempo dependerá tanto da cultura, quanto do contexto histórico no qual o sujeito está inserido. Do ponto de vista social, o controle (ou não) do tempo marca possíveis formas de poder as quais se estabelecem entre os membros de uma determinada comunidade.

As civilizações agrárias, origem de todas as formas de civilização, viviam a experiência temporal muito regulada pelo tempo da natureza: tempo de plantar, colher, as estações, o Sol. Nesse período, o transcorrer de um dia, desde o amanhecer até o Sol se por, ainda é muito solidário com os ciclos naturais – apesar do risco de se criar uma imagem muito idealizada desse momento, pois a rigor, esse não é necessariamente melhor ou pior (GOUREVITCH apud KEHL, 2009).

No final da Idade Média, entre os séculos XII e XIII, começam a surgir os primeiros relógios de ponteiros, colocados nas torres das igrejas, evidenciando que o tempo da natureza, determinante para o trabalho no campo, passa a ser pontuado também pelo tempo religioso. Assim, havia certa compatibilidade entre o tempo da agricultura, comandado pelo Sol, e o restante do tempo social, regulado pela Igreja. O badalar dos sinos, por conseguinte, indicava o momento das orações, das missas, das festividades e das cerimônias fúnebres. A religião, portanto, pautava tanto o sentido que os fiéis deveriam atribuir à existência, quanto os acontecimentos importantes para o sujeito da época: nascimento, batizado, casamento, funeral, relações sociais, sexuais.

Logo começam a aparecer relógios nas torres das prefeituras, o que demonstra que, além do tempo da Igreja, com a complexificação das cidades, dada a intensificação da produção artesanal e das trocas comerciais, o tempo administrativo também começa a ter sua marcação. O tempo do comércio, com suas exigências próprias, aos poucos vai substituindo o tempo da Igreja (KEHL, 2009). Com a Revolução Industrial, sob as

novas condições impostas pela vida econômica, a medição do tempo se torna mais precisa e rigorosa. Não mais ditada pela luz solar, passa a ser contada hora a hora; minutos começam a fazer diferença no processo produtivo. O tempo agora é marcado pelos relógios das fábricas e das linhas de produção, caracterizando o tempo do trabalho, tempo do capital, modo de produção vigente na sociedade contemporânea.

Se o tempo humano nunca esteve inteiramente à disposição dos indivíduos (em nenhuma sociedade humana cada um faz o que quer do seu tempo), pode-se compreender que a forma mais antiga e mais permanente do exercício do poder é o controle do tempo. Sob os imperativos do capitalismo, além do tempo ser controlado, pela primeira vez na história uma parcela do tempo de trabalho passou a ser roubada: “a expropriação de uma parcela de tempo de vida do trabalhador para a produção de mais-valia, descoberta por Marx, é uma particularidade das sociedades capitalistas modernas” (KEHL, 2009, p. 113).

Na modernidade, o sentido da vida não mais será dado por alguma verdade transcendental que preceda a existência individual. Com o desenrolar do capitalismo e da modernidade, é possível apontar que, os discursos predominantes a respeito do que a vida deve ser, têm se empobrecido à medida que se apoiam cada vez menos em razões filosóficas e cada vez mais em razões de mercado. Uma das razões do sofrimento do homem na modernidade, portanto, é a dificuldade de estabelecer qualquer verdade permanente a respeito do ser (KEHL, 2002).

Com o conceito de “a posteriori” (*Nachträglichkeit*), Freud procurou formular uma concepção da temporalidade em sua relação com a causalidade psíquica, defendendo que a aparelhagem psíquica seria, então, rigorosamente uma instância temporal e não espacial (por isso é tão difícil localizar o inconsciente freudiano), criando, dessa forma, elementos para entender como a dimensão do tempo se inscreve no psiquismo. Na carta 52, dirigida a Fliess (FREUD, 1996a), sua tese é de que a memória não se faz presente de uma só vez, mas que se desdobra em vários tempos, e que esses traços de memórias estão sujeitos a rearranjos de tempos em tempos. Assim, a memória se construiria por meio de sucessivos registros que representam a realização psíquica de diferentes épocas da vida.

No texto “Projeto para uma Psicologia Científica”, Freud (1996b), ainda muito vinculado à medicina da época, procura estruturar uma psicologia que fosse uma ciência natural. Nesse sentido, descreve “os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, dando assim a

esses processos um caráter concreto e inequívoco” (1996b, p. 395). Essas partículas materiais são os neurônios, que serão então classificados em duas classes, em decorrência das diferentes resistências das barreiras de contato existentes entre os neurônios. Freud então atribui a uma classe de neurônios a característica de ser permanentemente modificada pela excitação – seriam as células mnêmicas (impermeáveis, por oferecer resistência, mas que se modificam quando da passagem da excitação), e a outra classe de neurônios imutáveis, livre para receber excitações inéditas – seriam as células perceptivas (permeáveis, já que não oferecem resistência, permitem que as excitações transitem sem deixar marcas). Os da primeira classe seriam, assim, os responsáveis pela possibilidade de representar a memória e com isso, provavelmente, também os processos psíquicos em geral.

Desde o momento em que é percebido, até ganhar uma representação consciente, um estímulo realiza sua inscrição psíquica em três registros diferentes: 1) Signos perceptivos; 2) Marcas Mnêmicas Inconscientes; 3) Marcas Mnêmicas Pré-Conscientes – Conscientes. A distinção entre dois sistemas que atuam concomitantemente no aparelho psíquico, são eles o Consciente (P-Cc) e o Inconsciente (Inc), os quais reagem de maneiras diferentes às diversas perturbações. Assim, a consciência não é completamente autônoma com relação à memória, nem a memória pertence exclusivamente ao sistema inconsciente. É na dinâmica de trânsito entre os diferentes níveis de registro que o aparelho psíquico trabalha.

Da diferenciação dos neurônios presentes em cada sistema, segue a constituição de um escudo protetor, denominado consciência, responsável por preservar o psiquismo contra “os efeitos ameaçadores das enormes energias em ação no mundo externo” (FREUD, 1996a, p. 43), daí se pode inferir, portanto, que a principal função desse sistema é aparar a recepção de estímulos e responder a eles, mantendo a integridade do aparelho por meio da proteção das camadas mais profundas do psiquismo. Lembrando que esta elaboração teórica está em consonância com o Freud da época, marcado pela segunda tópica, que apresentava o aparelho psíquico com três dimensões: econômica, topológica e dinâmica.

Em o *Estádio do espelho* Lacan (1998) diz da importância da dimensão do imaginário, da imagem para a constituição do mínimo eu como primeira instância da realidade psíquica. Esse processo se realiza tendo como pano de fundo o campo do simbólico, seu conjunto de significantes e valores. Interessa à essa pesquisa combinar esse horizonte de análise com os fenômenos do contemporâneo, considerando, contudo,

hipótese de que as transformações características da hipermodernidade poderiam explicar possíveis alterações na subjetividade contemporânea.

A sessão “Os nossos antecedentes”, dos Escritos (LACAN, 1998), comporta, além do “Estádio do espelho como formador da função do eu”, o texto intitulado “Acerca da causalidade psíquica”. Nesse texto, a prematuração do nascimento aparece como uma importante questão, pois do ponto de vista da motricidade, o infans não tem controle algum sobre seus movimentos. Já do ponto de vista da visão, esta se constitui muito cedo na vida do bebê, logo nos primeiros dias de seu nascimento. Desse descompasso, Lacan aponta para um lugar privilegiado que a Imagem ganha no início da vida de um humano. Outra consequência importante aparece no Estádio do espelho, com a substituição da angústia do “corpo fragmentado”/corpo despedaçado pela imagem antecipada do corpo como totalidade – a partir do conceito de a posteriori (*Nachträglichkeit*).

Com relação ao que a psicanálise tem a dizer quanto ao tema do tempo, chamou a atenção um artigo em especial, “O tempo na experiência da psicanálise”, de Fingermann (2009). Ele afirma que o mundo globalizado transforma tempo em mercadoria – “*time is Money!*” – e a psicanálise, na contramão desse processo, insiste em se oferecer como um método que proporciona uma experiência outra com o tempo.

Bergson

A filosofia de Bergson afirma que o tempo é vivido de um jeito, mas pensado de outro. Pode-se dizer que parte de sua obra apoia-se nessa descoberta, a de que o tempo compreende essas duas faces distintas. Para o autor, o tempo vivido é incompreensível, e este “escorrer do tempo”, que não se reduz a uma linha, é um estado de consciência que ocupa um intervalo de duração absoluto.

Diferente da cadência fixa do relógio, os instantes não são sentidos de maneira quantitativa e exata. O transcorrer do tempo não é vivido em uma série quantitativa, marcada pela divisão em segundos, minutos e horas. Essa compartimentação do tempo, entretanto, foi uma invenção do homem para se organizar de forma coletiva, marcar encontros, na melhor das hipóteses. Nesse sentido, a temporalidade pode ser entendida como uma forma de regular a percepção subjetiva do tempo.

Contudo, na realidade, vive-se uma sucessão ininterrupta de momentos qualitativos os quais não podem ser divididos entre si, que se misturam e se organizam

na memória de forma singular e intraduzível. Entre um antes e um depois, a única coisa natural experimentada, independente de culturas, é a duração, pois o presente é um instante incomensurável: “presente é uma mínima partícula que vem empurrada pelo passado e já roendo o futuro” (BERGSON apud KEHL, 2009, p. 146). E o que nos cria a sensação de estar no tempo presente? É essa experiência subjetiva, imensurável, que Bergson nomeia duração.

Ao longo de seu pensamento, o autor se pergunta sobre o passado realizado, se ele se conserva, onde se encontra? Refletindo sobre a dialética do corpo-matéria e o espírito-memória (psiquismo), atribui esse sentimento de continuidade da existência ao passado que sobrevive e se prolonga no presente. Essa capacidade humana de reminiscência, algo sobre o qual não temos controle, dá provas de que o vivido se conserva em outra dimensão. Na memória, no espírito, na consciência – no inconsciente?

A duração, por essa perspectiva, é o conceito capaz de explicar como matéria e vida podem, ambas, surgir de um mesmo movimento temporal de superação e conservação de si. Ademais, Bergson examina a relação entre a matéria-corpo, a memória e o atravessamento por essa instância do tempo. O que prolonga o antes no depois? O que nos dá um sentimento confortável de continuidade da existência? Em parte, é a memória, porque o futuro não existe. O futuro é uma projeção e ele, só existe, enquanto projeção. No futuro não há nada, a não ser fantasia.

Neste ponto, é interessante observar que esta é uma sociedade muito voltada para o futuro. Uma característica da experiência contemporânea é que nossa memória é muito evanescente, pois cada impacto de alguma coisa que pode nos marcar, que pode ter um valor a ser transmitido, é substituído de modo imediato por outro. É muito comum que depois de um dia de muitos acontecimentos, intenso de trabalho, estímulos, deslocamentos, conversas, não se ter nada a dizer: “é uma temporalidade vazia, na qual nada se cria e da qual não se conserva nenhuma lembrança significativa capaz de conferir valor ao vivido” (KEHL, 2009, p. 116).

Os sujeitos foram condicionados a entender o tempo como uma dimensão quantitativa, na qual os elementos internos seriam homogêneos e previamente definidos. Contudo, na experiência vivida, o tempo é sentido como um fluxo heterogêneo. O tempo no relógio é sempre igual, mas quando vivido, é sempre diferente. Tem duas faces distintas, é percebido em sua dimensão quantitativa e como um fluxo qualitativo. A primeira designa aquele que pode ser medido, representado conceitualmente,

submetido a cálculos e previsões: tempo objetivo, o qual independe de nossa consciência ou situação particular. Tempo como medida de duração. A segunda, diz daquele íntimo, ligado aos estados internos da consciência, refratário ao cálculo ou ao conceito: tempo subjetivo, que corresponde à efetiva passagem dos instantes nas diferentes situações de vida. Tempo como duração.

No capitalismo, a vida é dominada pela ação, pela urgência do fazer em direção ao futuro imediato, o que limita a percepção da duração. O desejo de continuar sendo é o que torna o futuro um tempo de perspectivas, esperanças, cujo sentido é construído, coletivamente, entre o passado e o presente. É a duração, a qual para Bergson, pode ser entendida como a conservação do passado no presente, ou de aspectos relevantes dele, que dá as condições da experiência no sentido atribuído por Benjamin, ou seja, sua capacidade de transformar os instantes vividos em uma narrativa que faça sentido tanto individual quanto coletiva.

Ao pensar nos efeitos da velocidade que a sociedade contemporânea impõe à vida, não há espaço (tempo) para a atividade contemplativa, característica da duração bergsoniana. Sendo assim, o tempo vazio dos depressivos pode estar ligado a uma vida limitada ao fazer, em um ritmo acelerado empobrecedor da vida do espírito, reduzindo-a aos domínios do presente absoluto. Segundo Jameson (2006), um dos aspectos do contemporâneo, o qual ele designa pós-modernismo, seria a fragmentação do tempo em uma série de presentes perpétuos. O outro aspecto é a transformação da realidade em imagens, mas esses já seriam outros desdobramentos...

Benjamin

O filósofo Walter Benjamin (1892-1940), enquanto crítico da recém consolidada modernidade, aponta em seus últimos escritos, as teses “Sobre o conceito de história”, de 1940, a pertinência de “uma nova compreensão da história humana” (LOWY, 2005, p. 14). Na sétima tese, designa que a tarefa do crítico é “escovar a história a contrapelo” (BENJAMIN, 2010). Sua desconstrução do discurso do progresso culmina num olhar sobre a sociedade moderna na qual os grandes relatos acabaram e foram substituídos por versões relativizadas. O fim das grandes narrativas impõe ao sujeito a busca por um novo sentido de verdade, que dê sustentação à existência humana.

A filosofia benjaminiana constitui uma síntese entre três perspectivas, aparentemente, incompatíveis: o romantismo alemão, o messianismo judaico¹⁷ e o marxismo revolucionário. Essa visão de mundo Romântica, atrelada ao marxismo revolucionário, transveste-se em uma crítica cultural à civilização moderna (Ocidental e capitalista) em nome de aspectos sentidos como insuportáveis e degradantes: “a quantificação e mecanização da vida, a reificação das relações sociais, a dissolução da comunidade e o desencantamento do mundo” (LOWY, 2005, p. 18). Contudo, não se limita a uma volta ao passado, mas se constitui como um desvio rumo a um futuro utópico. E, a esse respeito, o ataque à ideologia do progresso não é feito em nome do conservadorismo passadista, mas da revolução.

Ao contrário de Marx, Benjamin concebe a revolução como a interrupção de uma evolução histórica que levaria à catástrofe. A preocupação do autor é com “as ameaças que o progresso técnico e econômico promovido pelo capitalismo faz pesar sobre a humanidade” (LOWY, 2005, p. 23), prevendo os desastres que a civilização industrial/burguesa em crise poderia estar gerando. Na nona tese, Benjamin chama a atenção para um quadro de Klee¹⁸ chamado *Angelus Novus*, o anjo da história. A leitura do autor revela a imagem de um anjo, que com os olhos arregalados, enxerga o tumulto dos acontecimentos do mundo como uma catástrofe, o progresso equivale à tempestade que se aproxima com a consolidação da modernidade (BENJAMIN, 2010).

Quando o fluxo da transmissão das grandes narrativas se esgota, é porque a memória e a tradição foram substituídas pela velocidade e pela técnica. O romantismo tardio, para Benjamin, é uma tentativa de superação do desencanto melancólico causado pelo fracasso das revoluções, pelo desamparo do sujeito diante de um tempo brutal (KEHL, 2013). Com a Revolução Proletária de 1848, a modernidade traz à lembrança as crueldades cometidas no contexto das transformações, que inauguram as condições materiais em que se estabelece o capitalismo. “A repressão de junho de 1848 conclui-se na inércia do proletariado e da burguesia” (MATOS, 2010, p. 167), instaurando o domínio do tédio. Contemporâneo da filosofia do progresso, o tédio é a impossibilidade de projetar qualquer expectativa a longo prazo. Em consequência das

¹⁷ Na construção benjaminiana, o messianismo judaico inaugura o Cristianismo como religião universal, detentora da verdade e do discurso do Bem. Está relacionado com a culpa cristã do sujeito moderno, que sofre com a repressão (como condição do recalque). A despeito das limitações do presente Ensaio, talvez o depressivo sofra da única culpa real, a de ter cedido de seu desejo, o que Lacan nomeou de demissão subjetiva (KEHL, 2009).

¹⁸ Paul Klee (1879 – 1940), pintor e poeta suíço, naturalizado alemão, tem seu estilo singular influenciado por várias tendências artísticas diferentes, incluindo o Expressionismo, Cubismo e Surrealismo.

transformações culturais e da divisão de mundo mecanicista, que sobrepõem ao saber ativo, centrado na ação política humana, o conhecimento técnico, recai sobre as massas o predomínio dos objetos mortos, do tempo morto – a monotonia característica de um tempo imóvel que não passa.

Para a ideologia conformista/positivista, o progresso é um fenômeno natural, inevitável e irresistível. Desse modo, como interromper o progresso? Como deter essa tempestade? O pessimismo revolucionário de Benjamin nada guarda de resignação fatalista, trata-se, porém, de um pessimismo ativo, organizado, prático, voltado para o objetivo de impedir, por meio da ação humana, o advento do pior.

Sobre a questão da experiência (*Erfahrung*), em contraposição à vivência (*Erlebnis*) em Walter Benjamin, e os excessos da modernidade, Canabarro (2011) afirma que:

diante do excesso de estímulos oferecidos pela modernidade, principalmente através dos recursos tecnológicos, a consciência deixou de atuar como um sistema sinestésico responsável por integrar as percepções com as memórias sensoriais, e passou a atuar como um sistema anestésico, um para-choque que bloqueia a abertura do sistema sinestésico e isola a consciência presente da memória passada (p. 90).

De acordo com Melman (2003), sobre as possíveis novas formas clínicas, são dois grandes traços da mutação cultural em curso, a saber, a forclusão do Outro e a promoção do gozo objetual sobre o gozo fálico. Essa primeira consequência das transformações contemporâneas, uma cultura que se organizava a partir dos “grandes textos”, se aproxima do que Benjamin nomeia como a “queda das grandes narrativas”. Melman retoma a importância do texto de Homero, por exemplo, na vida dos gregos, conselheiro, modelo e organizador das condutas para propor que “durante milhares de anos, esses grandes textos nos serviram como Outros, ou seja, lugares organizados pela linguagem, que vinham indicar o que deveria ser nossa conduta, o que deveríamos pensar e de que maneira deveríamos morrer” (p. 52) e que nos nossos tempos esses textos deixam de operar. O lugar de importância que Lacan atribui ao Outro na constituição do psiquismo, até então organizado por esses grandes textos, está relacionado a origem da linguagem, “da qual o sujeito recebe sua própria mensagem, mas sem saber o que se quer dele, nesse lugar, e o que se espera dele” (p. 53). Segundo o autor,

Entramos em um período que é marcado pela prevalência de um diálogo horizontal com o semelhante, com os outros, mas sem dar maior atenção e sem ter maior interesse pelas mensagens que poderiam vir do Outro. Quer dizer, é como se houvesse uma forclusão desse Outro, como se ao mesmo tempo a palavra não tivesse mais outro referente senão a autoridade do locutor (p. 54).

É a primeira vez na história que o sujeito não recebe sua mensagem do Outro. Melman (2003) atribui a forclusão do Outro, entre outros aspectos, ao fracasso da grande ideologia (comunista) que iria transformar a sociedade, ao desenvolvimento da economia liberal e o progresso tecnológico da internet.

Fatalismo

A queixa do depressivo que chega hoje na clínica psicanalítica, de acordo com Kehl, assemelha-se ao melancólico benjaminiano, na medida em que este apresenta-se como “desadaptado, ou excluído, das crenças que sustentam a vida social de seu tempo” (KEHL, 2009, p. 81). Daqui se aproxima a relação entre a melancolia, precursora das atuais formas em que se configura a depressão, e o fatalismo, sentimento de que a ação política humana não produz diferença no mundo. Talvez essa seja a maior contribuição do filósofo, já que possibilita outro olhar sobre os quadros de depressão, transmutando o aparente tempo vazio do depressivo contemporâneo, na denúncia das consequências da marcha do progresso sobre o psiquismo.

Para Kehl, o descompasso entre sujeito e os imperativos do Outro podem resultar em uma atitude fatalista diante do conflito. Quando lhe faltam perspectivas, sociais ou individuais, sente-se enfraquecido pelo sentimento de inutilidade de suas ações. Na sétima tese sobre o conceito de história, Walter Benjamin aponta alguns caminhos para o entendimento da acedia melancólica, referente ao sentimento de um mundo vazio, em que a ação humana é privada de valor.

A sétima, das dezoito teses, é dedicada à crítica do historicismo, acusado de ter se identificado com os vencedores na disputa entre as classes sociais. Equipara a história dos vencedores ao triunfo inevitável do Bem, por meio da empatia, ou identificação afetiva dos perdedores com os vencedores. Tal procedimento visa anular toda a esperança de transformação do *status quo* da vida social. “Se as formas de dominação impostas pelos vencedores de ocasião representam o triunfo do Bem, o que mais esperar

do futuro? Qual o sentido, para os derrotados, de pensar um projeto de transformação da vida presente?” (KEHL, 2009, p. 83-84).

O melancólico, dominado pela indolência do coração – a acedia – sustenta o conformismo que o faz sempre se juntar ao campo do vencedor. A “identificação afetiva (dos perdedores) com os vencedores” é o mecanismo mental que sustenta tal traição, construindo assim, uma forma que os sujeitos encontram de se posicionar diante dos conflitos sociais e políticos. A disposição fatalista, a colocar-se sempre a favor dos “vencedores do turno”, identificados a partir do artifício historicista como se fossem os detentores do Bem, remete à tarefa de “escovar a história a contrapelo”, buscando na raiz das condições historicamente determinadas, as origens desse discurso apresentado como história oficial, única versão possível e verdadeira.

Segundo Lowy (2005), o imperativo “escovar a história a contrapelo” tem duplo significado: histórico, opondo a versão oficial da história à tradição dos oprimidos; e político (atual), pois é necessário lutar contra a corrente para que a tempestade seja evitada. O pessimismo benjaminiano, portanto, tem no fatalismo seu limite, pois o sujeito revolucionário não se conforma com a ordem das coisas, localizando na ação política a chave da transformação da sociedade:

“Nunca há um documento da cultura que não seja, ao mesmo tempo, um documento da barbárie” – expressa perfeitamente o pessimismo do filósofo em relação às ideologias do progresso (tão caras ao nosso tempo), que se sustentam à custa do esquecimento das vítimas da história. [...] Para Benjamin, até mesmo a ideia de revolução é indissociável da recuperação do passado, pois não há emancipação que se sustente à custa do esquecimento (ou do recalque) das lutas e derrotas de nossos antepassados (KEHL, 2009, p. 86).

O conceito de fatalismo de Benjamin equivale ao conformismo emergente na fala do depressivo contemporâneo, no qual nenhuma das condições propostas pela melancolia benjaminiana é estranha. A produção do conformismo pode ter sua origem na sedução exercida pelos bens em oferta no mercado, aos moldes da espetacularização da sociedade proposta por Guy Debord. O capitalismo que “colonizou o inconsciente”¹⁹, baseando-se na produção de bens industrializados em larga escala, já “o imaginário social, é padronizado pela produção em série de mercadorias e desejos” (MATOS,

¹⁹ Expressão de Frederic Jameson, um dos críticos mais importantes da cultura contemporânea e do fenômeno da globalização. Em sua teorização sobre as consequências subjetivas da lógica cultural do capitalismo tardio, mostra que as fronteiras perderam o sentido no mundo (JAMESON, 2006).

2010, p. 184). Isso equivale a dizer que, na sociedade de consumo, o fetiche da mercadoria passa a ser o verdadeiro organizador do laço social.

No mundo moderno, onde não é mais possível dar ou ouvir conselhos, a agitação permanente revela a desvalorização de todos os valores. A passagem dos instantes velozes faz com que tudo pareça urgente e importante, tornando impossível diferenciar o que é acessório do que é essencial na construção do sentido coletivo de existência. Valor de uso e valor de troca, tornam-se indistinguíveis em um mundo que tem no fetiche sua ordem social: “O preço faz a mercadoria idêntica a todas as outras mercadorias que podem ser compradas pelo mesmo valor” (SALECL apud BENJAMIN, 2012, p.13) Em síntese, esta forma de dissociação entre o acessório e o essencial, entre o uso e a troca, sustenta a subjetividade do sujeito moderno, clivado em seu desejo, apartado do saber perene, isolado da experiência acumulada pela civilização.

Experiência

Além do conceito de fatalismo existe ainda outra categoria benjaminiana que auxilia na compreensão dos quadros depressivos contemporâneos como sintoma social e sua relação com a temporalidade. No ensaio “O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov”, Benjamin oferece uma rica reflexão sobre a desmoralização da experiência na modernidade. No sentido benjaminiano, experiência funciona como o conselho, que é “tecido na substância viva da existência” (BENJAMIN, 1994), carregando o nome de sabedoria. A substância viva que o autor observa são os soldados, que voltam mudos dos campos de batalha da Primeira Guerra Mundial, não mais ricos, mas mais pobres em experiência comunicável.

O narrador benjaminiano perde valor, uma vez que a nova forma de comunicação engendrada pelo capitalismo, a informação, respaldada na imprensa, corrobora para a incomunicabilidade da experiência. “É como se estivéssemos privados de uma faculdade que nos parecia segura e inalienável: a faculdade de intercambiar experiências” (BENJAMIN, 1994, p. 198). A operação, que privilegia o conhecimento técnico como verdade a ser colocada no lugar dos mistérios transcendentais os quais povoam a existência, no mesmo instante, banaliza o saber acumulado a ser transmitido em forma de narrativa de geração em geração.

No ensaio “Experiência e pobreza”, Benjamin avança em suas considerações sobre a produção da modernidade e suas consequências sobre o sujeito. “Uma nova

forma de miséria surgiu com esse monstruoso desenvolvimento da técnica, sobrepondo-se ao homem” (BENJAMIN, 1994, p. 115). Segundo Kehl (2009), a miséria em questão refere-se a tudo aquilo que escapa das competências técnicas e científicas, isto é, trata-se do empobrecimento de uma dimensão fundamental do saber e da memória: a capacidade de transmissão da experiência.

A experiência, nesse aspecto, tem relação com o sentido que uma sociedade é capaz de adquirir a partir do que foi vivido por seus antepassados. Para Benjamin, a desmoralização da experiência “torna os indivíduos disponíveis para aceitar qualquer coisa que lhes seja apresentada sob a forma de novidade” (KEHL, 2009, p. 156). Nas palavras do autor, “Ficamos pobres. Abandonamos uma depois da outra todas as peças do patrimônio humano, tivemos que empenhá-las muitas vezes a um centésimo do seu valor para recebermos em troca a moeda miúda do ‘atual’” (BENJAMIN, 1994, p. 119).

A atualidade do pensador pode ser observada na intenção da programação televisiva, a qual deve distrair e divertir o espectador, para que se torne apto a receber a mensagem publicitária daquilo que ela oferece e que este deve desejar. “A obsolescência programada do passado e da memória produz um sujeito permanentemente disponível, pronto a se desfazer de suas referências em troca das novidades em oferta” (KEHL, 2009, p. 168). Quanto mais o capital se amplia, mais pobreza ele produz. Logo, a modernidade declara o fim das grandes narrativas, cientificiza o saber e desmoraliza as instituições. Diante da fatalidade da existência, o homem vem sendo comprimido entre um passado cada vez mais descartável e um futuro sem esperanças.

As atividades que auxiliam a transmissão da experiência no sentido atribuído por Benjamin “são executadas em um tempo distendido, diferente do tempo da produção mecanizada que caracteriza o nascimento do capitalismo” (KEHL, 2009, p. 163). Recaem sobre o trabalho as transformações da modernidade. O que muda, entre o trabalho artesanal e o trabalho capitalista, no limite, são as relações de trabalho decorrentes da privatização dos meios de produção. O trabalho, categoria fundante do ser social (MARX, 2010), torna-se alienado, repetitivo, automático, “cuja expressão cultural apresenta um déficit criador devido à inflação de mercadorias e informações” (MATOS, 2010, p. 175). No mundo moderno, o trabalho não mais se conecta a um produto concreto, ao contrário, torna-se cada vez mais abstrato e desterritorializado.

A transmissão da experiência benjaminiana é tributária das formas pré-capitalistas de produção, nas quais “o grupo que se reunia em torno do narrador tanto

poderia estar ocioso em torno de uma fogueira quanto ocupado pelo trabalho coletivo, artesanal. Essas teriam sido formas de se viver a temporalidade quando o tempo não era rigorosamente contado pela medida do dinheiro” (KEHL, 2009, 163). Assim, o tempo da agricultura e do artesanato, com suas tarefas repetitivas e sem pressa, possibilitava um psiquismo disponível ao devaneio, às lembranças, já que pressupunham pouco trabalho do sistema percepção-consciência.

Em oposição ao trabalho alienado do MCP, o trabalho-arte proposto por Marx (2010), retoma o valor de identidade que o sujeito humano estabelece com o produto de sua criação. Isso incluído, as trabalhadoras e trabalhadores da Saúde, organizando-se de modo cooperado e horizontal, poderiam, em decorrência, fazer avançar a sociedade em direção a relações mais solidárias de reprodução da vida material concreta e de produção de singularidades.

A modernidade capitalista supõe a luz plena, isto é, o significado socioeconômico da iluminação elétrica está atrelado a um modo de produção sem trégua, no qual não há espaço para o tempo noturno “de passividade, repouso de contemplação” (MATOS, 2010, p. 188). A atenção consciente, atenta à duração do tempo distendido de Bergson, depende da inibição das atividades psíquicas da vida prática, associando as ocorrências da memória a uma parte valiosa da vida psíquica em sua dimensão contemplativa. Pode ser que seja essa experiência do tempo “como um fluxo contínuo e coletivo” que possibilite a cada membro de uma comunidade se sentir ligado ao outro, formando assim “uma grande corrente de modo a prolongar o sentido da duração” (KEHL, 2009, p. 165).

Diferente da vivência de um tempo distendido nas civilizações agrárias, no capitalismo tardio, o “mal-estar”, símbolo do sofrimento advindo da convivência com o outro, reside justo na dificuldade de sentir tal ligação. Mnemosyne, deusa grega da Memória, junto com Zeus, dá a luz a nove Musas: as palavras, guardiãs da história (HESÍODO, 2014). No capitalismo, a capacidade de construir uma narrativa a partir dos registros da memória foi reduzida aos fragmentos de verdade à venda nas prateleiras. Como escreveu Marx (1985), “a riqueza das sociedades em que domina o modo de produção capitalista aparece como uma ‘imensa coleção de mercadorias’, e a mercadoria individual [*gadget?*] como sua forma elementar” (p. 45).

Post scriptum: Suicídio e escarificações

Muitas vezes na literatura consultada, a depressão apareceu relacionada a episódios de escarificação, tentativas de suicídio/homicídio e passagens ao ato suicida/homicida. Esses são temas que ficam em aberto para novas pesquisas. Contudo, é possível apresentar ainda algumas pistas, pois o aumento na frequência com que tais figuras aparecem, tanto na mídia como nos espaços de trabalho e discussão, me chama a atenção.

Segundo o boletim SP Demográfico, da Fundação Seade, a mortalidade por suicídio aumentou 30% de 2001 a 2014, passando de 4,3 para 5,6 por 100 mil habitantes. A cidade de Marília e Ribeirão Preto registraram as maiores taxas, contando até 8,6 e 7,5 respectivamente²⁰. Do ponto de vista da epidemiologia, esses registros têm despertado interesse de gestores dos setores da Saúde e da Segurança Pública. O 10 de setembro marca o Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio, com ações de valorização à vida e sensibilização da comunidade acerca da temática do sofrimento psíquico envolvido nessas situações.

Existem importantes diferenças a serem analisadas quando se trata das experiências suicidas, inclusive estruturalmente, pois em se tratando de sujeitos cuja hipótese diagnóstica é o recalçamento, mesmo nos casos de neurose grave, o sujeito só é bem-sucedido por um equívoco, visto que o intento é dar a ver algo que não está sendo escutado, o chamado *acting out*, caracterizado principalmente pela posição do sujeito em relação ao laço social. Sob a hipótese da forclusão, há que se estar mais atento em relação a possíveis passagens ao ato, porque em situações graves de melancolia, o objeto cai sobre o sujeito, o qual “cai” como objeto na cena. Contudo, ao questionar a elevação dos casos de suicídio na atualidade, retomo o Discurso do Capitalista e o Sintoma Social Dominante, pois nesse (impossível) laço social, a distância entre o sujeito e o objeto tende a zero. Em homologia com a formação social, a “sombra do objeto cai sobre o sujeito”, o qual se identifica com o objeto e pode, assim, se matar. Do contrário, por mais conflituoso que seja o impasse, o sujeito do recalçamento, no geral, não chega a tirar a própria vida, como em uma passagem ao ato suicida. Tenta, sim, quantas vezes forem necessárias, dar a ver, via *acting out*, a emergência do inconsciente.

O que faz com que o sujeito se encontre tão sem saída, que a única possível se torne a morte. Tal como no capitalismo, entre a crise e a catástrofe, a vida tem muito

²⁰ Matéria disponível em: <http://valeapenaviverpcs.blogspot.com/2016/09/suicidio-cresce-30-no-estado-de-sao.html>.

pouco valor (de troca). Marx (2006) escreveu um livreto muito interessante intitulado *Sobre o suicídio*. São estudos que o autor realizou com os dados que a polícia havia registrado sobre quatro casos de suicídio, três mulheres e um homem, entre 1817 e 1824. As causas que haviam levado esses sujeitos a tirar a própria vida, giravam em torno de questões de gênero e classe. Suicídio como sintoma social é datado historicamente, atravessado pela cultura, isto é, os valores e a moral que regem determinado período da humanidade. A hipótese do suicídio como Sintoma Social Dominante obrigaria conceber outro plano de análise, em que, via Discurso do Capitalista, o objeto cai sobre o sujeito, sobrepondo o valor (de troca) do capital ao valor (de uso) da vida²¹. Os estudos do campo de Freud e Lacan acerca da melancolia apontam que o *Eu* só pode se matar quando passa a tratar a si mesmo como objeto.

Se a vida vale assim tão pouco, torna-se comum o registro de “violência autoprovocada”, como é o caso também das escarificações. As escarificações e tentativas de suicídio são registradas de forma compulsória nos estabelecimentos de Saúde por fichas de notificação numeradas, que geram investigações acerca do acontecido. Esses registros constituem uma das brechas possíveis para futuras pesquisas que incluam a caracterização dos sujeitos e seus respectivos contextos histórico e social. Para além de traçar um “perfil” suicida, seria possível ampliar as hipóteses na medida em que encontrássemos esses sujeitos. No fracasso da tentativa de suicídio, abrir espaços que possibilitem novas formas de inscrição de sentido e transmissão de experiência.

Entre os trabalhos garimpados, Ferreira (2014) aborda a questão das escarificações, por meio da análise de quarenta e uma (41) postagens de pessoas que se autoidentificavam como adolescentes do sexo feminino, que relatavam suas experiências. Em *Mensagens sobre Escarificação na Internet: um estudo psicanalítico*, dissertação defendida em 2014, na Universidade Estadual de Maringá – UEM e orientada pelo Prof. Dr. Paulo José da Costa, a autora utiliza o método de análise de conteúdo e se fundamenta na teoria psicanalítica, com as concepções freudianas de compulsão à repetição, sintoma, angústia e identificação, além da leitura de psicanalistas contemporâneos os quais discutem as autolesões e das marcas corporais.

²¹ Não à toa, o mais importante serviço de assistência para casos de suicídio se chama Centro de Valorização da Vida (CVV). Mais informações podem ser encontradas no site <https://www.cvv.org.br/>.

Segundo a autora, escarificação designa um tipo específico de autolesão, “com objetos périfurocortantes, repetidamente, de forma isolada e silenciosa”. Esse último é um aspecto emblemático, pois apesar das práticas de escarificação acontecerem às escondidas, busca-se a internet para publicizá-las, o que permite a pesquisadora inferir que tais produções de cortes se destinam ao olhar do outro. Compreende que as escarificações “consistem em um *acting-out*, tal qual aborda Lacan, para designar essas atuações que convocam o olhar do outro de modo provocativo, colocando em cena esta falta de limite que lhe impede de manter com o outro um laço mais salutar” (FERREIRA, 2014, p. 86). Ao pensar o problema econômico envolvido na produção de cortes no próprio corpo e a relação com o outro, a autora propõe que:

através do que contam sobre os cortes, observou-se que a escarificação também constitui-se numa modalidade de escrita: enquanto marca no corpo, ela produz um distanciamento temporário do afeto. Assim, as cicatrizes deixadas no corpo deixam também a memória de que é possível transitar sem o risco de perder de si pela falta de limite com o outro. A marca no corpo acaba sendo necessária ao interpor um limite que não foi inscrito de outra forma, pois é preciso uma contenção para a pulsão que emana do próprio corpo. Desta forma, compreendeu-se que faz mais sentido pensar na escarificação como uma forma de escrita no corpo do que com agressividade ou autolesão/masoquismo. [...] numa sociedade em que a constituição identitária torna-se cada vez mais relegada ao próprio sujeito, sentir dor é uma prova de que seu corpo lhe pertence, já que este mesmo efeito de pertencimento do corpo não se assegura na relação com a alteridade (p. 87).

As escarificações não se restringem à adolescência, mas como as postagens analisadas são produzidas por adolescentes, este passa a ser um aspecto pelo qual Ferreira (2014) se interessa. De acordo com a autora, “na passagem da adolescência se faz necessário lidar com a incidência do sexual no corpo e com todas as suas consequências: assumir uma posição sexual, constituir uma identificação própria, e produzir laços sociais que acolham e reconheçam suas escolhas” (p. 84). Diante das dificuldades de identificação no laço, usam o recurso do corte para delinear um contorno corporal, mais do que para se machucarem. O caráter transitório desse período pode se atualizar em diferentes processos da vida, tais como o luto, uma doença grave, o nascimento de uma criança, o que constituiria em facilitadores para produção de cortes.

Apesar de serem tentativas de construção do *Eu*, as escarificações dizem da impossibilidade de dar sentido ao próprio mal-estar. De acordo com Ferreira (2014),

enquanto mera repetição, essas práticas fracassam em chegar ao estatuto de sintoma, visto que servem mais para alívio da angústia, do que para sua elaboração simbólica. Contudo, o fato de escrever os relatos, endereçar essa mensagem a alguém, a escarificação pode constituir um princípio organizador:

Tendo a escrita como um elemento a mais, a escarificação pode ser atravessada pelos componentes da história, e assim a repetição se amarra a um discurso. Ao que tudo indica, se a escrita puder viabilizar a passagem do *acting out* ao sintoma, e isto favorecer a adolescente uma nova abertura e produções de sentido, então esses cortes passam a ter uma função na economia psíquica, para além de puro alívio (p. 88).

A autora reconhece os limites do seu trabalho, por serem análises de relatos publicados na internet, restritas ao material compartilhado por adolescentes. Recomenda que mais pesquisas clínicas sejam feitas acerca do tema da escarificação, dado que essas poderiam indicar de modo mais preciso a passagem de um *acting out* a um sintoma, além de explicitar as possibilidades de manejo e de tratamento psicanalítico para essa forma específica de “bordejar o corpo” (p. 23).

À guisa de conclusões

A depressão é uma “doença” inventada pelos laboratórios farmacêuticos, na ocasião da descoberta do Prozac, em sintonia e articulada com os imperativos da felicidade (SALECL, 2012; AUDINO, 2015), característicos da subjetividade contemporânea. O desânimo, a falta de vontade, o tempo lento e a recusa do depressivo podem ser tomados como SSD e assim, elevar a depressão como uma figura, figura esta guardiã de um saber sobre o fracasso do laço social, imposto no modo de produção contemporâneo.

As exigências de performance e a preocupação generalizada com o risco buscam escamotear a finitude e o incontável da vida, concentrando-se no projeto de fragmentação do corpo (psíquico) em organismo (controlável), passível das experimentações, em nome de desempenho e eficácia produtiva (HELSINGER, 2015). Sobretudo, do ponto de vista das transformações da relação entre tempo e espaço (HARVEY, 1992), o desenvolvimento das forças produtivas, representadas pela tecnociência e pela virtualidade, fazem com que haja um excesso na circulação de informações e imperativos que captam e alienam a atenção do sujeito. Hoje em dia, é

como se as propagandas na televisão comprassem um fragmento do tempo-espço no desejo do sujeito.

O paradoxo é que esse excesso não deixa o sujeito mais rico em conhecimento, porém mais pobre em saber. Ter mais possibilidades de escolher entre mercadorias na prateleira não torna o sujeito mais livre. Saber sobre si, sua história, seus desejos, sobre seu sintoma e o que fazer dele (ou *com* ele). Sobre isso, é possível observar diferentes exemplos no cotidiano. Depois de um dia cheio de trabalho, com muitas reuniões, ligações, negociações, as pessoas têm muito pouco a dizer sobre o que viveram. Com o conceito de experiência, Benjamin (1996) articula a perda do valor de transmissão e coletivização das vivências dos soldados, que voltavam das trincheiras da guerra e haviam experimentado pela primeira vez um bombardeio. Diante do poder de destruição em massa de uma bomba, pouco valia a experiência de um soldado, suas batalhas, suas histórias, de nada adiantariam. Muito dos ditos acerca de um vazio na existência são diagnosticados como depressão, suposta epidemia do século XXI. Em outra perspectiva, esses diagnósticos têm mais a ver com os Discursos da Ciência, do Capitalista e do Médico, do que com o modo singular dos sujeitos subjetivarem suas perdas, ganhos, frustrações e conquistas.

A redução do corpo ao orgânico, a uma máquina que deve estar em bom funcionamento, pronta para consumir e circular, responde aos interesses do capitalismo e à ampliação de sua acumulação; reitera o exercício de poder de um grupo social sobre outro, que tem cada vez mais sua vida controlada, medicalizada e policiada. Com relação à ideologia fetichista, não quer dizer que estejamos diante de sujeitos perversos ou psicóticos. A hipótese diagnóstica se mantém singular. A estrutura, o estilo de cada um, vai depender das experiências vividas por cada sujeito e da escuta possível a cada narrativa – ou ao deslizamento do significante nas cadeias discursivas. A função do sintoma é singular para cada sujeito, por mais social que este seja.

ENSAIO 2: FIGURA DO MEIO

Mas acreditar que as neuroses podem ser vencidas pela administração de remédios inócuos é subestimar grosseiramente esses distúrbios, tanto quanto à sua origem quanto à sua importância prática.

(Freud)

Resumo

Este ensaio pretende problematizar a Medicalização como discurso predominante nas práticas de Cuidado e Atenção à Saúde na clínica contemporânea. A Psiquiatria DSM, aliada à Indústria Farmacêutica e aos medicamentos psicotrópicos têm apresentado um modo de olhar para os sintomas que tende a eliminar o sujeito, seu contexto histórico e seu saber sobre aquilo que o adoece e faz sofrer. O Discurso Médico transforma os sintomas em transtornos e distúrbios, apostando em pílulas para regular o corpo reduzido ao orgânico. A sociedade contemporânea, sua exigência por *performance* e tentativas de eliminar os *riscos* de viver, produz como um dos efeitos, a medicalização de toda e qualquer manifestação de dificuldades (afetivas e/ou sociais), bem como da *dor de existir*. Em meio a tanta química, como a Psicanálise do Campo de Freud e Lacan pode contribuir para que as práticas de cuidado, público ou privado, se orientem para outra direção? A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e o lugar necessário da psiquiatria e dos psicotrópicos na Atenção Psicossocial parecem ser uma boa aposta.

Palavras-chave: Medicalização; Psiquiatria; Psicanálise; Discurso Médico; Saúde Mental Coletiva.

Medicalização nas práticas de cuidado e atenção à Saúde

É possível observar na atualidade um apelo cada vez maior ao discurso do especialista para consultar-se a respeito da experiência humana. A medicalização da vida está presente desde a prescrição da cesariana, perpassa os padrões de desempenho escolar e profissional, o uso dos prazeres, a reprodução, o envelhecimento, o entorpecimento, tudo se torna objeto da Ciência. Neste sentido, a Medicina mental e a Psiquiatria são os principais campos dos quais se originam e se sustentam tais discursos.

Ao referenciar um comportamento dito “normal”, qualquer desvio, seja por excesso (ansiedade, pânico, hiperatividade) ou por falta (depressão, déficit de atenção), é passível de ser tomado como um conjunto de sintomas que evidenciariam este ou

aquele transtorno. Este constitui a razão diagnóstica contemporânea, prevalente nas diversas práticas da Saúde, seja nos estabelecimentos públicos ou na clínica particular.

Uma das entradas possíveis para problematizar a clínica psi na contemporaneidade se apresenta a partir do conjunto de práticas e saberes acerca do modo como se realiza um diagnóstico e se propõe um tratamento para os sujeitos em sofrimento psíquico. Aqui, sujeito é aquele dividido em seu desejo inconsciente, atravessado pela cultura e pelos Determinantes Sociais da Saúde (BUSS; PELLEGRINE FILHO, 2007). Destaco a dimensão singular com a qual é necessário tomar o modo como cada sujeito apresenta seu mal-estar, pois se trata de considerar e elevar o sintoma ao seu caráter de objeção, o qual faz com que a relação do sujeito com o laço social não seja a mesma. Objetivo considerar os sintomas como produção de saber, de denúncias do exercício das relações de poder (e resistência!) presentes nos discursos dominantes.

É possível observar que, no mundo contemporâneo, cada vez mais se utiliza medicamentos para tratar quase qualquer tipo de mal-estar, comportamentos fora do padrão esperado, distúrbios de aprendizagem, impotência, isto é, o comprimido se tornou a regra, estratégia hegemônica do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM). Numerosos sujeitos estão imersos nas mais avançadas fórmulas químicas, cuja promessa é o alívio imediato e a resolução de todo e qualquer conflito inerente à existência humana. Chamo a atenção para as dimensões clínica e política desses tratamentos oferecidos como cuidado em Saúde, tanto nos serviços públicos, quanto nos consultórios particulares das mais diversas especialidades clínicas.

Ao percorrer os estudos de Ivan Illich e Michel Foucault, Gaudenzi e Ortega (2011) afirmam que o termo “medicalização” surgiu no final da década de 1960, para designar a apropriação que a Medicina estava fazendo dos modos de vida das populações. O campo da Sociologia da Saúde, todavia, começou a denunciar a Medicalização como um excesso de influência da Medicina em aspectos que, até então, não haviam sido objeto deste saber, transformando “aspectos próprios da vida em patologias, diminuindo, assim, o espectro do que é considerado normal ou aceitável” (p. 24). Nesse ponto interessa

abordar a temática da medicalização da vida no contemporâneo com o foco nas ações de cuidado em saúde problematizando o processo crescente de medicalização da existência e de naturalização do

consumo de terapias, tratamentos e tutelas que trazem no seu contexto uma passividade dos gestos, produzindo uma vida sedenta de adereços e simplificações de giro acelerado e descartável (CALERI; NEVES, 2014, p. 108).

Uma consequência dessa lógica da padronização de comportamentos é, o acirramento da intolerância em relação a diferentes temporalidades, que deixam de ser aceitos socialmente. A escola é, sob este prisma, um campo privilegiado para tal identificação, diagnóstico e intervenção, na qual há uma normatização dos modos de estar no coletivo, assim como uma exigência por desempenho e performances escolares com relação ao processo de aprendizagem. Tudo isso é isolado de seu contexto histórico, social e libidinal, e passa a ser entendido como doenças orgânicas que devem ser tratadas, uma disfunção neurológica ou, ainda, um transtorno. Com tal estratégia, ficam excluídos de cena os determinantes sociais, políticos, históricos e relacionais, peças fundamentais para entender a lógica que produz as condições materiais nas quais esses fenômenos aparecem (MOYSES; COLLARES, 1992).

Também com interesse no tema da Medicalização, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP/SP) tem fomentado debates, ações frente ao poder público e articulações com os conhecimentos produzidos na academia. Compreendem como Medicalização a condição de redução à lógica médica todas as questões da vida social, sempre complexas, multifatoriais, marcadas pela cultura e pelo contexto histórico, relacionando tudo que escapa às normas sociais a uma suposta causalidade orgânica, verificável no corpo doente do indivíduo.

Em sintonia com esse debate, trabalhadoras(es), gestoras(es), intelectuais, estudantes e usuárias(os) fundaram o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade²². Em seu Manifesto de Lançamento são apresentados seus princípios, entre eles, o Direito à Saúde, a defesa do Sistema Único de Saúde e a valorização da participação popular. Entre seus desafios, se propõe a ampliar e democratizar o debate sobre a Medicalização, por estabelecer mecanismos de interlocução com a sociedade civil e com a academia, além de se propor a elaboração de estratégias subversivas à

²² Em 2013, o um grupo de pesquisadores e pesquisadoras inauguraram um núcleo do Fórum de Medicalização em Assis. Há outros grupos de pesquisa no programa de Pós-graduação em Psicologia e Sociedade da Unesp de Assis interessadas de diversas formas por este tema, os quais têm proposto reflexões teóricas e ações nas práticas de estágio e pesquisa de campo. Destaco também o a sub-regional do CRP de Assis, sua equipe gestora, colaboradoras, colaboradores e apoiadores por suas intervenções, no sentido de, romper com a medicalização enquanto estratégia hegemônica de produção de cuidado e atenção à saúde. Demais informações podem ser encontradas no site <http://medicalizacao.org.br/>.

lógica medicalizante, expandindo a produção teórica no campo da crítica, bem como, apoiando ações intersetoriais que enfrentem os processos de medicalização da vida.

Medicalização como Sintoma Social Dominante e Discurso Médico²³

Dizer que é um Sintoma Social Dominante (SSD) indica que a Medicalização, como acontecimento presente nos mais diversos tipos de serviços, tanto públicos, quanto privados, pode ter sua formação equiparada, sobreposta, à formação social na qual ela emerge. Nesse sentido, a pílula como objeto (*a*) é uma resposta rápida e objetiva, a todo e qualquer sinal de objeção do sujeito às determinações do laço social. Nas palavras de Costa-Rosa (2013):

O estatuto de medicina mental deve grande ajuda ao desenvolvimento atual da indústria químico-farmacêutica e ao estado da globalização do Modo Capitalista de Produção responsável pela sociedade de consumo, que vem naturalizando as demandas de resposta instantâneas de suprimentos diversos, inclusive medicamentosos para as mais diversas queixas expressas em sofrimento psíquico e impasses subjetivos de todo tipo (p. 213-214).

A partir da leitura lacaniana dos discursos, Clavreul (1983) propõe o Discurso Médico, um híbrido entre o Discurso do Mestre e o Discurso da Universidade, que permite explicitar certos fatos velados, como por exemplo, o caráter de objeção do sofrimento psíquico. O Discurso Médico teria, por vocação, reduzir as desordens da subjetividade e colocá-las em ordem: classificando, estigmatizando, normatizando, ou ainda, diagnosticando.

O discurso do mestre é o discurso primeiro, aquele que dá a primazia ao significante S1, constitutivo de todo discurso. Como discurso primeiro, ele ordena o significante com outros, isto é, outros sintomas e elevados à classe de significantes, e permite que emerja a significação. Os significantes (sintomas, como informações sobre a doença) em si, não significam nada, mas diante do lugar da mestria, eles são colocados em uma cadeia articulada. O *objeto a*, desaparece como causa do desejo, reaparecendo como achado do discurso. Toda descoberta científica, e o diagnóstico é uma delas,

²³ O Discurso Médico constitui um constructo teórico e se diferencia de discurso da pessoa do médico. Em sua dimensão política, aponta para um laço social que põe em marcha um conjunto de práticas que centralizam o Saber-Poder sobre a Saúde nas Ciências Médicas. Não se restringe ao Dr. ou à Dra., mas à um modelo de produzir saúde que ignora o saber do sujeito, e de outros membros da equipe, ao mesmo tempo que exige uma resposta medicalizante.

suprime a divisão do sujeito. Logo, o desejo do médico por seu objeto é, unificador e sutura a hiância/abertura/divisão do sujeito.

Clauvrel (1983) toma o discurso universitário como prolongamento obrigatório do discurso do mestre, ou seja, discurso constituído como saber capitalizado. O objetivo da universidade é, por sua vez, sistematizar e transmitir o saber, percebido como o conjunto das informações. O saber (S2), ocupando o primeiro lugar no quadrípode implica que, “a universidade se prolonga nos técnicos e bens de consumo que resultam do saber” (p. 167). Os medicamentos são alguns desses bens (*gadgets*): “mercadoria que, como outra qualquer na versão mais tardia do MCP, é ilusoriamente apresentada ao sujeito como a suposta materialização do objeto do desejo” (PÉRICO, 2014, p. 77).

Está em jogo a promoção da performance por meio da psiquiatrização da normalidade, que tem como objetivo principal, qualificar os indivíduos, ou seja, prepará-los para lidar com os impasses colocados pela sociedade de risco, que transformou o cidadão em consumidor – não apenas de produtos, mas também de saúde, diagnósticos, medicamentos e tratamentos. O DSM²⁴ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) tem sido uma das principais bases para diagnóstico em saúde mental. Na sua quinta versão, lançada já no século XXI, apresenta algumas novidades: Transtorno Bipolar, Transtornos Depressivos, Transtornos de Ansiedade, Transtornos Obsessivo-Compulsivo, Transtornos Dissociativos, Transtornos de Sintomas Somáticos e Transtornos Alimentares, Transtornos da Eliminação²⁵, Transtornos do Sono-Vigília, Disfunções sexuais, Disforia de Gênero, Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta, Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos, Transtornos Neurocognitivos, Transtornos da Personalidade, Transtornos Parafilicos²⁶. Quase todo comportamento pode ser incluído em alguma das categorias

²⁴ “Enquanto o DSM-I (1952) continha 106 categorias diagnósticas e o DSM-II (1968) apresenta 182, o DSM-III (1980) passou a abarcar 265 e o DSM-IV (1994) apresentou 297 desordens mentais (Borch-Jacobsen, 2013). O DSM-V (2013), por sua vez, incluiu mais de 400 categorias diagnósticas que, além de bastante heterogêneas, evidenciam que experiências psíquicas atípicas tornaram-se matérias-primas para as descrições psiquiátricas” (HELSINGER, 2015, p. 35).

²⁵ Também conhecido como enurese ou constipação intestinal funcional, dizem dos processos de alteridade, separação, da passagem entre ser tomado com objeto de desejo para ser aquele que deseja, sujeito ao/do inconsciente.

²⁶ As parafilias são consideradas alterações do comportamento sexual caracterizadas por, fantasias sexuais específicas, necessidades e práticas sexuais repetitivas. As parafilias são divididas de acordo com a atividade ou objeto da atividade. A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM V) considera que, a parafilia não é, por si só, transtorno mental, porém, se distingue do transtorno parafilico. De acordo com a publicação, a parafilia passa a ser transtorno mental quando causa sofrimento ou prejuízo ao indivíduo e também, danos pessoais ou risco de dano a outros. Portanto, parafilia é uma condição necessária, mas não suficiente para o diagnóstico de transtorno parafilico e, desse modo, não requer intervenção clínica automática.

oferecidas por este manual; e não seria demais reafirmar que, para todos esses “transtornos”, a indústria farmacêutica oferece os mais modernos medicamentos.

Submetido à lógica do DSM, o que importa não é o “olhar médico”, sua experiência clínica, mas sim o fato deste conhecer uma ordem articulada desses signos, ou pelo menos supor uma ordem possível. O Discurso Médico visa, nessa perspectiva, ordená-los em uma cadeia significativa, isto é, de sua ordenação ele extrai uma significação, que é a existência de uma doença. Tal diagnóstico é, portanto, um ato de mestria, diametralmente opostas às hipóteses diagnósticas presentes no trabalho característico do Discurso do Analista (CLAUVREL, 1983).

Clínica Ampliada: Saúde para além da ausência de doença

Para pensar as práticas de Medicalização da vida e “medicamentalização” do sofrimento psíquico, nos mais singulares modos de manifestação, tem-se por base a análise paradigmática de Costa-Rosa (2013), na qual este assinala a necessidade de definição de Saúde, mais além de uma:

simples reposição de uma diferença que falta no corpo ou em qualquer outro lugar do indivíduo através de suprimentos medicamentosos ou outros. [...] a saúde como tal é um processo de produção saúde-adoecimento-Atenção, por sua vez resultante dos efeitos do processo social de produção da vida material em uma dada sociedade (p. 163).

As modificações no conceito de Saúde acompanham a passagem histórica da humanidade. A Saúde Pública, por exemplo, é efeito da necessidade de controle das populações ocidentais, as quais se aglomeraram nas cidades após o êxodo rural, provocado, com efeito, pelo processo de industrialização e urbanização das mesmas: “desnutrição, alcoolismo, doenças mentais e violência atingiam pesadamente a nova classe de trabalhadores urbanos” (SABROZA, 2010). O caráter político de sua prática implica, a intervenção na vida política e social dos indivíduos, grupos e populações. Desta corrente de pensamentos, é possível destacar Chadwick (*Report on the sanitary condition of the labouring of great britain*, de 1842), Villermé (*Tableau de l'état physique et moral des ouvriers de Paris*, de 1840) e Engels (*A situação das classes trabalhadoras na Inglaterra*, de 1845) (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

De acordo com Scliar (2007), o conceito de Saúde, divulgado pela OMS em 1948 promovia o reconhecimento da saúde como direito dos cidadãos e obrigação do Estado. Enquanto um Campo (*health field*), a Saúde é composta pela biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde:

A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos são as primeiras coisas em que muitas pessoas pensam quando se fala em saúde. No entanto, esse é apenas um componente do campo da saúde, e não necessariamente o mais importante; às vezes, é mais benéfico para a saúde ter água potável e alimentos saudáveis do que dispor de medicamentos. [...] É claro que essas coisas não são excludentes, mas a escassez de recursos na área da saúde obriga, muitas vezes, a selecionar prioridades (p. 37).

Segundo Buss e Pelleguini Filho (2007), os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são, as condições de vida e trabalho que se relacionam com sua situação de saúde, ou seja, “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (p. 78). No presente momento das vicissitudes históricas pelas quais vem passando o conceito de “saúde”, seu relacionamento com o contexto se dá por duas vias, dois modelos de atenção e cuidado coexistentes nas práticas de Saúde. De acordo com Ayres (2009), modelo é “a convergência de horizontes entre os diversos discursos socialmente legitimados acerca dos modos de operar as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações” (p. 12).

O primeiro, baseado na epidemiologia dos riscos, pressupõe que a saúde pode ser assegurada por um conjunto de práticas prescritivas, originada no saber técnico-científico. O segundo modelo, por conseguinte, se situa na lógica proposta pelo SUS, de Integralidade do Cuidado em Saúde, incluindo a Humanização (PASSOS; BENEVIDES, 2005), a Clínica Ampliada (BRASIL, 2004), além das Redes e Linhas de Cuidado (KALICHMAN; AYRES, 2016). Na Saúde Mental, se destaca a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cujo desafio é implantar o novo modelo assistencial, distinto em relação ao modelo técnico-assistencial, que organiza e sustenta as práticas dos profissionais que nela atuam.

A Crise da Psicanálise (ou como (não) engolir a pílula?)

O trabalho de Helsinger (2015), intitulado *A psicanálise em tempos de riscos e performance: o que é comprimido hoje?* está em sintonia com essas discussões. Considero-o, assim como o trabalho de Sanches (2015), intercessor para a pesquisa. Orientada pelo Prof. Dr. Joel Birman e defendida em 2015, ao abrigo do Programa de Mestrado em Teoria Psicanalítica, da UFRJ, este texto discute a “crise da psicanálise” e a atual inversão sobre a qual adverte Birman (2000), em relação à hegemonia dos discursos de *risco e performance*, defendendo a singularidade do posicionamento ético em Psicanálise, em oposição à lógica neoliberal, às neurociências, à psiquiatria biológica, às tecnopsicologias e sua notoriedade científica, entendendo tal inversão como um projeto de biopoder para uma nova cartografia do corpo fragmentado pela medicina contemporânea.

O tema da pesquisa de Helsinger (2015) discorre sobre a perda do poder simbólico da Psicanálise e visa questionar, genealogicamente, as condições propiciadoras que levaram as Neurociências, a Psicofarmacologia, a Psicologia e a Psiquiatria a ocuparem o lugar de hegemonia nas últimas décadas. Observa ainda uma crise da Psicanálise e interroga como a atual conjuntura sociocultural, política e ética produz efeitos para a clínica no contemporâneo. De acordo com Birman (2000), na inversão que deflagra a crise da Psicanálise, há uma superposição entre *corpo-organismo*, na qual o corpo foi confiscado pela Medicina, enquanto a Psicanálise foi reconduzida a um desvio biologizante. O corpo é sexual, atravessado pela pulsão, pela alteridade; constitui-se ao romper com a natureza. Já o organismo é biológico, respeita essa racionalidade e o ritmo natural, centrado em si mesmo (HELSINGER, 2015, p. 30).

Birman (2000) chama de *inversão* o deslocamento entre Psicanálise e Psiquiatria. Até 1970, a despeito dos progressos farmacológicos da década de 1950, a Psicanálise era o saber fundamental, o paradigma que instituiu as práticas de cuidado da loucura, detinha a hegemonia do campo psicopatológico, em oposição à psicofarmacologia (atualização dos jogos de poder entre PPS e PPHM). No ano de 1952, foi publicado o DSM-I e, em 1978, o manual ganhou sua terceira versão, quando apresentou mudanças com relação aos métodos para a avaliação e o diagnóstico de transtornos mentais, com critérios específicos para definir o que é um transtorno e como ele se diferencia dos demais.

A *dor de existir* volta a ser disfunção, portanto, passível de regulação, mero acontecimento corporal. O corpo, neste paradigma, volta a se reduzir ao orgânico, perdendo o estatuto de dobra entre psíquico e o somático. É nesse sentido que, a

medicalização do social ocorre: além daquilo que a psiquiatria oferece, aquilo que a população demanda. Os sujeitos também chegam sem correlacionar sua história ou o tempo à doença: perguntam-se o que ocorre com o corpo para que o coração acelere, para que não tenham ânimo para viver, porque comem, porque vomitam, como se tais sintomas fossem tão somente mal-estares físicos. Depressão, toxicomania, síndrome do pânico, todas são tomadas, de modo estrito, como uma preocupação de ordem funcional. A intervenção, nesse caso, assume um direcionamento centrado em acontecimentos (físicos), relevados em disfunções do psiquismo:

A ideia de história de uma subjetividade, articulada com o eixo do tempo, tende ao silenciamento e ao esquecimento. É sempre a pontualidade da intervenção, centrada no psicofármaco, que está em questão na terapêutica do dispositivo psiquiátrico da atualidade. Jogou com isso, enfim, uma pá de cal na concepção de história como fundamento da subjetividade (HELSINGER, 2015, p. 186).

Sujeito e sua história, sua singular e complexa *dor de existir*, são recortados pelo transtorno, servindo justo à racionalidade médica. Do ponto de vista da ideologia dominante, a Medicalização como discurso se converte na prática hegemônica do controle e disciplinarização de corpos (reduzidos a organismos), tornando-os dóceis, presas fáceis da captura pela via do consumo, passando este à necessidade imperativa: “Goza! Você não precisa ficar triste, ansioso, não tem que pensar, suas escolhas podem estar reduzidas a *mercadorias na prateleiras*, nada de subjetividades e processos criativos singulares. Aqui tem uma pílula pra você!”.

A medicalização, sob a ótica psiquiátrica, parece ser a alquimia necessária e suficiente para mudar a circulação dos humores: “o caldeirão científico da feiticeira [farmacologia] pode tudo regular de maneira funcional e pontual, ajustando os desequilíbrios humorais” (HELSINGER, 2015, p. 192). Todavia, não será por “importância prática” que Freud remete ao caráter de objeção da histeria e sua posição de (sempre) questionar o discurso dominante?

Tensionamentos entre a Psicanálise do campo de Freud e Lacan e a Psiquiatria DSM

Helsingier (2015) se pergunta se a Psicanálise ainda propiciaria a sustentação de singularidades ou se estaria a serviço da normalização. Para sustentar esse debate, existe

um relevante campo de pesquisa, uma coleção bibliográfica extensa, constituída por livros, dissertações, teses, revistas, artigos científicos e literários. Para o escopo do presente ensaio, foram selecionados desta alguns fragmentos significativos.

Em *Como engolir a pílula?* Laurent (2003) analisa o medicamento enquanto objeto libidinal que, segundo o autor, se apresenta de quatro formas distintas: o *phármakon*, o placebo, o “mais de vida” e o anestésico, os quais se articulam com os três registros propostos por Lacan, isto é, em sua dimensão Simbólica, Imaginária e Real. Conclui, afirmando que a “psicanálise não se opõe à prescrição medicamentosa, ela pode fazer do poder contingente do medicamento um auxiliar (...) [podendo] prescindir do medicamento na condição de se servir dele de uma boa maneira” (p. 43).

Em outubro de 2013, por ocasião da publicação de uma nova edição do DSM – que cataloga e transforma em doença 450 categorias diagnósticas – pela Associação Psiquiátrica Norte-Americana (APA), a *Revista Cult* apresentou um Dossiê no qual reúne artigos de importantes pesquisadores, entre eles, psiquiatras, filósofos e psicanalistas que têm se desdobrado para pensar o *poder da psiquiatria* e o *que está por trás da psiquiatrização da vida cotidiana*, dentre os quais, são destaques os artigos de Safatle (2013), Iannini e Teixeira (2013), Dunker (2013) e Pereira (2013). Os autores debatem acerca dos “efeitos colaterais” para a população da publicação dessa quinta nova versão do manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.

De acordo com Dunker (2013), foi na ocasião da publicação do DSM-3 que se operou o divórcio entre Psiquiatria e Psicanálise, entre a narrativa, ainda que ficcional, do sofrimento neurótico e o reconhecimento da expressão do mal-estar como algo inerente à vida, que tem uma fórmula etiológica para sua produção, não podendo ser subtraído pela prescrição de medicamentos. Segundo Pereira (2013), um dos efeitos do uso do DSM pelos psiquiatras é “o esvaziamento da importância atribuída à relação psiquiatra-paciente”, pois que, a estratégia de tudo se tratar de *mental disorder* permite à Psiquiatria o reconhecimento como especialidade, ao mesmo tempo que empobrece a “clínica psiquiátrica em favor de uma prática centrada no estabelecimento formalizado pelo DSM” (p. 40), transformando as entrevistas preliminares e o início do tratamento (QUINET, 2013) em uma anamnese restrita ao sintoma: de “como” dói, para “onde” dói?

A dissertação de Santos (2014a), *Uma análise dos efeitos do uso a longo prazo de antidepressivos*, defendida em 2014, na Unesp de Assis, orientada pelo Prof. Dr. Sílvio Yasui e coorientada pelo Dr. Gustavo Henrique Dionísio, apresenta um estudo

realizado por meio de entrevistas com cinco sujeitos, os quais, haviam feito uso desses psicotrópicos nos últimos três anos. Investiga-se ademais, como a Medicalização da depressão fez com que esta se inserisse na lógica dos tratamentos dos transtornos psíquicos, apontando para a insistência de um sofrimento remanescente ao uso dos psicofármacos. Ademais, o trabalho de Santos se junta ao coro de trabalhadores e trabalhadoras da Saúde Mental para afirmar que, a depressão, para além de um déficit neuroquímico, se configura como uma experiência sensível, marcada pelo conflito subjetivo de sujeitos com histórias. O autor salienta também, em um artigo (SANTOS, 2012), que problematiza a clínica psiquiátrica dessubjetivante, responsável que ela é por produzir “sujeitos-comprimidos”.

Em meio a discussões acerca da publicação da nova edição do DSM-IV, Jerusalinsky e Fendrik (2011) publicam *O Livro Negro da Psicopatologia da Contemporânea*, no qual reúnem artigos que vão tensionar o debate entre a Psiquiatria e a Psicanálise. Já Izaguirre (2011), discute os paradigmas da Psiquiatria e suas crises, apontando para o DSM-IV como a expressão do terceiro paradigma. Segundo o autor, “a psiquiatria de hoje parece tender a se ligar em três níveis do desenvolvimento científico atual: as neurociências como tronco fundamental, a genética e a consequência tecnológica de ambas, a psicofarmacologia” (p. 21). Bekerman (2011), Fendrik (2011) e Esperanza (2011) abordam ainda, as questões epistemológicas, enquanto que Kehl (2011) apresenta questões da clínica e, por sua vez, Costa (2011), se debruça acerca das questões suscitadas pelas implicações do DSM sobre a vida cotidiana.

Do conjunto de artigos encontrados, relativo à temática da medicalização e o ponto de tensionamento entre Psiquiatria e Psicanálise, o empenho de Pereira (2014) se direciona para somar forças e se contrapor ao discurso de que a clínica (ou a psicopatologia da psiquiatria clássica) teria se tornado obsoleta. Da *crise diagnóstica* ao *diagnóstico da crise*, conforme aponta o autor, ficam impasses do projeto que pretende reduzir a psicopatologia à nosografia. Em *a Medicina baseada em evidência x psicanálise baseada na ex-sistência*, Carvalho (2017) sustenta que, apesar de não ser possível comprovar a experiência da Psicanálise com evidências, como se exige a partir da ciência positivista aplicada à clínica, o dispositivo do passe, elaborado por Lacan para garantir a transmissão da Psicanálise e a formação dos seus analistas, constitui uma possibilidade de demonstrar a existência da análise.

A teoria do sujeito, em Psicanálise, aposta na sua desnaturalização, como uma experiência marcada pelo *desamparo* que, por sua vez, impulsiona a busca por proteção.

Tal lugar de proteção, na modernidade, é ocupado pela religião, devido ao progresso da ciência, e, na pós-modernidade, é ocupado pelo Discurso Médico. Na medida em que, este promete driblar o sofrimento, o envelhecimento e a morte, ganha espaço entre os discursos, saberes e práticas; como se a ciência pudesse tamponar o desamparo original que nos marca como sujeitos desnaturalizados. Nesse sentido, importam as contribuições de Iannini e Teixeira (2013):

uma classificação diagnóstica dever ser suficientemente precisa e bem fundamentada para permitir uma estratégia de condução do tratamento, mas suficientemente aberta para pensar a maneira que cada sujeito encontra de ser inagrupável, i. e., de permanecer dessemelhante dos demais membros de sua própria classe (p. 27).

Esse debate é inflado pela literatura de diferentes abordagens, tanto por sustentar os desafios e possibilidades da Psicanálise na Saúde Pública (VICTOR; AGUIAR, 2011), quanto em consideração aos efeitos do discurso psiquiátrico na Educação (GUARIDO, 2007). Nesse respeito, trata-se do aspecto do medicamento enquanto um anestésico que permitiria não viver (CANABARRO; ALVES, 2009) ou, como um dos modos de vender a doença (VAZ, 2015), o que, de modo amplo, é questionado por diferentes autores.

Reitera-se que o tema da medicalização é alvo de muitos debates entre os autores do campo foucaultiano (FERRAZZA, 2013; GALINDO; LEMOS; LEE; RODRIGUES, 2014; GALINDO; LEMOS; VILELA; GARCIA, 2016), contudo, por se distanciar em termos do referencial teórico proposto, optou-se por um recorte sucinto, cujos elementos podem sim, ser objetos de futuras pesquisas acerca do tema da Medicalização da existência.

Risco e biopoder

Outra questão fundamental a ser considerada em Helsinger (2015) refere-se às formas de subjetivação que estão sendo forjadas e valoradas em tempos de *gestão de riscos* e de *exigência de performance* e como tal processo contribui à suposta crise da Psicanálise. Para pensar a categoria de risco, além de sua gestão (CASTEL, 1987) é significativo remontar o interesse da industrialização na força de trabalho das populações, o qual apresenta como desdobramento a “análise minuciosa de cada

momento da vida, das doenças endêmicas, da proporção de nascimentos, da velhice e da morte” (GAUDENZI; ORTEGA, p. 22). Segundo Ayres (2011), “pela formalização do conceito de risco, o caráter probabilístico passou a instruir o raciocínio causal em epidemiologia, com repercussões nas ciências biomédicas em geral” (p. 1302).

O conceito de risco, por conseguinte, está atrelado ao desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e seu propósito de “relacionar causalmente os fenômenos do organismo humano às condições de vida das populações” (AYRES, 2011, p. 1301). O risco nasce da aplicação de conceitos da Economia às estatísticas médicas, localizando-se em uma dupla encruzilhada: (1) entre as disciplinas de Economia, Engenharia, Ciências e Epidemiologia; (2) o fator risco, porém, não se constitui por si só, como quase todas as variáveis, isoladamente, o “vilão” ou “mocinho”. Em suma, há que se ponderar a importância de alguns cálculos para produção de índices que apoiem, com o devido cuidado, a construção da hipótese de um risco determinado.

Contudo, do ponto de vista da hegemonia das práticas, o que se observa é que, por meio das tecnologias oferecidas pelos campos disciplinares supracitados foi possível transformar expressões subjetivas fenomênicas (dados qualitativos) em comportamentos individuais mensuráveis (dados quantitativos) e, a partir daí, pressupor estilos de vida, diagnóstico “de saúde” de caráter moral e prescrições técnicas moralizantes e disciplinares (AYRES, 2011). Por exemplo, no campo das práticas em Saúde Mental, o conceito de risco está materializado no DSM e estes são aparatos técnico-científicos que respaldam as condutas médicas e, ao mesmo tempo, justificam o posicionamento ético dos membros das equipes nos estabelecimentos de Saúde, espalhados pelas Redes de Atenção.

Observa-se que o discurso do *risco*, em relação à prática diagnóstica, se sustentaria no argumento da conscientização e da prevenção. No DSM-IV são apresentados exemplos tais como: (1) risco de desenvolver transtornos devido a fatores genéticos; (2) comorbidade; (3) riscos à própria vida ou de outrem; (4) incidência dos transtornos aos gêneros sexuais. Ademais, outra questão apontada por Helsinger (2015) diz respeito à tentativa de se detectar os delinquentes e psicopatas em potencial, abrangendo a gestão por intervenções preventivas desenvolvida nos Estados Unidos na década de 1970.

Ao perguntar como a categoria de *risco* se apresenta no discurso médico e psiquiátrico, Helsinger (2015) aponta para o lançamento do DSM-IV como sendo a

primeira vez que esta aparece relacionada ao diagnóstico. Nesse aspecto, a modernização ocidental se constitui pelo projeto de medicalização do social e sua classificação entre normal, anormal e patológico, categorias as quais passaram a nortear os discursos médicos, as políticas públicas e a orientar a construção de uma mentalidade preventiva, vigiadora dos comportamentos para evitar o *risco* incidir anormalidade.

No que concerne ao poder disciplinar, Helsinger (2015) chama a atenção para o fato de que “ela visa aumentar a utilidade do homem, isto é, potencializar sua produtividade e, por outro, objetiva torná-lo dócil politicamente, minimizando sua capacidade de *resistência*” (p. 44). Com a quebra da lei soberana que instaura a sociedade moderna, o direito de causar a morte ou deixar viver foi substituído por um poder de causar a vida ou devolver a morte, quando o poder do Estado se volta para a população, o que se denomina por biopoder.

Apesar do campo foucaultiano não estar contido no referencial teórico proposto, é importante sublinhar no texto de Helsinger (2015) que governamentalidade significa que o poder do Estado toma como objeto a população. Este pode ser problematizado a partir de três aspectos: da justiça, na territorialidade de tipo feudal, administrativo, na medida em que regulamenta e disciplina a territorialidade do governo, por ser o dispositivo de segurança da população: “possibilitou, portanto, a constituição da economia política e de técnicas de governo que visavam controlar a qualidade de vida dos habitantes. Essa nova modalidade de gestão estava na base da medicalização do campo social” (p. 51).

No que diz respeito à Medicalização do social, nota-se que, antes, os corpos de interesse eram os dos indivíduos que compunham a *força estatal*, os quais, *a posteriori*, passaram a ser a força de trabalho. Depois o Estado se ocupa com os pobres, pois submetê-los ao controle médico seria, em suma, uma garantia da segurança e do controle dos riscos. Acresce ainda que, o governo da população passou a se basear nos componentes biológicos como estratégia de potencialização da utilidade humana, artifício acompanhado pela medicalização da infância e da família, as quais deixam de compor um simples sistema de parentesco para tornar-se responsável pelo desenvolvimento saudável da criança. A medicina ocidental moderna, pautada no controle das paixões, propõe sua domesticação, para que a razão se sobreponha.

A performance do sujeito-cerebral

Segundo Helsinger (2015), Borch-Jacobsen²⁷ situa sua crítica à medicalização e descreve a rentabilidade da indústria farmacêutica e como este fator se associa à produção de diagnóstico. Já Ehrenberg, analisa as transformações socioculturais e como estas provocam, por exemplo, a sensação de *insuficiência*, tributária das exigências de *performance*, a qual estaria na origem do sentimento que tem sido nomeado como depressão. Para o primeiro, “a atual farmacopeia não pretende suprimir o sofrimento, mas, sim, velá-lo para que o indivíduo ‘funcione’” (p. 91). A autora sublinha que os transtornos mentais não existem *a priori*, mas que são criados, tal como idiomas, para cada diagnóstico; e que estes diagnósticos são forjados “pela articulação entre os registros do *saber*, do *mercado* e do *poder* e por três instâncias institucionais: os laboratórios de pesquisa em Psiquiatria, as instâncias governamentais de saúde dos Estados Unidos e os laboratórios farmacêuticos” (p. 92).

No que diz respeito ao *corpo*, pode-se apontar o estresse, a fadiga crônica e as manifestações psicossomáticas (fibromialgia, úlcera e doenças degenerativas), síndrome do pânico (neurose de angústia freudiana) como impossibilidades, isto é, pelo “psiquismo gerir suas excitabilidades, há uma descarga maciça no corpo e a sensação de morte” (p. 97). Do ponto de vista da *ação*, verificam-se as compulsões aditivas (consumo, comida, drogas), compulsão à repetição (tentativa do psiquismo de antecipar aquilo que foi vivido como imprevisível). Sobre as *intensidades*, observa-se a despossessão de si, isto é, quando o sujeito se confronta com a impossibilidade de regular suas variações de humor ou, ainda, na depressão, quando o sujeito se sente engolido pelo excesso, ou quando é acometido pelo desalento, pela apatia e vazio paralisantes.

Na sessão, *A eficácia do sujeito cerebral*, Helsinger (2015) apresenta uma leitura de Swain. A autora afirma que os estudos da segunda metade do século XIX sobre o sistema nervoso central transformaram a figura do homem e a relação com seu próprio corpo. A economia psíquica do “indivíduo moderno”²⁸ opera com uma lógica individualista, produzindo um regime de “possessão de si” e de “auto-suficiência dos indivíduos”, caracterizado pelo *self-made-man*, projeto da autossuficiência a serviço do neoliberalismo. Segundo ela, para Ehrenberg, o sucesso das neurociências está

²⁷ Como foram realizadas leituras de teses e dissertações, muitas referências não foram lidas diretamente por mim. Esses autores virão sem a referência do ano, para distingui-los daqueles que eu li.

²⁸ “O *indivíduo* é uma flor de estufa gestada e criada em uma instituição bastante recente, a família nuclear moderna” (KEHL, 2009, p. 42).

relacionado mais com a forma como [performatizam] a resposta aos impasses gerados pelo ideal de autonomia do que pelos resultados científicos:

Por exemplo, quando uma síndrome é reconhecida como tal, aumenta-se não só a tolerância social em relação a ela, mas, também, a autoestima de seus portadores, ademais, constrói-se a crença de que é possível melhorar o desempenho social por meio de técnicas e, mais uma vez, nos depararmos com o trabalho de reforço da normalidade. [...] a atual “totemização” da personalidade tem como correlato material o cérebro, o que faz emergir uma nova forma de subjetividade que pode ser compreendida pela categoria de *sujeito cerebral* (p. 100).

Para além da biossociabilidade, da neurosociabilidade, da plasticidade cerebral, do *neurobusiness*, todas as tecnologias que incrementam a precarização do laço social, o psiquismo está relacionado a registros da memória, inscritos em temporalizações distintas, os quais corresponderiam às marcas mnêmicas freudianas, a memória. O que é vendido pelos psicofármacos é a experiência de não sofrer e evitar a morte, como se a busca pela imortalidade não fosse mais impossível, visão que contribui “para que a finitude seja silenciada em nome do risco e como isso se articula ao projeto do biopoder e ao ideário da eficácia” (p. 104). A imortalidade é a resultante do imperativo da *performance*, onde o futuro passa a ser programado pela eliminação de imprevisibilidades e pelo controle dos riscos.

O imperativo da *performance* propulsiona a vergonha e a sensação de insuficiência frente aos ideais: “na medida que somos diagnosticados e medicados por causa disso, podemos dizer que há, sim, um campo da “anormalidade” que vem se tornando majoritário, o que é propiciado, também, pelo autodiagnóstico e pela auto-gestão dos riscos” (HELSINGER, 2015, p. 199). Nesse sentido, sujeito vira consumidor, doente:

na medida em que o *sujeito* é concebido como uma resultante do metabolismo dos neurohormônios, ele é dissolvido no campo do sistema nervoso. Evidentemente, isso não fica restrito ao campo intelectual e científico, pelo contrário, incide nas formas pelas quais as subjetividades se pensam. Uma ilustração disso é que a crença de que as experiências afetivas e subjetivas podem ser compreendidas pelos processos neuroquímicos já penetrou o imaginário social (p. 204-5).

Helsing (2015) conclui que a Psicanálise pode pensar modalidades de resistência frente aos discursos do *risco* e da *performance* e sustentar as singularidades sem se entregar ao ideário da eficácia. Segundo a autora, do ponto de vista das éticas da clínica, a medicina somática e a psiquiatria biológica produzem um desserviço por não sustentarem o desejo. Estas, ao não reconhecerem a singularidade do sujeito, deixam de ser uma experiência propriamente clínica. A autora sinaliza ainda a importância da sustentação do discurso freudiano para que o processo analítico propicie a afirmação da diferença e contribua com a possibilidade de resistir ao ideário da eficácia. Afirma, outrossim, que Freud defendeu que o tratamento psíquico deveria se pautar na linguagem e, portanto, interessava a ele mais saber “o que doía” (no tempo) do que “onde doía” (no espaço). Valora a linguagem e positiva o sintoma, dizendo que, a doença só poderia ser curada se o sintoma for decifrado (cifrado), pois este abarca um sentido e uma narrativa. Em defesa da Psicanálise, diz que seus praticantes, se não todos, muitos são observadores críticos, não manipuladores. Contudo, examina a *solução de compromisso* dominante na tradição pós-freudiana:

seja pela psiquiatrização dos psicanalistas, seja pelo fato destes valorarem o comportamento e o registro biológico em detrimento dos registros do desejo e do inconsciente, o que está em jogo é que a psicanálise pode ter a ver, sim, com a normalização. [...] este tipo de *solução de compromisso* demonstra que as dimensões política, ética e estética foram jogadas para escanteio pela tradição pós-freudiana, o que propulsiona com que o trabalho analítico seja reduzido a uma prática terapêutica cuja meta é promover a harmonia do sujeito com o campo social (p. 161).

Arelada à exigência de eficácia dos tratamentos, a promessa de cura é outro elemento que contribui para a perda do poder simbólico da Psicanálise, colocando-a em desvantagem. Segundo Helsing (2015), não é só o sujeito e seu sintoma que estão sendo silenciados, mas, ao mesmo tempo, calam-se os campos do saber que o valoram. Quando “DSM e Prozac são signos compartilhados, propicia às pessoas que elas se descrevam por uma linguagem neuroquímica ao invés de considerarem que seus problemas são subjetivos” (p. 109). Acrescenta que Ehrenberg problematiza “esse tipo de uso que se faz do cérebro cujo intuito é justificar determinadas formas de ser e agir sem que haja uma implicação subjetiva” (p. 109), esvaziando a noção de sintoma pela linguagem neuroquímica. O que a autora sustenta é que, se estamos vivendo uma crise

da Psicanálise, isso se dá porque “as experiências históricas, simbólicas e afetivas do sujeito estão sendo silenciadas em prol das descrições comportamentais, biológicas e neuroquímicas” (p. 110). Portanto, o sujeito cerebral significa o triunfo da interioridade biológica, reduzido a sinapses inadequadas e deficiências neuroquímicas, que são valoradas em detrimento do sintoma. Nessa *inversão*, os psicofármacos ganham maior relevância do que a escuta clínica.

Uma crítica ao *furor sanandi*²⁹ e ao (ab)uso dos psicotrópicos: uma toxicomania legalizada

É importante ressaltar da leitura de Helsinger (2015) que, para Birman (2000), esse elemento, o surgimento de novas formas de mal-estar, surpreendeu a Psicanálise, enquanto que a psiquiatria biológica se vangloriou e se apresentou como aquela que deteria o *saber-poder* para regulá-las com eficácia: os psicofármacos.

Em sua Crítica à Razão Medicalizadora, Costa-Rosa (2013) alerta para os efeitos da exacerbada receitação médica de psicotrópicos, indicando que o aumento do seu consumo é comparável à toxicomania. Nas suas palavras:

o consumo de psicofármacos está chegando ao estado de uma verdadeira toxicomania com as mesmas características de suas congêneres provocadas por drogas ditas ilícitas. Em outros termos, parecem cada vez mais claros os indícios de que os efeitos da “medicalização”, sejam encarnados no corpo social ou no corpo individual, constituem por si sós mais uma figura do Sintoma Social Dominante (p. 167).

No tocante à análise da transição paradigmática (PPHM – PPS), do ponto um, em relação ao objeto e aos meios de produção – aparelho jurídico-institucional, multiprofissional, teórico-técnico, discurso ideológico –, o DSM é um modo de operar que sutura a divisão subjetiva originadora do sofrimento psíquico do sujeito, interpela-o enquanto indivíduo e pode, portanto, diagnosticá-lo e tratá-lo como um organismo medicalizável, readaptável ao meio social (à festa do consumo!).

Nesse sentido, a dissertação de Santos (2009), intitulada *Uso de psicotrópicos na Atenção Primária no distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da*

²⁹ Freud (1976) se utiliza desse conceito para sinalizar aos futuros médicos que quisessem exercer a Psicanálise, os impasses decorrentes da criação de expectativas terapêuticas. Lacan, todavia, toma esse sinal em sua radicalidade, elaborando a ideia de *desejo de analista*, mais além do desejo do analista.

Clínica Ampliada: “Uma pedra no sapato”, orientada pela Prof.^a Dr.^a Rosana Onocko Campos, do Curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, faz uma análise quanti-qualitativa acerca do uso de psicotrópicos na Atenção Primária³⁰, isto é, um recorte que compõe um projeto de pesquisa maior, o *Estudo avaliativo de arranjos e estratégias inovadoras na organização da Atenção Básica à Saúde*. O autor investiga qual a percepção do uso de psicotrópicos pelos trabalhadores e sua relação com a Saúde Coletiva, sinalizando para uma submedicação das populações, as quais, de fato, poderiam se beneficiar de uma terapia medicamentosa, associada a outras práticas terapêuticas, enquanto outra parte da população, a que não apresenta impasses graves, são iatrogenizadas. Seu esforço se direciona no sentido de avaliar como essa situação de submedicação e iatrogenização acontece nos equipamentos de Saúde, com e sem arranjos da clínica ampliada³¹.

Entre os principais arranjos, aponta para os Colegiados de Gestão (reuniões de equipe periódicas, por exemplo), Apoio Matricial (para facilitar o contato entre referência do caso e o especialista de apoio), Equipe de referência, adscrição do usuário (vínculo de confiança entre profissionais e pacientes). Santos sublinha também, a importância de certos dispositivos, tais como, cursos/capacitações/formação, análise/supervisão institucional, assembleias, planejamento de projetos e grupos-tarefa, com o objetivo de produzir deslocamentos nos processos de trabalho e na dinâmica da equipe dos serviços de Saúde.

Santos (2009) parte de uma crítica à clínica contemporânea, adjetivando-a como “de mercado”. Considera as contribuições da Crítica à Economia Política marxiana e destaca a teoria do valor do trabalho e o fetiche da mercadoria, com o objetivo de compreender a desarticulação que a modernidade promoveu entre a dimensão simbólica do sujeito e seu desejo e a redução desta à satisfação de necessidades. Para o autor, “o complexo industrial médico hospitalar representado pelas indústrias farmacêuticas e de materiais de procedimentos médicos” atua na produção de verdades, adotadas por

³⁰ Da Atenção Primária à Saúde (APS), desde a Conferência de Alma Ata, de 1978: “afirma-se que a Atenção Primária deva resolver 80% dos problemas de saúde da população e que os sistemas de saúde precisam ser reorganizados, tendo a ela como estratégia fundamental. Vários estudos mostram que, nos países em que esta organização atua adequadamente, há considerável melhora de indicadores de saúde com redução relativa dos custos. Essa associação é mais forte quanto mais a Atenção Primária é tratada como parte fundamental da Política de Saúde, assumindo a função de porta de entrada para o sistema como um todo” (SANTOS, 2009, p. 8).

³¹ “O conceito de clínica ampliada inclui a saída do paradigma biomédico tradicional com a incorporação, durante o trabalho clínico, de recursos diagnósticos e terapêuticos advindos da saúde mental, da saúde coletiva e da gestão. Com base nestes arranjos visa-se reduzir e combater a lógica da construção de uma clínica mercadológica” (SANTOS, 2009, p. 11).

diversos profissionais da Saúde e influencia, inclusive, “não apenas nos rumos e resultados da construção do conhecimento científico, mas também na própria tomada de decisão médica, mais precisamente na prescrição de medicamentos” (p. 15). Essa operação, realizada todos os dias pelos representantes de laboratórios e pela mídia, minimiza os riscos e iatrogenias dessa prática clínica, fato que tem ganhado destaque pelo aumento do uso de psicofármacos no mundo inteiro.

Na Saúde Mental essa tal clínica de mercado ganha outras proporções e consequências iatrogênicas, pois o fluxo entre os serviços da Atenção Primária para outras especialidades da saúde (USF para CAPS, por exemplo) faz com que a maior parte dos problemas de Saúde Mental transite, a princípio, pelo Médico da Família. De acordo com Santos (2009):

Apesar das queixas de saúde mental serem pouco valorizadas, são constatadas como a principal demanda por 56% das equipes de saúde da família. Contrastando com essa evidente necessidade, percebe-se que há uma fragilidade na articulação entre os campos de saúde mental e atenção primária. Neste estudo, foi demonstrado também que os profissionais pesquisados desconsideram intervenções do tipo ouvir mais, conversar, consultas mais frequentes, dar atenção como parte dos recursos possíveis de manejo destas queixas. As atuações reconhecidas são circunscritas ao universo de procedimentos médicos que ganham a alcunha de modernos e científicos, entre eles o uso de medicações (p. 16).

Outro fator apresentado como consequência deste modo de cuidado é o crescimento dos “custos indiretos gerados pela desassistência a esses problemas, provenientes do aumento da duração dos transtornos e da consequente incapacitação” (SANTOS, 2009, p. 16). A pesquisa observa uma dificuldade de trabalhadoras e trabalhadores da Saúde em diferenciar sintoma e diagnóstico, pois manifestações de fadiga, irritação, dificuldades de sono, de concentração, esquecimento e ansiedade, não configuram doenças mentais que mereçam intervenções farmacológicas (SANTOS, 2009). Os antidepressivos, por exemplo, são receitados para a maioria desses quadros sintomáticos, o que gera, em particular, altos custos para o Estado e produz uma população viciada em benzodiazepínicos.

Santos (2009) explicita também que não se trata de condenar o uso de remédios, isto é, não se deve trocar um imperativo (tome remédios!) por outro (não tome

remédios!), visto que se substituiria uma ideologia, ou no caso, uma verdade, por outra. Nesse contexto de produção de saúde, trata-se de sustentar um lugar vazio para as ideologias e verdades absolutas (ZIZEK, 1996). A partir da análise paradigmática de Costa-Rosa (2013), apreende-se que, o lugar adequado dos trabalhadores e trabalhadoras da Saúde é o de manter aberta a possibilidade de troca e construção coletiva do cuidado para cada usuário e usuária. O sujeito, implicado com o seu tratamento e com os sintomas que o fazem sofrer, poderia discutir com os profissionais de seu serviço qual o melhor Projeto Terapêutico Singular (PTS) para o seu caso, se as medicações seriam utilizadas ou não, os efeitos colaterais, qual o resultado esperado, entre outras especificidades.

Sobre o assunto, a pesquisa de Santos (2009) aponta para um “baixo *empowerment* que os usuários dos serviços possuem em relação ao seu tratamento, isto é, a baixa apropriação que os usuários possuem quanto ferramentas que os transformem em sujeitos ativos de decisões sobre o seu tratamento” (p. 20). Em contraposição ao Discurso Médico e ao Discurso do Capitalista, a aposta no Discurso da Histeria na passagem para o Discurso do Analista, quando se trata do posicionamento ético do qual se escuta os relatos dos sujeitos nos serviços de saúde, este parece estar em sintonia com o entendimento que o autor apresenta, pois se compreende que o baixo *empowerment* “aumenta a vulnerabilidade da clínica à economia de mercado, ao complexo médico hospitalar e enfraquece o vínculo terapêutico que é sustentado por outros arranjos clínicos ampliados” (p. 20).

Um dos objetivos do estudo de Santos (2009) consistia em realizar a análise do uso de psicofármacos a partir do discurso dos trabalhadores e das trabalhadoras da Saúde. Por um lado, se trata de uma pesquisa quantitativa, pois analisa os dados de dispensação de psicofármacos no município de Campinas, interior de São Paulo. Por outro, é uma análise qualitativa das narrativas construídas em grupos focais e entrevistas, valendo-se da hermenêutica crítica utilizada por Ricoeur como referencial teórico e também da técnica de *cluster*³².

³² “A construção dos *clusters*, embora uma técnica de matemática algébrica elaborada, não pode prescindir de uma etapa inicial muito ligada aos aspectos subjetivos de quem vai fazer a pesquisa. A identificação de unidades de estudo, isto é, quem vai ser analisado, onde vou encontrar essas unidades, quando vou estudá-las, não é tão subjetiva, mas a seleção das variáveis que devem ser estudadas, além da identificação das questões centrais as quais a construção de *clusters* ajuda a responder, são etapas e que deve ser feito de forma a considerar diferentes olhares, isto é, deve ser feito de forma interdisciplinar. Mesmo qualitativo tal componente possui um rigor na sua aferição pela forma de determinação dos *clusters* a partir dos cuidados que foram tomados na coleta e processamento de dados” (SANTOS, 2009, p. 25).

Santos (2009) limita o território que lhe interessa incluindo oito unidades de saúde, todas localizadas em áreas de vulnerabilidade social, que foram agrupadas por aproximação ou distanciamento em relação aos arranjos de gestão e, elege também, oito categorias, tais como a) constituição de equipe de Saúde; b) adscrição da clientela nos programas de atuação da unidade; c) reuniões de equipe com regularidade e participação da maior parte da equipe; d) presença de equipe da Saúde Mental; e) matriciamento regular e discussão conjunta com as equipes de referência; f) existência de estratégias de acolhimento à crise em saúde mental; g) PTS para casos de risco clínico e vulnerabilidade social; h) abordagem dos casos com ações diversas, e não apenas consultas individuais, como grupos de educação, promoção e atendimento domiciliar.

Esse foi o desafio de Santos (2009), analisar o uso de psicofármacos na Atenção Primária a partir de grupos focais, entrevistas e dados de dispensação. Com a técnica de *clusters*, realizou dois agrupamentos entre as unidades, as que tinham mais arranjos da clínica ampliada e as que tinham menos, buscando entender como esses elementos influenciam (ou não) na medicalização como estratégia principal para o cuidado em Saúde. O cotejamento dos dados levou a questões tais como o incômodo das equipes em relação às repetições de receitas, indagando se estas seriam pela falta de tempo ou já derivaram de uma cultura institucionalizada de não reavaliar os usuários quanto ao uso do psicotrópico. A escuta dos dois agrupamentos aponta para o fato de

que deveriam avaliar melhor a prescrição dos psicotrópicos, pois a reversão do processo uma vez iniciado é difícil de ocorrer. Entendem esta avaliação com um papel deles que não está sendo desempenhado de maneira como gostariam. Reclamam que, muitas vezes, a medicalização acontece pela **falta de tempo** dos profissionais de conversar e avaliar o caso, no entanto apresentam dúvida se teriam condições de **sanar todo o sofrimento** que lhes chega sem o uso dela. Preocupam-se também com o aumento do número de casos de suicídio que, inclusive, em algumas situações são ocasionados por grande **ingestão de remédios**, na sua maioria, psicofármacos (SANTOS, 2009, p. 50 – grifos meus).

O *furor sanandi*, presente nos serviços de saúde na modernidade, tem sido responsável por grande parte da iatrogenia ocasionada por essa clínica de mercado na Saúde Mental, altamente medicalizadora e centralizada no saber-poder médico. A ciência moderna acredita (cinicamente, talvez) ser possível sanar todo o mal-estar

inerente à existência humana com remédios. Em contraste, ao afirmar o impossível de tudo curar, presente no PPHM, o PPS não cai em condição de impotência diante do fato de não ser possível curar tudo, de não existir uma verdade toda, um saber completo que dê conta do mistério que é a vida.

O discurso da “falta de tempo” está relacionado, sobremaneira, ao Modo Capitalista de Produção aplicado aos serviços de Saúde Pública, os quais ficam cada vez mais distantes da ética proposta pela Saúde Coletiva. Redução de custos, aumento da produtividade, privilégios para a indústria farmacêutica, representante do grande capital, enfim, todos esses fatores concorrem para a manutenção da produção de subjetividades serializadas e capitalísticas no âmbito da Saúde Mental, com efeitos de reprodução do capital e da alienação como modo de estar no mundo contemporâneo.

Outros fatores indicados por Santos (2009) estão relacionados ao desconhecimento, por parte dos usuários, de informações sobre os medicamentos que lhes são prescritos. Na impossibilidade de dialogar com os profissionais dos serviços, recorrem a bulas e pesquisas na internet e ficam cada vez mais desinformados, “o que leva a uma maior insegurança, reduzindo a chance de deixar de fazer o uso crônico de psicotrópico” (p. 52). Por não terem apoio da equipe e fazerem o manejo dos medicamentos de forma autônoma, o efeito, muitas vezes, é o reforço da dependência em relação ao psicotrópico. Um dos entrevistados refere-se aos medicamentos como “uma pedra no sapato”, pois se por um lado tomá-los causa efeitos colaterais indesejáveis, por outro, não fazê-lo, nada resolve. Nesse momento é que o pesquisador se pergunta como fazer com que os remédios tenham um lugar na clínica sem transformá-los em “pedras no sapato”. Antes de concluir, Santos reforça a importância das abordagens multivariadas para os problemas:

Outro ponto para apoiar uma política para o uso racional da medicação seria na educação de profissionais, inclusive médicos psiquiatras. Estimular nos programas de formação, residenciais e nos cursos de psicofarmacologia a ideia da negociação da dose, de incluir a voz do paciente na decisão do tratamento. Fazendo-o assumir a responsabilidade pela terapêutica construída pela resultante da compreensão tanto dele como do médico. Isto implica em fomentar posturas de profissionais que ajam como apoiadores de seu público e não como detentores do conhecimento e decisões sobre a vida dos outros (p. 71).

O uso massivo de psicofármacos concorre para desencorajar outras formas de expressão da demanda social e o Modo de Produção Capitalista da Saúde Mental, tal como se apresenta hoje, de forma predominante, inibe a diversificação na oferta de escuta dessas “outras formas de expressão”. A proposta do Modo de Produção da Atenção Psicossocial fundamenta-se no vínculo como operador necessário da efetuação da revolução discursiva pertinente à transformação das práticas, ao deslocamento do Discurso Médico e, por fim, à transição paradigmática. O PPHM e PPS realizam diferencialmente a relação entre produção de subjetividade e “produção de saúde”, cujos efeitos, em termos terapêuticos e éticos, são também antagônicos.

Os medicamentos acabam sendo dificultadores no processo de diagnóstico e tratamento dos sujeitos, ou por já estarem muito medicalizados, com o desejo anestesiado pelos anos de uso crônico de medicamentos, ou por que, diante de uma crise – motor necessário ao reposicionamento subjetivo como efeito esperado de uma análise –, o medicamento tampona a questão através da promoção de um “bem-estar” químico, programado e com data de validade. Ademais, nota-se a exigência por uma nova dose, a rápida adicção aos benzodiazepínicos e outros psicotrópicos concorrem para a aproximação da figura do médico do “traficante de branco”. CID e DSM, portanto, servem mais ao fenômeno e à resposta ao medicamento do que a uma escuta clínica baseada na posição (e no reposicionamento ético) do sujeito em relação ao seu desejo.

A lógica da Indústria Farmacêutica

Este ensaio explicita um campo de disputa entre a Clínica Ampliada, a Psicanálise e a Psiquiatria. Esta última tem se orientado pelos manuais DSM e CID 10 e, é praticada, em grande parte, por esse conjunto de trabalhadores da Saúde, em particular, pelos clínicos gerais e neurologistas, “armados até os dentes” pela Indústria Farmacêutica. A Psiquiatria e os manuais tipo DSM são “o braço armado” da Indústria Farmacêutica (COSTA-ROSA, 2013) do DSM, enquanto que, a *psychopharmmarketing*, segundo Helsinger (2015), tenta todos os dias convencer as pessoas de que estão doentes para promoverem a venda de mais medicamentos:

Quando a oferta excede a demanda os preços diminuem e, para driblar a concorrência, criam-se novos “nichos de mercado” acrescentando algum

diferencial nos produtos. No campo da indústria farmacêutica isto é realizado pelo acréscimo de sintomas, o que promove outras síndromes que serão tratadas com outros medicamentos. [...] “A psiquiatria biológica é uma retórica: ela sabe como produzir efeitos, sem saber curar as causas” (p. 295) (p. 88-9).

Por exemplo, o *boom* da depressão está relacionado com a necessidade de criar novos mercados: “Nos EUA, entre 1980 e 1989, o número de prescrições de medicamentos para depressão aumentou de 2,5 para 4,7 milhões e, na França, os casos multiplicaram-se por sete entre 1970 e 1996” (p. 89). Os lucros da Indústria Farmacêutica podem ser ilustrados por uma “campanha da Pfizer para a promoção da fibromialgia”, que custou 46 milhões de dólares e obteve um lucro de 1,8 bilhões com as vendas do Lyrica® (HELSINGER, 2015, p. 88).

Em um contexto de crise estrutural do capital, a Indústria Farmacêutica, articulada à Indústria Química, continua ampliando sua acumulação, ficando atrás apenas da Indústria bélica quando se trata de lucros alcançados (FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA, 2015). A função desse setor oligopolístico é o de maximizar os lucros, ainda que em detrimento dos interesses dos doentes. Suas estratégias incluem, entre outras, a publicidade exacerbada dos medicamentos nos mais diferentes tipos de mídias, o desenvolvimento de patentes e o investimento direcionado a pesquisas rentáveis.

Da publicidade, observa-se, sobremaneira, a presença insistente do vendedor de medicamentos, representante do laboratório farmacêutico, em um número cada vez maior de consultórios particulares e do serviço público. Oferecem, pela adesão aos medicamentos do laboratório que ele representa, viagens, prêmios, presentes, descontos, isto é, uma série de vantagens para que o produto seja consumido e receitado. Nesse respeito, as estratégias de captura e manutenção desse mercado (criminoso) são, amiúde, das mais criativas e abrange desde o vínculo estabelecido com o médico até o pagamento de parte dos recursos para os balconistas de farmácia, os quais marcam a quantidade vendida do medicamento. Além desse corpo-a-corpo cotidiano, os laboratórios investem em campanhas sobre determinada doença visando aumentar a demanda por medicamentos.

Na atual fase de desenvolvimento da técnica de reprodução capitalista, os medicamentos são apresentados como uma tentativa de silenciar o mal-estar na civilização hipermoderna, cuja crença é que a Ciência pode potencializar a *performance*

e, em consequência, reduzir os *riscos* de viver. Trata-se de um engodo, pois como SSD, denunciam os prejuízos e a insustentabilidade de tais práticas, tanto para o mundo – porque os recursos naturais, uma das fontes de extração de valor pelos meios de produção capitalistas, são esgotáveis, *finitas* (HELSINGER, 2015), quanto para os sujeitos e sua singularidade, que são cada vez mais automatizados, normatizados e classificados.

Gestão Autônoma da Medicação (GAM) (ou qual lugar para o *phármakon*³³ 1)

Foi por ocasião do II Congresso Internacional de Saúde Mental Escola Franca e Fraco Basaglia Encontro com o território: diálogos entre a teoria e a prática, em Marília-SP, realizado entre os dias 21 e 23 de agosto de 2017, que conheci um “psiquiatra não tão médico” (COSTA-ROSA, 2013). Santos (2014) realiza uma importante intervenção-pesquisa, cujo conteúdo resultou sua tese de doutorado, intitulada *A gestão autônoma da medicação: da prescrição à escuta*, a qual também teve a orientação da Prof.^a Dr.^a Rosana Teresa Onocko Campos, no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Neste trabalho, Santos (2014) se propõe a “avaliar os efeitos da vivência na estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) em trabalhadores de serviços de saúde tanto da atenção primária como da atenção especializada de saúde mental, os CAPS” (p. 122). A GAM trata-se de uma estratégia oriunda do Quebec, Canadá, desenvolvida na década de 1990, justo em um período de embate de paradigmas, emergindo das práticas alternativas aos modelos de clínica proposta pelo Estado, a partir da construção política de ação comunitária em saúde, com a participação de movimentos sociais³⁴, ligada ao conceito de *recovery*, o qual segundo o autor (2014)

Surge por volta de 1970, nos Estados Unidos, o *Mental Health Consume/Survivor Movement*, movimento político e social de usuários que advogam por uma visão mais otimista e menos deficitária dos transtornos mentais, mais especificamente, a esquizofrenia. Partindo da crítica ao modelo “krapeleniano”, baseando-se em suas experiências de vida, os usuários defendiam a ideia de que as pessoas com problemas mentais não se reduzem à doença e que, por isso

³³ O filósofo grego Platão em um dos seus diálogos, Fedro, disse que a linguagem é um *phármakon*. pode ser remédio, veneno ou cosmético, dependendo do modo como é empregada.

³⁴ “Os movimentos dos *survivors*, ou melhor, “cidadãos sobreviventes à psiquiatria”, que compunham a rede desses serviços alternativos comunitários e de defesa dos direitos humanos, trouxeram à tona diversos questionamentos quanto às práticas de saúde mental na província” (SANTOS, 2014, p. 27).

mesmo, tem a capacidade de tomarem decisões sobre suas vidas e de falarem em seu próprio favor. No *recovery*, os usuários passam a advogar por uma visão que seja pessoalmente fortalecedora (*empowerment*) e mais otimista de suas vidas” (p. 22).

No Brasil, entre 2008 e 2010, algumas universidades (UNICAMP, UFF, UFRJ e UFRGS) se juntaram na “Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos” para traduzir, adaptar e adequar a GAM ao contexto brasileiro. Nesse sentido, torna-se relevante compreender as diferentes formas de colonização desses países, visto que a cultura e a política dos dois países têm influência no modo como os usuários se posicionam em relação aos serviços oferecidos pelo Estado e se articulam em coletividades.

O trabalho de Santos (2014) busca avaliar os efeitos da utilização da estratégia GAM em diferentes serviços de Saúde do município de Campinas e Amparo, ambos em São Paulo. Para tal, foram mobilizados diversos setores da universidade, como os programas de estágio, aprimoramento, residência e pós-graduação, bem como os trabalhadores e as trabalhadoras dos equipamentos de saúde selecionados para participar. O projeto, entretanto, se iniciou bem antes, com a sensibilização de gestores e intelectuais, negociações e arranjos para participação dos pesquisadores nos serviços e implantação da intervenção. Questões como autonomia, direitos dos usuários e medicalização social foram os principais eixos de debate nos encontros de sensibilização, mobilização e capacitação para o uso da ferramenta. Enquanto no *phármakon*, é o próprio sujeito que escolhe o quê, como, quanto e qual o limite da substância que pode ser o remédio para suas dores, tanto físicas quanto psíquicas. Destaco a estratégia da Gestão Autônoma da Medicação, proposta por Santos (2014), como dispositivo para ampliar os arranjos da clínica na Saúde Mental Coletiva.

Foram realizadas entrevistas com trabalhadores, antes e depois da intervenção com a GAM. Outrossim, foram elaborados grupos com usuários, trabalhadores e moderadores (estudantes em processo de formação) e apoiadores, previamente capacitados para tais atividades. Entre outras questões, a experiência do manejo de grupos³⁵ se mostrou fundamental para a finalização dos processos, os quais duraram em média de 6 a 8 meses, com reuniões semanais e discussão periódica com apoiadores,

³⁵ Sobre o grupo terapêutico como um dispositivo da clínica na Atenção Psicossocial, ver Ensaio 7 de Costa-Rosa (2013).

entre eles, o autor da pesquisa. Para a análise qualitativa, foi realizada a transcrição dos grupos e entrevistas, antes e depois da estratégia GAM. Estas transcrições, por conseguinte, foram transformadas em narrativas com base na abordagem hermenêutica³⁶ e cotejadas com diferentes olhares, inclusive dos entrevistados. Segundo Santos (2014), os efeitos que uma intervenção dessa natureza pode ter sobre os sujeitos que a vivem estão ligados à ação, na perspectiva da práxis e se direcionam no mesmo sentido dos efeitos terapêuticos singularizantes, objetivo do PPS na relação de cuidado com os usuários da Saúde Coletiva.

Os dados da pesquisa, por sua vez, foram agrupados por temas, tais como: autonomia, conhecimento sobre psicofármacos, direitos dos usuários, a posição do entrevistado frente ao usuário após vivência GAM, percepções sobre o usuário após a vivência GAM, além do trabalho e limitações com o Guia e Grupo GAM. Este roteiro estabelece tarefas entre um encontro e outro, o que fez com que, muitas vezes, usuários, trabalhadores e pesquisadores tivessem que buscar informações sobre suas vidas, os sintomas e medicamentos utilizados. Tal metodologia ativa facilita, via produção de autorreflexão, autocrítica e autoconhecimento, a ampliação da autonomia do usuário em relação ao tratamento. Ademais, a pesquisa tinha por objetivo principal observar os desdobramentos da intervenção sobre a vida e o posicionamento político dos sujeitos que participaram dos grupos.

Santos (2014) apresenta resultados bastante positivos do ponto de vista da ampliação das condições dos usuários e trabalhadores em compartilhar a responsabilidade dos tratamentos propostos pela equipe. Entre os principais incômodos, refere o necessário deslocamento que os médicos eram obrigados a fazer para abrir mão do lugar de saber inquestionável sobre o diagnóstico e o tratamento, visto que seus pacientes se deslocavam no discurso para posições mais implicadas e questionadoras. Um dos trechos de mais destaque para minha leitura fora quando, uma médica, culpabiliza um usuário que ensaia esse deslocamento discursivo:

“Tinha uma usuária que tem muita dificuldade de adesão à medicação e em um dado momento a psiquiatra passou pra ela uma medicação de alto custo. Ela falou que não porque não queria ir até ao alto custo buscar a medicação, preferia tomar uma

³⁶ “Hermenêutica não como uma metodologia em si, e sim como uma postura interpretativa que se sustenta pela busca de compreensão de um texto ou, num âmbito mais geral, de um fenômeno humano, posicionando-se entre a explicação da natureza e a compreensão da história” (SANTOS, 2014, p. 53).

*injeção aqui no CAPS mesmo. A médica falou “então tá bom” e foi isso que aconteceu. Só que nesse processo, ela entrou em crise, ficou aqui no leito. Começou a participar do GAM, e aí começou a questionar qual que era o diagnóstico dela, que medicação ela tomava, começou a questionar os relacionamentos dela, familiares, amorosos, qual que era a implicação dela com o projeto terapêutico... E aí ela queria conversar com a médica... A usuária decidiu que a medicação injetável que ela estava tomando não estava fazendo bem que ela queria e agora aceitava ir buscar o alto custo. Eu resolvi levar essa discussão na equipe e a médica falou: “não agora, ela não quis buscar o alto custo, **agora ela vai tomar injeção**”. “E ela disse pra mim: - espero que você não tenha dito que eu vou mudar a medicação dela”. Então, como isso depende muita da inter-relação entre as pessoas, você conseguir ser mais autônomo ou menos autônomo, não depende só de você mesmo, depende dessas inter-relações e do grau de flexibilidade de negociação e construção que se tem no local” (Trabalhador 6, T1) (p. 74 – grifos meus).*

Essa passagem chama a atenção pela violência que o lugar de poder do Discurso Médico imprime nos serviços de Saúde. Por outro lado, evidencia os múltiplos aspectos que podem se abrir na vida de um sujeito quando este passa a se implicar com aquilo que o faz sofrer e o faz buscar tratamento. Aliás, um dos enfrentamentos apontados por Santos (2014) durante a intervenção fora justamente os ruídos decorrentes da ferramenta, aos quais, o autor esclarece não ter por objetivo obrigar os usuários participantes a abandonar seus tratamentos ou, os médicos, de excluir a terapêutica medicamentos.

Com os relatos, o autor aponta para o empoderamento dos usuários sobre seus direitos e a ampliação de suas condições do “cuidado de si”, o que passaria pelo autoconhecimento e reposicionamento da equipe, a qual teria a possibilidade de começar a tomar decisões junto com o sujeito, não por ele. Abrir mão desse lugar de saber pelo outro, se por um lado “dá medo de desencadear uma crise”, por outro, alivia, pois não se trata de tudo saber, mas sim de compartilhar a responsabilidade da dúvida. Desse modo, os trabalhadores não têm mais que dar resposta, todavia, podem pensar junto as questões com os usuários, o que, decerto, remete à passagem de assumir o impossível de uma verdade-toda para não cair na impotência da falta de garantias do cuidado em Saúde.

Outro fator importante é que a automedicação já era uma prática recorrente entre os usuários, os quais faziam-na sem conhecimento e isso muitas vezes prejudicava o

tratamento. A consulta assemelhava-se a uma conversa de clínicos, pois o médico prescrevia, sabendo que o usuário não seguia à risca as recomendações, e este fazia de conta que aceitava, com a certeza de que faria com os medicamentos o que bem entendesse. O título do trabalho de Santos (2014) parece bem apropriado, na medida em que, com a GAM, seria viável a passagem da prescrição (surda) à escuta (do sujeito implicado com seus sintomas). Segundo o autor, a novidade que os grupos GAM vêm trazer é uma relação “de igual pra igual” com os usuários, implodindo as hierarquias “que reinam” na Saúde Pública e dificultam as práticas da Saúde Coletiva.

Do ponto de vista dos trabalhadores, Santos (2014) sublinha alguns aspectos que levam ao adoecimento no trabalho e às resistências à GAM. No primeiro plano, estão as condições precárias de trabalho e os processos de verticalização da gestão, das quais se defendiam com a burocratização do trabalho, o isolamento e a discriminação entre “nós e outros”, o que, por muitas vezes, concorre para a retaliação dos usuários. Para fazer tais enfrentamentos, o autor sustenta uma aposta em dispositivos de trabalho que restabeleçam espaços subjetivos conjuntos e operatórios. Por conseguinte, A GAM propicia situações que podem ampliar o grau de implicação de trabalhadores e usuários em relação ao produto e aos efeitos das práticas de cuidado e atenção. Sugere “a contribuição da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação para uma clínica mais fluida, flexível, negociada, do “swing”, como uma dança, de forma mais tranquila, mais respeitosa e mais calma” (p. 98).

Um aspecto que ganha destaque também, são os desdobramentos após as discussões sobre cidadania, direitos do cidadão, do usuário³⁷ realizadas coletivamente. Os trabalhadores referem que:

A discussão acerca dos direitos foi apontada pelos trabalhadores como fundamental para este maior engajamento dos usuários em suas vidas, seus tratamentos e defesas de seus direitos. Indicam um efeito de fortalecimento dos movimentos de reivindicação dos seus direitos em pequenos detalhes do cotidiano que, às vezes, apenas os moderadores GAM puderam notar. Em alguns momentos,

³⁷ Na cartilha da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) está a Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde, onde se encontram os seguintes princípios: 1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; 2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; 3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; 4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; 5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça de forma adequada; 6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (SANTOS, 2014, p. 175-6).

perceberam extrapolar a discussão para outros espaços dos serviços, sejam eles assembleias ou mesmo em outros grupos de promoção à saúde que a unidade desenvolvia. Desta forma, os usuários também foram representados pelos profissionais como sujeitos-políticos de direito. (p. 115)

Santos (2014) reitera a importância do investimento em Educação Permanente e que, usuários, moderadores e apoiadores, todos se tornam também pesquisadores quando submetidos à estratégia GAM. Esta ferramenta se mostrou importante para a avaliação das práticas dos serviços de saúde onde foi realizado, além de servir aos trabalhadores, pois a experiência se constituiu em espaços legítimos de reflexão e crítica, onde indicaram precisar de “uma escuta mais ampliada, menos focada nos sinais e sintomas de referenciais técnicos” (p. 124).

É possível considerar a GAM como um dispositivo de grande valia para o processo de transição paradigmática, pois se sintoniza com o *Recovery*, a Reabilitação Psicossocial Brasileira, a Clínica Centrada na Pessoa, a Clínica Ampliada e a Educação Popular em Saúde. Segundo Santos (2014), a originalidade “da experiência GAM é propiciar a emergência de práticas com vários aspectos das diversas teorias citadas. Sem pretender ser uma teoria em si” (p. 125). Nesse sentido, tal ferramenta se aproxima da Educação Popular como metodologia, do dispositivo intercessor, como posicionamento possível para os trabalhadores e do PPS, como paradigma mais adequado, por assumir uma posição diversa à ciência positivista, que tudo quer saber sobre as verdades absolutas, que tudo pretende curar e que o sujeito (do desejo) seria reduzível a um objeto (à doença). Segundo o autor:

Para a educação popular em saúde os processos de aprendizagem acontecem na vida e não apenas dentro dos currículos e das instituições formais. Por meio dos princípios do diálogo, do respeito à diversidade e da valorização de sujeitos coletivos, nos permite avançar numa formação profissional voltada para a construção cotidiana dos projetos coletivos ou individuais (p. 127).

Ao final do trabalho, Santos (2014) apresenta ainda, como anexo, a cartilha da GAM, um roteiro para conduzir a realização da intervenção, o que possibilitaria, a partir da leitura, a utilização de tal ferramenta. Isso é importante, pois o lugar adequado dos medicamentos na Atenção Psicossocial precisa estar relacionado à participação ativa do usuário na escolha e à sustentação de sua terapêutica, ou Projeto Terapêutico Singular.

Por isso, avalio como absolutamente pertinente a utilização da estratégia GAM para o empoderamento dos usuários, a ampliação de seus conhecimentos sobre os psicofármacos e seus direitos, bem como uma melhor compreensão de qual o papel dos trabalhadores da saúde junto aos usuários dos serviços, na promoção de relações baseadas no vínculo e na confiança mútua. Pode ser que venha daí, da intervenção via estratégia GAM, a condição para o enfrentamento ao saber-poder médico e à medicalização, como estratégia hegemônica entre as práticas de cuidado.

Para falar de medicalização se faz necessário tocar no lugar ocupado pela psiquiatria no contemporâneo. Costa-Rosa (2013) afirma que “a psiquiatria psicossocial deve pautar-se pela ética que interessa aos sujeitos do sofrimento, aos trabalhadores da instituição e à população em geral; num desvio radical da lógica reprodutora do instituído que rege o MCP, seus valores e ideais” (p. 217). Tendo como ponto de partida a Ética proposta pelo PPS, que inclui o sujeito do sofrimento na elaboração de seu tratamento, “essa postura é absolutamente compatível com a utilização dos psicofármacos com coadjuvantes dos processos de subjetivação que estão em ação no sofrimento psíquico. Não é o caso de propor a ignorância da dimensão orgânica eventualmente presente, mas a tentativa de situá-la em seu lugar” (p. 219).

Diante da hegemonia das práticas psiquiátricas que se reduzem apenas a prescrever medicamentos, o autor destaca que o médico necessário ao PPS deveria ser “um médico além do médico”, ou um “psiquiatra não tão médico”, para poder pensar o corpo além do corpo orgânico e uma medicalização não tão medicalizante, posicionado de modo a superar a dicotomia entre doença-cura e sujeito-objeto, pois é “preciso reconhecer que se trata de impasses de sofrimento relacionados com processos de subjetivação que ocorrem em um campo complexo, composto de múltiplas determinações” (COSTA-ROSA, 2013, p. 223).

As principais questões apresentadas por Costa-Rosa (2013) acerca dos movimentos que a Psiquiatria DSM precisa fazer para compor o campo da Atenção Psicossocial, podem ser assim sintetizadas:

- 1) superar dialeticamente o corpo como referência exclusiva;
- 2) superar dialeticamente os princípios doença-cura e sujeito-objeto, exercitando modalidades de vínculo, que não são as do Discurso Médico ou da Clínica Médica, como modo de operar outra clínica na relação com os sujeitos e suas queixas;
- 3) superar o uso dos psicofármacos como solução *a priori* ou como resposta principal entre seus meios de ação;
- 4) assumir radicalmente a interprofissionalidade e a transdisciplinaridade

como formas de construção dos coletivos de trabalho na Atenção Psicossocial que sejam capazes de superar o paradigma dos especialismos disciplinares, em favor do protagonismo dos sujeitos do sofrimento; 5) inteirar-se das novas ferramentas teóricas que ampliam a análise dos processo de subjetivação com foco nas relações do corpo com as transformações sociais e sociossimbólicas (p. 232).

Considerações Finais

O estudo de Helsinger (2015) assinala uma íntima relação entre a constituição histórica do neoliberalismo e o aumento do poder das Neurociências, do Cognitivismo e da Psiquiatria como políticas efetivas do Estado neoliberal. Capitalismo não faz laço, não regula o gozo das relações sociais. Nesse sentido, a psiquiatrização e a criminalização são procedimentos paliativos devido à insegurança social e tributárias da desigualdade social que sustenta o poder hegemônico do capital.

Costa-Rosa (2013) afirma que o aumento na oferta do medicamento como resposta primeira e exclusiva para todo e qualquer problema pode estar vinculado a um superdimensionamento “das transformações culturais, o que teriam tornado as pessoas comuns mais sensíveis e predispostas a buscar ajuda diante de sofrimentos inerentes ao cotidiano” (p. 191). O que tal estratégia, situada no PPHM, perde de vista é:

a dimensão de objeção de todo sintoma e sofrimentos psíquicos, assume-se tacitamente que todo mal-estar é mal-estar privado, encarnado em cada indivíduo. A partir daí, prevalece a lógica Discurso Médico e da psiquiatria DSM atuando como medicina mental: tudo tratar como individual. (COSTA-ROSA, 2013, p. 170).

Neste paradigma, predominam ações verticalizadas de dominação-subordinação, nas quais o saber sobre o tratamento e as relações terapêuticas são impostas como verdades absolutas, não havendo qualquer preocupação social com o sujeito, sua opinião sobre o tratamento ou mesmo, suas observações após o início do tratamento. O produto desse Modo Capitalista de Produção (MCP) de cuidado é uma subjetividade serializada, capitalística, que encontra na lógica DSM, sua classificação alienada.

Observa-se que o Discurso Médico realiza operações de sequestro da subjetividade e velamento do indivíduo como protagonista de seu sofrimento. Com a psiquiatria submetida ao DSM “o objeto-doença como objeto-saber se subordina ao objeto-fármaco de cuja obscura essência emana praticamente a totalidade dos

tratamentos” (COSTA-ROSA, 2013, p. 190). Esta lógica perpassa de tal forma a cultura e as práticas sociais, que faz com que os indivíduos passem a exigir causalidades orgânicas para seus impasses e sofrimentos. Quanto a isso, a luta antimanicomial contemporânea deve incluir a crítica à medicalização como atualização química do manicômio. A responsabilidade da atuação desses novos trabalhadores da Saúde é, ao mesmo tempo, de desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa. Ademais, Cruz (2010) aponta para os desafios da clínica contemporânea em não se reduzir, por meio da medicalização da vida, a novas formas de “manicomialização”, o que tem sido chamado também de “manicômios químicos”.

Para sustentar sua singularidade a Psicanálise deve propiciar condições para que o sujeito crie um estilo singular de existência face ao seu desamparo. Faz-se necessário, para isso, que trabalhadores e trabalhadoras precavidos pela Psicanálise de Freud e Lacan e pelo Materialismo Histórico estejam sensíveis às questões do nosso tempo, pois seria estéril a repetição de teoria, o que enfraqueceria a operacionalidade teórico-clínica do dispositivo analítico. Há que se sustentar o desejo de psicanalisar. Desejo do analista, desejo de que haja análise. Segundo Helsinger (2015), para que o sujeito não seja comprimido,

para se manter como uma experiência crítica e romper com o cientificismo psicanalítico estéril, a psicanálise deve sair das grandes instituições e do seu isolamento para dialogar com outros produtores de cultura (como sociólogos, antropólogos e cineastas) e com temáticas que lhe são fronteiriças, como a violência e a política. Até porque isso é fundamental para que ela crie novas formas de pensar o mal-estar na contemporaneidade. [...] é preciso não se aprisionar nos discursos teóricos enrijecidos, mas, também, não fazer concessões em relações as suas matrizes centrais (como o inconsciente) para se adequar ao ideário da performance (p. 191) [e do risco].

A medicalização como uma das figuras do SSD evidencia o modo de produção no qual ocorre, a ideologia fantasmática que agencia verdades cínicas, produzindo ao mesmo tempo mercadorias-fetice e sujeitos-mercadoria. No capitalismo hipermoderno, as formas de extração da mais-valia, valor não pago ao (à) trabalhador(a) pelos donos dos meios de produção, penetram não só no tempo de trabalho, para ampliar a produção, como no capitalismo moderno, discurso caracterizado pelo Discurso do Mestre; mas

também o método hipermoderno de extração da mais-valia³⁸, manifesta-se como consequência da ideologia propagada pelos imperativos: Compre! Goze! Consuma! Agora! Chegam aos consultórios e serviços de saúde exigindo um medicamento que os faça dormir, comer, amar, trabalhar, não comer, acordar, não amar, relaxar.

O corpo que se apresenta mantém em sua constituição significante (um sujeito representa um significante para outro significante), ou seja, o referencial da psicanálise de Freud e Lacan continua operando com esses sujeitos e seus sintomas. Junto com Marx, Freud e Lacan, afirmo que escutar o sintoma como um SSD implica outro manejo e direção de tratamento. Por mais exuberante que seja a forma como o sujeito se apresenta, suas marcas no corpo, lembrando que corpo, neste campo, é sempre, e primeiro de tudo, uma categoria de dobra, singular em seu triplo registro: Real, Simbólico e Imaginário.

Como ética, a estratégia da Atenção Psicossocial oferece outras possibilidades de tratamento, diversifica a oferta de serviços e escuta ao sofrimento psíquico. Como tática, se faz enquanto possibilidade de atuar nas brechas da Saúde Pública, tensionando o discurso hegemônico em direção à Saúde Coletiva e na criação de demandas de Políticas Públicas específicas para esse segmento. Em se tratando da práxis de um modelo, que se faz nas práticas ao mesmo tempo que produz sua teoria, se faz necessária a permanente autocrítica, pois na medida em que são dois paradigmas (PPHM e PPS) que convivem nos equipamentos de Atenção à Saúde, muitas dessas táticas se misturam e se confundem, o que torna ainda mais pertinente o fortalecimento dos espaços de Educação Permanente (EP), o que possibilita aos trabalhadores e trabalhadoras manterem-se em constante processo de construção de saberes e autocrítica de suas ações, sempre de forma coletiva, em reuniões de equipe, assembleias ou grupos de trabalho.

³⁸ Considerando o período de reestruturação produtiva do capital, após o choque de petróleo da década de 1970 e a propagação do neoliberalismo e do Estado mínimo na década de 1980, Dal Rosso (2008) chama de *mais-trabalho* aquilo que é proposto aos *colaboradores*, como forma de ampliar os mecanismos de extração de valor da força de trabalho humana. Por exemplo, para que fiquem disponíveis 24 horas para a empresa, sejam polivalentes, atinjam metas. A transmissão dessa ideologia se dá de forma hegemônica, tanto pela mídia quanto pelas próprias práticas cotidianas dos sujeitos em seus locais de trabalho. As crises cíclicas do capital e a permanente necessidade de ampliar a mais-valia são decorrentes da composição orgânica do capital e a lei tendencial da queda da taxa de lucro; entre os três componentes estão os meios de produção, a matéria prima e a força de trabalho humana, sendo esta última a única capaz de criar valor (GORENDER, 1985).

ENSAIO 3: OUTRAS FIGURAS (OU QUAL LUGAR PARA O *PHÁRMAKON* 2)

Resumo

Este ensaio busca explicitar os usos que os sujeitos, em sua singularidade, fazem das diversas substâncias químicas disponíveis à experimentação no contemporâneo. Se antes o álcool tinha um lugar privilegiado de abundância em relação a sua oferta, no contemporâneo, a ampliação da disponibilidade de drogas faz com que essa seja, cada vez mais, uma saída para o ser humano lidar com o mal-estar na civilização e a *dor de existir*. A partir da literatura disponível acerca da clínica na atualidade, é possível apontar para uma figura que tem ganhado condição de epidemia, que é o toxicômano. Mas são todos iguais? Por que alguns sujeitos se viciam e outros não? O impossível laço social do Discurso do Capitalista, que só se soluciona na crise ou na catástrofe, pode ser observado na abstinência e no gozo mortífero que experimentam os sujeitos da toxicomania. Enquanto Sintoma Social Dominante, a intoxicação por substâncias químicas oferece mais um plano de análise para a escuta e tratamento dessa modalidade de sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Alcoolismo; Toxicomania; Psicanálise; Discurso do Capitalista; Sintoma Social Dominante.

Alcoolismos e Toxicomanias

*dinheiro, segredo, palavra-chave
manipula o mundo e articula a verdade
compra o silêncio, monta a milícia
paga o sossego, compra a política
[...]
o vício da morte está à venda
em cada rua uma alma
em cada alma uma encomenda
o consumo **pra alguns** é uma ameaça
vários desanda, vacila e vira caça*

(O crime vai e vem, Racionais MCs – grifos meus)

Se a fonte de sofrimento é incontrolável, seja o próprio corpo (Real, para Lacan, pulsão, para Freud), o mundo externo (e a força destruidora da natureza) ou outros seres humanos (sendo esse o aspecto mais insuportável), as pessoas, ao longo dos séculos, foram inventando formas de evitar o desprazer e produzir prazer. Freud (2010), em suas observações acerca do mal-estar na civilização, afirma que “a satisfação irrestrita de todas as necessidades se apresenta como a maneira mais tentadora de conduzir a vida, mas significa pôr o gozo à frente da cautela, trazendo logo seu próprio castigo” (p. 32). Aos sujeitos, não restaria outra chance a não ser abrir mão da satisfação total por

satisfações parciais (substituição, em termos freudianos), do império do princípio do prazer pelo princípio da realidade.

Segundo Freud (2010), são sete as saídas: 1) a sublimação (não para todos, já que no capitalismo, boa maior parte da humanidade tem que vender sua força de trabalho para ser explorada pelos capitalistas), 2) o isolamento (a mais primitiva das estratégias), 3) a paranoia, 4) o amor (o amor erótico-sexual nos proporcionou a mais forte experiência de sensação de prazer, um modelo de busca da felicidade), 5) o gozo da beleza (experiência estética), 6) as religiões, 7) a toxicomania. Desde os primórdios, o ser humano procura substâncias químicas para se curar e se inebriar – dupla face do *phármakon*. Para o autor:

O método mais cru, mas também o mais eficaz de exercer tal influência é o químico, a intoxicação. Não creio que alguém penetre inteiramente no seu mecanismo, mas é fato que há substâncias de fora do corpo que, uma vez presentes no sangue e nos tecidos, produzem em nós sensações imediatas de prazer, e também mudam de tal forma as condições de nossa sensibilidade, que nos tornam incapazes de acolher impulsos desprazerosos. [...] O serviço dos narcóticos na luta pela felicidade e no afastamento da miséria é tão valorizado como benefício, que tanto indivíduos como povos lhes reservaram um sólido lugar em sua economia libidinal. A eles se deve não só o ganho imediato de prazer, mas também uma parcela muito desejada de independência em relação ao mundo externo. Sabe-se que com ajuda do “afasta-tristeza” [*Sorgenbhecher* bebida alcoólica - “quebrador de preocupações”] podemos nos subtrair à pressão da realidade a qualquer momento e encontrar refúgio num mundo próprio que tenha melhores condições de sensibilidade. É notório que justamente essa característica dos entorpecentes determina também o seu perigo e nocividade³⁹. Em algumas circunstâncias eles são culpados pelo desperdício de grandes quantidades de energia que poderiam ser usadas na melhoria da sorte humana (p. 32-34).

³⁹ A política de guerra contra as drogas, atualizada pelos recentes movimentos do governo brasileiro em sua intervenção militar nas comunidades do Rio de Janeiro, precisa ser compreendida de uma forma mais ampla e complexa. Para desarticular a movimentação dos Panteras Negras, a CIA implantou o consumo de heroína e cocaína nos bairros negros dos EUA, droga oriunda em sua maior parte do Vietnã e, depois, do Afeganistão, de 1967 até 1980. Como a cocaína Colômbia ficou muito cara, depois que ganhou os mercados de *Wall Street*, o que restava da pasta base, era cozido e virava *crack*. No Brasil, o *crack* foi introduzido de forma massiva na década de 1990, mas potencializado a partir de 2006, pela guerra entre o Estado e o PCC (RUI; MALLART, 2015). O aspecto nocivo ao qual remete Freud foi bem apropriado pelos interesses do grande capital, fazendo com que, uma população cada vez maior, em sua maioria composta por jovens negros de periferia, desperdicem sua força e capacidade de contestação e enfrentamento, sendo reduzidas a *zombies*, presas fáceis dos ideais neoliberais de individualismo e competição.

Na clínica contemporânea, predominam ações de medicamentação e grupos de apoio, tais como os Alcoólicos e Narcóticos Anônimos, além das ofertas místico-religiosas e das comunidades terapêuticas, as quais têm efeito de grupo-massa, reproduzindo de subjetividades serializadas, automatizadas, alienadas de seu desejo e não de produção de singularidades (COSTA-ROSA, 2009). Sobre a utilização dos remédios, fica evidente que troca-se uma droga por outra; contudo, agora esta é determinada pelos médicos⁴⁰. No mesmo sentido de reduzir a complexidade e multiplicidade da vida à conjuntos de sintomas, a quinta versão do DSM, exclui a divisão feita pelo DSM-IV-TR entre os diagnósticos de abuso e dependência de substâncias, reunindo-os como *Transtorno por uso de substância*.

O vício da morte está à venda

Há diversos questionamentos acerca desta temática, mas enfim, por que alguns sujeitos se viciam e outros não? Por que para alguns o uso é uma ameaça? O que o tem de Social e Dominante nos Sintomas dessas figuras? Grafo no plural, “alcoolismos” e “toxicomanias”, para me remeter ao fato de que os usos que cada sujeito faz da substância é singular e contextualizado, libidinal e culturalmente (COSTA-ROSA, 2009). É o aspecto de *phármakon*, que se perde quando o sujeito fica submetido aos imperativos do objeto-droga na toxicomania (ou no alcoolismo). Entre o remédio para a *dor de existir* e o veneno que leva à crise e à catástrofe, é tênue a linha que distancia esses dois polos de relação dos sujeitos com os objetos.

Segundo Melman (2003), muitos jovens no início do terceiro milênio se tornam toxicômanos por acidente, porque participam de uma troca social ritualística, “que implica o uso de produtos tóxicos e depois, sem perceber, eles se tornam dependentes” (p. 105). Para além de existirem drogas leves ou pesadas, o autor destaca a diferença fundamental da composição da fantasia de cada sujeito em relação aos usos de substâncias químicas. Seriam, portanto, dois grupos, o dos “que justamente privilegiam a existência, mesmo dolorosa, e experimentam repugnância à ideia de um produto que

⁴⁰ Para os gregos, existia uma substância capaz de curar a insatisfação. Enquanto *phármakon*, é o próprio sujeito que escolhe o que, como, quanto e qual o limite da substância que pode ser o remédio para suas dores, tanto físicas quanto psíquicas. Retomo a estratégia da Gestão Autônoma da Medicação, proposta por Santos (2014), como dispositivo para ampliar os arranjos da clínica na Saúde Mental Coletiva – ver no Ensaio 2 desta dissertação.

poderia vir aboli-la. [...] E há outros para os quais essa existência não provoca prazer, senão ao aboli-la [...] esses que vão se tornar dependentes e toxicômanos” (p. 106).

Com relação ao gozo do toxicômano, Melman (2003) distingue o álcool de outras substâncias, atribuindo ao primeiro, a condição de atuar “como facilitador da sociabilidade, o que não é especialmente o caso das drogas pesadas” (p. 136). Da adição, afirma que estamos todos nesse estado em relação à instância fálica e que, se essa falta, a situação é de melancolia e depressão. No caso do toxicômano, sua adição é relativa a um objeto, não a uma instância psíquica. É nessa medida que essa figura aparece como SSD, por expressar importantes características da Formação Social atual:

De certo modo, o toxicômano diz a verdade sobre nossa condição social atual, quer dizer, temos a tendência de tornarmo-nos todos adictos em relação aos objetos. Então, ele diz a verdade, mas manifesta claramente a coragem de mostrar que está pronto para sacrificar sua vida para realizar a seu modo esse projeto. O toxicômano é um herói, isto é, aquele que é capaz de ir até o fim e sacrificar sua vida para realizar seu desejo e consumir seu gozo (p. 138).

Na era do neoliberalismo, chega-se aos *gadgets*, objetos feitos exclusivamente para gozar, representante máximo de realização do valor de troca, característico do MCP. Um objeto, hipoteticamente capaz de suturar a divisão subjetiva, que separa o gozo e o sentido, como se fosse possível o reencontro com a completude mítica, para sempre perdida na passagem da necessidade ao desejo, do animal ao humano, passando pela demanda. Nesse caso, “o corpo aparece transmutado, de força de trabalho, em pura força de consumo, inclusive compulsivo” (COSTA-ROSA, 2009, p. 90). Segundo Melman (1992), o toxicômano é o primeiro a denunciar a descoberta desse objeto-droga, sob o domínio da tecnociência e da lei do mercado.

Na perspectiva de Helsinger (2015), “muitos métodos são utilizados para subtrair os efeitos do mal-estar, como a técnica científica (por controlar os fenômenos da natureza) e a intoxicação. Esta, por sua vez, promove um prazer imediato e serve como um refúgio, na medida em que dá uma sensação de independência face às pressões do mundo externo” (p. 166). Para a autora,

a cultura das drogas consolidou-se no Ocidente na década de 70 e ela inaugurou uma modalidade de uso de drogas diferente da que era feita nas décadas de 1930-60. Neste contexto, a droga inscrevia-se em um projeto existencial e o que estava em jogo era a

tentativa de se alcançar novas sensações e de se inventar novos mundos. Já a partir dos anos 70, as drogas, tanto medicinais como ilegais, tornaram-se um recurso para fugir da realidade, isto é, passaram a ser utilizadas como uma “resposta ao mal-estar na atualidade, pela qual o sujeito, despossuído da possibilidade de acreditar que possa fazer algo, busca pelo hedonismo e pela sensorialidade prazerosa produzir algum gozo diante de tanta dor”. Evidentemente, esse preenchimento é provisório e se relança (HELSINGER, 2015, p. 88).

Existem diversas modalidades de usos: extenso, abusivo, adito, além de diferentes objetos disponíveis para a livre experimentação. No geral, as toxicomanias são denúncias da ilusão do laço social, atuam como forma de tratamento do mal-estar do desejo pelo Real da química por meio da intoxicação do organismo. Em particular, se faz necessário mais do que condições de estrutura (JULIEN, 2002) para caracterizar os diversos tipos de uso de substâncias.

De acordo com Costa-Rosa (2009), para compreender o empuxo dos sujeitos ao tamponamento da angústia via objeto-droga no contemporâneo, é preciso incluir as transformações decorrentes da Formação Social em dois âmbitos diferentes: primeiro, com relação “ao poder simbolizante dos seus ideais de estatuto imaginário da Formação Social dita liberal”; segundo no “desvelamento da funcionalidade da “lei de mercado” em seu aspecto encarniado, sobretudo após a década de 1970, como forma de “mediação” das relações sociais” (p. 90). Os efeitos da linguagem sobre o Real do corpo dependem também, das “circunstâncias sociais em que cada um pode constituir-se como sujeito” (COSTA-ROSA, 2009, p. 92), o que conduz a hipótese do toxicômano como uma figura do SSD.

A droga, que antes funcionava como barreira ante a angústia decorrente do mal-estar e da insuficiência da operatividade do sintoma, passa a ser usada para evitar a angústia atroz experimentada nos intervalos de uso. À semelhança da construção de hipóteses acerca de um sujeito constituído por forclusão, que só se pode afirmar após um acontecimento que desmorona a realidade psíquica (*realität*), uma toxicomania só se deflagra após a crise de abstinência. São, portanto, dois os planos de análise da intoxicação, sua dimensão socialmente induzida pelo aumento da oferta disponível no mercado, enquanto SSD, apoiada pelo braço armado da mídia e do complexo narcotráfico, e o modo como cada sujeito, a depender de sua constituição estrutural, vai responder a essa experimentação. Alguns, por influência do meio, aspiram ao

gozo mítico impossível de ser suportado sem os aparatos do Simbólico, mas não pagam o preço da renúncia aos valores narcísicos, aos quais, por razões de estrutura subjetiva, estão mais ou menos solidamente conectados. Pode-se dizer que, neles, as diferentes formas de curto-circuito do simbólico na relação do sujeito com o objeto de gozo, não são deveras decididas; ou são apenas parciais ou transitórias (p. 92).

O uso de drogas é um convite a uma relação sem mediação, processo que Freud nomeia como regressão tópica à necessidade. Na mesma senda, o Discurso do Capitalista e a leitura do Sintoma Social Dominante, proposta por Melman (1992), permitem apontar para essa inversão da relação do sujeito com o gozo: o objeto cai sobre o sujeito (*a\$*). A maioria das drogas, lícitas ou ilícitas, oferece uma *performance* de que poderiam propiciar um reencontro com o momento mítico de completude, o que “põe ao alcance de todos a oportunidade de se tornar um viciado (eis um objeto ironicamente democrático)” (COSTA-ROSA, 2009, p. 92).

Em 1896, em diálogo com Fliess, na carta 52, Freud (2006) propõe que, o mecanismo psíquico se formava a partir do material presente em forma de traços de memória e que este estaria sujeito “de tempos em tempos, a um *rearranjo* segundo novas circunstâncias – a uma *retranscrição*” (p. 281). Nesta carta, Freud articula o esquema do pente, um modelo espacial, constituído pelas percepções (*W* – *Wahrnehmungen*), pela indicação da percepção (*Wz* – *Wahrnehmungszeichen*), pela inconsciência (*Ub* – *Unbewusstsein*), pela pré-consciência (*Vb* – *Vorbewusstsein*) e pela consciência (*B* – *Bewusstsein*).

Da leitura de Freud com Lacan, Lima (1998) investiga o que seria um traço de perversão e se deparou com as três palavras que Freud utilizava, as quais foram traduzidas como traços: *Zeichen*, *Zug* e *Spur*. Na passagem do gozo (*W*) ao significante (*Ub*), o que garantiria a inscrição do sujeito na linguagem por meio da *Bejahung* (separação) primordial, em alguns sujeitos da toxicomania, traços de memória não passavam a *Spur*, fixando-se entre *Wz* e *Ub* o *enziger Zug*, traços, *Zugen*, que não teriam sofrido a tradução necessária, restando um desmentido, tal como uma brecha na fantasia, mantida como propósito de satisfação autoerótica.

Lima (1998) compara a experiência dos passantes, aquilo que diz do momento de Passe na análise, a uma “passagem clandestina”, característica da toxicomania. Espera-se que no fim de uma análise, haja a produção de um desejo inédito, produto do reposicionamento do sujeito em relação ao objeto. Acrescenta que na primeira

experiência com a droga, o sujeito faz uma “travessia selvagem”, como se tivesse reencontrado o gozo mítico. Isso acontece porque, um traço de gozo que não passou a significante (LIMA, 1998).

Contudo, se existe o empuxo ao gozo e uma ampliação das possibilidades de oferta de substâncias, o que constitui um plano de análise, há também, as diferenças relevantes entre os usos, as quais impactam na qualidade e na duração da vida desses sujeitos. Por isso, se faz necessário uma escuta atenta, singular, aberta à multiplicidade de inscrição de sentido e à diversificação das ofertas de cuidado para os mesmos. O toxicômano contemporâneo performatiza a radicalidade de objeção ao gozo que caracteriza a sociedade de consumo e nessa medida, constitui uma figura do SSD.

O que dizem por aí

A dissertação de Canabarro (2011), intitulada *Toxicomanias e Psicanálise: algumas considerações*, defendida na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, orientada pela Prof.^a Dra. Marta Regina de Leão D’Agord, apresenta uma pesquisa realizada em dois CAPS-ad da cidade de Porto Alegre, e soma a esse material de análise, sua leitura crítica do livro de William Burroughs, *Almoço nu*. A autora se pergunta quais seriam as tonalidades discursivas da nossa época e sua relação com as toxicomanias; enquanto discurso ou enquanto sintoma, o que colocariam em questão? Da análise das práticas dos estabelecimentos, destaca que a prática terapêutica de cada estabelecimento tem uma profunda relação com os discursos circulantes no local.

De acordo com Canabarro (2011), enquanto problema de Saúde Pública, os toxicômanos “incomodam mais do que fantasmas” as autoridades e os gestores públicos. A princípio, constituem um fenômeno passível de ocorrência em qualquer uma das três estruturas clínicas, recalçamento, forclusão e renegação, entretanto, em sua pesquisa pergunta se existiriam várias toxicomanias, pois esta questão se mostra controversa: “Em alguns casos ela é vista como representativa de uma nova estrutura (CALLIGARIS), ao passo que, em outros, é entendida como um fenômeno presente na estrutura perversa (BIRMAN)” (p. 9). A autora estabelece relações entre a toxicomania e cada um dos discursos. No Discurso da Universidade (ou da Ciência), predominam as classificações nosológicas e os sujeitos se identificam com o objeto da ciência, transformando o indivíduo em objeto de pesquisa e desnudando-o de sua singularidade.

O uso que certos sujeitos fazem desse significante busca suspender, ao menos de modo provisório, a divisão subjetiva:

entre muitos usuários de drogas, o rótulo de “dependente químico” e/ou de “toxicômano” parece ser a única coisa que têm a dizer sobre si. Quando se apresentam em dinâmicas grupais, por exemplo, normalmente o que dizem se reduz ao nome seguido de “dependente químico”: “Sou XXX, *dependente químico*, abstinente há XXX dias”. Qualquer que possa dar indícios da particularidade de cada um demonstra não ser relevante. A definição, fornecida pela ciência, do que é a dependência química basta, por si própria, para apresentar o drogadicto (p. 26-27).

A tentativa engendrada pela drogadição é a de desfazer nosso laço social, causa do mal-estar. Do ponto de vista da relação da toxicomania com o Discurso do Capitalista, nota-se que o sujeito ocupa o lugar de agente, estabelecendo uma relação direta com o objeto, o que levaria a pensar que, ao sujeito é possível o acesso ao mais-de-gozar de forma imediata, ou seja, “todo querer é poder”. Enquanto sintomas sociais, as toxicomanias denunciam que, “algum querer não é poder”:

Para apontar a ilusão do discurso do capitalista, o toxicômano envolve o próprio corpo; ele vale dos objetos produzidos e explorados pelo capitalista na tentativa de alcançar o gozo absoluto prometido e acaba por demonstrar a impossibilidade aí existente. Ao mesmo tempo em que confere existência ao discurso do capitalista, ao contradizê-lo o toxicômano deixa entrever seu cunho enganoso. E é através da implicação de seu corpo, através da intoxicação, que o toxicômano faz isso. Em vez de falar, o que lançaria a possibilidade do estabelecimento de algum laço, o toxicômano se intoxica (CANABARRO, 2011, p. 38).

Por meio dos imperativos “Consuma!”, “Você quer, você pode!”, “Eu quero, eu posso!”, o Discurso do Capitalista insinua ser possível o acesso ao gozo: “ao foracluir a castração (SAURET), o Discurso do Capitalista rejeita a Lei Simbólica. Recusa semelhante a que está em causa nas toxicomanias, onde não se põe em jogo a castração, mas sim um gozo sem desejo e sem sujeito dividido” (CANABARRO, 2011, p. 42). Sobre a relação da toxicomania com o Discurso do Analista, Canabarro (2011) afirma que a Psicanálise busca recuperar a condição particular de cada sujeito. No lugar de uma

classificação nosológica pré-fabricada, convoca-o a falar, a se implicar com o seu sintoma, abrindo possibilidades para que o sujeito se reposicione em relação ao desejo, por meio da histerização do discurso, “a fim de que o sujeito seja conduzido a um saber que, para ele, tenha valor de verdade” (p. 45). De acordo com a autora, na Conferência de Milão, em 1972, Lacan propõe o Discurso da Peste, expondo seu pressentimento “sobre o futuro da psicanálise em um mundo imerso no Discurso do Capitalista e conduzido pelo Discurso da Ciência” (p. 47). O que Lacan antecipa são as interrogações que práticas terapêuticas, a princípio supostamente mais rápidas e eficazes, fariam à Psicanálise.

O Discurso da Peste (PST) é um trocadilho entre a peste que Freud disse que levaria à América⁴¹, quando de sua primeira conferência acerca da Psicanálise em solo americano e a peste que se tornaram as psicoterapias de um modo geral. “Ao contrário da psicanálise, que procura pelo sujeito e por sua particularidade, a nova peste espraia-se a partir da repressão de tudo aquilo que possa remeter ao mais particular de cada sujeito” (p. 48). Nesse discurso, o psicoterapeuta propõe que o sujeito assimile seus significantes-mestres, sobretudo, as classificações nosológicas e os psicofármacos, pois “as classificações são oferecidas ao sujeito com a finalidade de que dêem conta de explicar o que lhe acomete” (p. 48). Aponta ainda as consequências clínicas e efeitos éticos dessa abordagem:

Ao assumir esses significantes-mestres, o sujeito mantém os seus próprios significantes primordiais, aqueles que lhe são particulares, cada vez mais reprimidos sob a barra. O objeto *a*, como causa do desejo, também aparece sob a barra, mas no lugar da verdade; aquilo que o paciente sente, ele não precisa afalar, pois o que sente é traduzido como um saber científico, calando o que inquieta o sujeito (p. 49).

A inserção de Canabarro (2011) em um CAPS-ad foi realizada em dois tempos. No primeiro, CAPS-ad, sua pesquisa foi impossibilitada pela equipe, que por diversas razões, declinou o convite de participar da investigação. A autora, por conseguinte, expõe alguns motivos, entre eles, a infraestrutura, as dificuldades financeiras, mas sobretudo, a baixa adesão ao tratamento apresentada pelos usuários, entendendo que, quando a psicóloga solicita que a pesquisa não aconteça lá, a teria feito para não “expor

⁴¹ Na recente biografia de Freud, Roudinesco (2018) afirma que essa seria uma “lenda” inventada por Lacan e que, na verdade, as exatas palavras que Freud teria dito a Jung foram “Se eles soubessem o que estamos lhes trazendo” (p. 180).

o fracasso da equipe e o seu próprio fracasso, refletido no baixo número de pacientes atendidos pelo serviço. Fracasso esse que, no entanto, é inerente a todo serviço que se propõe a desempenhar a impossível tarefa de curar” (p. 52).

Em relação à análise de Canabarro (2011) para pensar as dificuldades de inserção no estabelecimento de saúde, é possível acrescentar outro aspecto: a metodologia de pesquisa utilizada não teria sido adequada. Usando outro arcabouço teórico-técnico, por meio do Dispositivo Intercessor, Galiego (2013) descreve um modo de produção de conhecimento que está para além da realização de uma pesquisa, visto que “o que se faz é produzir um saber sobre como se deu o processo de produção do saber na práxis. Ou seja, é um saber sobre os modos de interceder, e que pode se constituir em um guia para a ação de outros intercessores” (p. 65).

O CAPS-ad B, foi frequentado por cerca de dois meses e meio, no qual a pesquisadora pode participar do *Grupo de Preparação para o Final de Semana* e do de *Prevenção à Recaída* e o *Atelier de Escrita*. O primeiro, “visava ajudar os pacientes a programar as atividades que fariam durante o sábado e o domingo, dias em que o CAPS não abre e que se configuram como momentos mais suscetíveis a recaídas” (p. 53). O segundo, entretanto, tinha como objetivo oferecer uma forma outra para que os usuários pudessem falar de seus sentimentos, a partir da escrita.

Canabarro (2011) se pergunta se esses centros, que se supõem de tratamento, não seriam de condicionamento desses “perturbadores da ordem social”:

Adaptar um sujeito mal-adaptado a um determinado sistema é uma demanda frequente endereçada aos centros de tratamento psicológico. Pedidos para adaptar o aluno “rebelde” ao contexto de sua escola, o filho à família ou o toxicômano à vida social sempre chegam, revestidos das mais diferentes solicitações, aos centros especializados. Diante desse fato, cabe perguntarmo-nos qual(is) tratamento(s) te(ê)m sido oferecido(s), no caso específico das toxicomanias, pelos centros de referência responsáveis pelo cuidado dos toxicômanos (p. 54).

Uma das dificuldades que a autora aponta para o tratamento singular dos sujeitos no CAPS era a quantidade de pacientes por atividade, reunidos em grupos entre quinze e trinta. Outro ponto problemático seria o modo como propõe o diagnóstico e tratamento:

Como legítimos representantes do saber científico, os terapeutas dirigem-se aos sujeitos já lhes propondo um diagnóstico e um tratamento baseado, sobretudo, em medicamentos psicotrópicos e em estratégias comportamentais que são sugeridas a todos os pacientes, enquanto a particularidade de cada um permanece relegada a um segundo plano (CANABARRO, 2011, p. 58).

A Medicalização é um tema bastante polêmico no que diz respeito ao tratamento, pois em relação à toxicomania, trata-se de trocar uma droga (ilícita), por outra (lícita). De acordo com Canabarro (2011), a medicação é sempre necessária no início do tratamento, mas não pode ser mantida como estratégia principal, podendo “implicar no não oferecimento de um espaço de escuta para que o sujeito possa falar sobre seu sintoma e se responsabilizar por ele. (...) Tudo acontece em perfeita congruência com o ideal do discurso do capitalista” (p. 58).

Nesse ponto se faz necessário reafirmar que os CAPS se situam na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial, vinculados à Saúde Coletiva e não à Saúde Pública. No modo como estão organizados atualmente, esses serviços não são mais do que manicômios a céu aberto, sob o domínio do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico-Medicalizador. É preciso sustentar a crítica que localiza o CAPS em uma estratégia mais ampla e que avança em direção ao Paradigma Psicossocial.

A respeito da transferência com o CAPS e com os grupos, Canabarro (2011), se apropria de Conte, e propõe que no tratamento de toxicomanias acontecem algumas transformações na transferência durante o processo terapêutico: “quando o toxicômano chega à instituição na qual realizará o tratamento ele se encontra transferenciado com a droga. Após um período inicial, essa transferência é transposta para a instituição, depois, para a equipe de referência e, por último, para um terapeuta” (p. 67). A questão do vínculo atravessa a questão de como é realizado o acolhimento do paciente no serviço, o que poderia significar um fortalecimento da transferência com a instituição e depois, com a equipe de referência. Sobre esses aspectos, os grupos têm se mostrado fundamentais no tratamento das toxicomanias, pois como muitas das relações afetivas são rompidas durante o uso da droga, as construções de tais coletivos se constituem em alguns dos poucos espaços relacionais que os pacientes mantêm. Nesse sentido, o serviço de saúde ajuda a reconstruir a rede e os laços desses sujeitos no plano social comum.

Em contraposição à exigência de abstinência para realização do tratamento, tributária do Discurso Médico e, em sintonia com a política de redução de danos, Canabarro (2011) propõe que praticantes da Psicanálise, ao acompanhar toxicômanos, se preocupem mais com aquilo que é possível para cada sujeito em particular e, menos com um ideal de saúde. Sobre isso, a autora retoma Freud:

O tratamento, diz Freud, deve ser levado a cabo na abstinência do analista, o que significa que ele deve manter-se neutro no que diz respeito às exigências de satisfação demandadas pelo paciente. Nesse aspecto, no que diz respeito ao tratamento das toxicomanias, a psicanálise proporciona a inversão no que concerne a questão da abstinência, apregoadada pelo discurso médico. Ao falar sobre as drogadições, antes de problematizar a abstinência do paciente, a teoria psicanalítica problematiza a condição de abstinência em que o analista deve manter-se em sua relação com o paciente, colocando aí em questão o desejo do analista (p. 71).

Segundo Canabarro (2011), acerca dos diferentes modos de gozo, Nasio dissera que, a partir do ensino de Lacan, seria possível distinguir três modos, relacionados aos três destinos da energia psíquica, propostos por Freud: gozo fálico (responsável pelas satisfações parciais), mais-gozar (homólogo da mais-valia, um gozo residual que aumenta ainda mais a tensão) e gozo do Outro (total, sem limites ou mediação). Freud constatava em sua prática clínica, relatos de toxicômanos que remetiam a um gozo fálico, limitado, interditado. No início do século XXI, as “loucuras atuais”, como denomina Lesourd, tratam de uma toxicomania que visa à morte, “a morte biológica como tentativa de saída, tentativa de nascimento através da construção de um limite entre o sujeito e seu semelhante” (p. 84). Um amplo conjunto de autores associa essa relação do sujeito com o gozo ao Discurso da Ciência, discurso que seria responsável pelo “esvaziamento de sentido no que concerne às drogas, transformando-as em meras fórmulas químicas” (p. 85).

O segundo trabalho a ser analisado se intitula *O sujeito e as drogas: uma clínica para além da descrição sintomatológica*. Trata-se de uma dissertação defendida por Ferreira (2016) na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e orientada, pelo Prof. Dr. Raul Albino Pacheco Filho, na qual o autor chama a atenção para as consequências clínicas da racionalidade diagnóstica reducionista prescrita pelos manuais estatísticos (DSM e CID), ao esvaziamento da dimensão pulsional e do efeito *phármakon*, inerente

às drogas. Outro ponto crucial desenvolvido no trabalho é que este situa a toxicomania como uma nova forma de nomeação do sintoma e questiona como a Psicanálise poderia contribuir com seu tratamento.

O autor inicia seu trabalho se remetendo à *Desocupação da cracolândia*, de 2012, ou como ficou conhecida na mídia, a *Operação Sufoco*, que reduziu os sujeitos a condições sub-humanas: “a violência empreendida contra os usuários marcou uma longa contradição com o que vinha sendo desenvolvido no âmbito da saúde pública, que formulava um diagnóstico mais amplo do usuário” (p. 9). Em contraposição a essa estratégia, destaca também a intervenção denominada *Programa de Braços Abertos* (PBA), que procurava construir uma rede de serviços para os usuários, em sintonia com a política de redução de danos, “possibilitando um atendimento efetivo aos sujeitos em situação de extrema vulnerabilidade social” (p. 10) e estimulando a participação dos sujeitos com o apoio da sociedade.

Se a toxicomania existe desde sempre, como SSD é novidade, assim como o interesse público em tratá-la, o que tem resultado em desdobramentos éticos e clínicos bastante complexos. A Psicanálise aposta na fala de cada sujeito, sem tender a generalizações: “por inúmeras que sejam as formas de consumo de drogas, o que as diferencia é a importância que a substância tem para cada sujeito, sua relevância na vida de cada um” (FERREIRA, 2016, p. 11). O trabalho de Ferreira, por conseguinte, se situa a partir da clínica de Freud e Lacan, todavia entende a importância de apresentar o tensionamento entre essa perspectiva e os teóricos da dependência química em seu modelo biomédico, “na tentativa de marcar essas diferentes abordagens frente à experiência do consumo de drogas” (p. 12). Da leitura de Quinet, extrai que a Psicanálise não se coloca em contraposição à Psiquiatria, mas a qualquer discurso que suprima a função do sujeito. A tecnociência como efeito da modernidade, resulta no esquecimento do sujeito, o qual é reduzido à condição de organismo intoxicado.

Entendida como uma das consequências do avanço do Discurso da Ciência no mundo, a proposta de Ferreira (2016) é investigar a incidência da racionalidade diagnóstica na toxicomania. Para isso toma

aspectos importantes do aporte psicanalítico contemporâneo, tais como: a crítica da razão diagnóstica (DUNKER); a toxicomania como uma nova forma de sintoma, que implica um mais-de-gozar particular (SANTIAGO); a toxicomania tomada pela singularidade do sujeito, demonstrando

como a droga pode entrar na economia libidinal em qualquer estrutura clínica (ALBERTI; INEM; RANGEL); o toxicômano como explorador de um saber próprio, de uma verdade que fala dos limites de seu gozo (RIVERA-LAGARCHA) uma psicopatologia atual envelopada pela crença na droga (BIRMAN); o sintoma como *pathos* que envolve o padecimento do sujeito na estrutura da linguagem e no real do gozo implicado (QUINET); o sintoma como dissidente ao controle normatizador (GALVÃO); o sujeito enquanto manifestação sintomática (SOLER); a exclusão da causalidade psíquica nos manuais diagnósticos (LEITE) (p. 16-7).

Em continuidade com as elaborações freudianas do sintoma, como formação de compromisso e as lacanianas, do sintoma como metáfora significativa, como gozo e como relação de discurso, na leitura que Ferreira (2016) faz de Santiago, “o sintoma toxicomaniaco configura uma nova forma de metaforização, isto é, o retorno de uma verdade (do *phármakon*) nas falhas do saber científico” (p. 21), o que teria desdobramentos para a teoria e a técnica da clínica da toxicomania.

As toxicomanias se apresentam como sintoma dirigido a um discurso, mesmo que este seja o da satisfação plena, embora ela seja impossível. Lançar mão das substâncias seria uma técnica vital para lidar com o insuportável da renúncia ao gozo, visto que o uso de drogas, tanto aumenta o prazer, quanto diminui a sensibilidade ao desprazer. De sua leitura de Pacheco Filho, Ferreira (2016) entende que o recurso ao uso de drogas surge com *uma alternativa* para compensar sua condição de fracasso, “protegendo”, assim, os sujeitos de “três condições essenciais: o desamparo (*Hilflosigkeit*), a culpabilidade fundamental e a falta de provisões narcísicas” (p. 130).

Para Freud, as substâncias tóxicas são escolhidas por agirem de forma direta sobre a química do corpo humano e anestesiar os sujeitos em relação a *dor de viver*. O toxicômano, em seu gozo autoerótico, é aquele sujeito que foi paralisado (siderado) pelo objeto droga como um mais-de-gozar particular, um gozo cínico: “droga como *gadget* no mercado capitalista representa essa aceleração da tendência totalitária do capitalismo” (FERREIRA, 2016, p. 131). No momento do uso da droga, o sujeito volta ao estado de ausência de tensão e prazer absoluto: seria a suspensão momentânea do sujeito?

Com relação à escuta que as diferentes clínicas podem ter sobre a formação do sintoma, Ferreira (2016) se apoia em Quinet, para pensá-lo como um *signo*, aquilo que representa algo para alguém. Todavia, “no campo da medicina, portanto, o sintoma é o

sinal que representa a doença para o olhar médico”. Do ponto de vista do sintoma como representação, sua disposição “permite configurar a estrutura da doença no que ela comporta de visibilidade ou invisibilidade” (p. 133). De modo geral, o médico faz o diagnóstico a partir daquilo que poder *ver* no sintoma: “a operação médica consiste em transformar o sintoma em elemento signifiante, o que permite significar, precisamente, a doença como verdade imediata do sintoma. Portanto, fazer do sintoma um sinal de verdade tornou-se um ideal da medicina”. Na psicanálise de Freud e Lacan, “o sintoma é um signifiante, mas não com um significado patológico, (...) como signifiante que contém um significado sexual, e como um sinal do sujeito. (...) sintoma veicula uma verdade que coloca em evidência a articulação signifiante” (p. 134).

À diferença da Medicina, a Psicanálise toma o *sintoma como verdade* daquilo que o sujeito, em análise, deve decifrar (ou cifrar!) aquilo que é escutado. Dentre as formações inconscientes propostas por Freud, o lapso, o ato falho, o chiste, o sintoma, Soler vai dizer que os primeiros, são fenômenos evanescentes. Já o sintoma, “tem constância, estabilidade, resistência e que, além do mais, diz respeito às funções do corpo do histérico ou do pensamento obsessivo” (FERREIRA, 2016, p. 137) e pode ser tomado como índice da articulação com a lei e a posição do sujeito em relação à castração, enquanto manifestação subjetiva do desejo. O diagnóstico da relação do sujeito com as drogas não pode ser patológico, seu tratamento não pode reduzir suas intervenções ao conteúdo químico, pois enquanto *phármakon*, este revela mais do que a neurobiologia e o Discurso da Ciência poderiam observar a olho nu:

O toxicômano intoxicado pelo signifiante *droga* concatena um efeito de fascinação. Certamente, não é a droga que faz o toxicômano (efeito psicoativo), mas o toxicômano que faz a droga (efeito fascinação). [...] é possível ponderar na práxis clínica, que uma análise começa com o reordenamento dos sintomas na transferência. Portanto, a aposta do psicanalista é no sujeito do inconsciente, como responsável por seu ato – neste caso pelo ato toxicomaniaco. E, com isso, o discurso analítico pretende fazer o sujeito do desejo advir, ou seja, fazer com que o sujeito toxicômano (assujeitado às drogas) constitua uma demanda de análise pelo desejo de saber (FERREIRA, 2016, p. 142).

Da leitura de Santiago, Ferreira (2016) problematiza a questão do diagnóstico diferencial das estruturas e põe em questão a toxicomania como uma figura exclusiva da

estrutura perversa. O uso metódico dos tóxicos não remeteria “à recuperação de gozo e nem a uma forma de lidar com as vias complicadas do fantasma (...) a toxicomania seria considerada um mais-de-gozar particularizado, uma espécie de gozo cínico” (p. 147). Nessa medida, “o toxicômano que usa a droga para se subtrair ao gozo fálico pode fazer dela sintoma, gozando de tal forma em um insustentável mais-de-gozar particular” (p. 148). A prática da droga pode ser considerada como uma “construção substitutiva”, pois não se reduz ao material significante, desempenha um importante papel na sua economia libidinal.

De acordo com Ferreira (2016), a contribuição da economia política, via concepção da mais-valia, permite tomar outro caminho para o desenvolvimento do campo do gozo:

as configurações econômicas da termodinâmica, que se ofereciam à Freud para tratar as trocas libidinais do sujeito, têm, em Lacan, o estatuto do mais-gozar. [...] Lacan lança mão da mais-valia marxista, justamente, para sublinhar a função de extração do gozo, função dificilmente apreensível na ótica da termodinâmica. Toda a complexidade da relação do gozo com o objeto *a* está subjacente a ela. O recurso à mais-valia intervém na tentativa de isolar uma outra função do objeto *a*, distinta daquela de causa do desejo (p. 152).

Com relação à toxicomania na psicose, Ferreira (2016) afirma que, no lugar de exercer a função de suplência estabilizadora, a relação do sujeito com a droga pode ser “uma tentativa de moderação dos efeitos do gozo do Outro. Como também pode-se exercer, através dela (droga), uma operação de desencadeamento da atividade alucinatoria e delirante do sujeito” (p. 169); já na neurose, a tentativa é de ruptura com o gozo fálico. Acerca da estrutura perversa, o autor se refere aos laços sociais (não) formados pelo capitalismo e afirma que “a toxicomania tornou-se, talvez, o modo privilegiado de articulação entre objeto e pulsão, já que por um lado, atesta o sucesso do ideal de consumo e, por outro, demonstra a falência do que esse ideal insinua como promessa” (p. 173).

Para concluir, Ferreira (2016) expressa que:

A psicanálise, através de sua ética (do desejo), se contrapõe a qualquer forma de naturalização ou biologização do ato toxicomaniaco, que sob a rubrica do fisiológico, pretensamente demonstrável,

por indicadores de substâncias endógenas, reduz o corpo ao organismo passível de controle por meio dos psicofármacos. Ou seja, o que a psicanálise tem a oferecer ao dito sujeito toxicômano é a proposta de leva-lo a se interrogar a respeito de sua prática de consumo. Acolher algo dessa ordem é o desafio para qualquer tratamento que não queira estar submetido à bandeira do reducionismo e da adaptação, e que entende que resgatar o sujeito em sua singularidade não são meras palavras vazias (p. 176).

No terceiro trabalho analisado, a tese intitulada *As toxicomanias na clínica psicanalítica*, defendida na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e orientada pela Profa. Dra. Ana Maria de Toledo Piza Rudge, Vianna (2013) discute a questão das toxicomanias na clínica psicanalítica e, assim como acontece nos outros trabalhos analisados, apresenta em primeiro lugar, a função singular que a droga tem para cada sujeito e sua história libidinal. Na perspectiva da autora, o sujeito toxicômano, por meio do uso da droga, dirige um apelo ao Outro para que a função paterna se faça presente. Parte da hipótese de que a fragilidade ou inoperância dessa função, propicia a compulsão ao uso da droga, como um modo que o sujeito tem para dar conta da angústia provocada pelos efeitos da castração.

Acerca do diagnóstico diferencial das estruturas, Vianna (2013) explicita como as toxicomanias se inscrevem em cada estrutura clínica, pois não seria possível reduzi-la a uma estrutura pré-determinada. O principal apelo das drogas na neurose é a “promessa de liberdade. No estado de êxtase, o sujeito encontra-se livre das exigências da realidade, provocando, ainda que momentaneamente, uma suspensão de si mesmo como um artifício para escapar da dor” (pp. 31-32). O neurótico, em seu uso, tem como principal objetivo “suspender-se de sua própria existência, nem que seja por um breve momento, pois o mundo lhe é insuportável” (p. 33), respondendo ao imperativo de gozo neurótico. Uma das funções da droga na neurose é calar a angústia, ao contrário do que poderia ser produzido, a partir dela, em análise, que é o dizer singular de cada sujeito.

Para Vianna (2013), assim como para Ferreira (2016), o uso de drogas na psicose pode estar relacionado ao delírio, como parte do enredo, ou para ter controle sobre o próprio corpo, “que é permanentemente invadido pelo Outro através das percepções ou vozes persecutórias” (p. 38). Para pensar a toxicomania na estrutura perversa, Vianna busca em Birman a ideia de que a droga entra no lugar de um objeto fetiche: “a droga se transforma em instrumento para a promoção do gozo absoluto,

propiciando um curto-circuito que evita o confronto do sujeito com a experiência da castração” (p. 44) e impede a queda da mãe fálica e o barramento do gozo.

Pensando o manejo clínico, Vianna (2013) afirma que, “a fantasia pode ser indagada enquanto o sujeito é convocado a falar sobre seu vínculo com a droga, ou seja, ao indagarmos acerca da função que a droga ocupa para aquele sujeito” (p. 45). Com Zafiropoulos, pode propor que, toxicômanos não existem, mas sim sujeitos que fazem usos de diversos tipos de drogas, sempre de forma singular. Assim, “é a partir da singularidade do discurso produzido acerca do uso da droga que torna possível uma reflexão sobre a direção do tratamento” (p. 47), o que significaria situar a função da substância para cada sujeito.

Sobre a aposta da Psicanálise no tratamento das consequências dos diversos usos de substâncias, com o objetivo de sustentar a singularidade do desejo de cada sujeito, está em jogo o tratamento do Real pelo Simbólico, do gozo pelo significante. Para além das estratégias de interdição do consumo e imperativos abstinentes, busca-se diversificar e subjetivar a demanda, sustentar uma fala que foi curto-circuitada (TANAKA; COSTA; BENELLI, 2016). Existe ainda, um conjunto de artigos que foram selecionados, por dialogarem com essa perspectiva de tomar a toxicomania e o alcoolismo na contemporaneidade como sinalizadores do mal-estar e por sustentarem a práxis da psicanálise de Freud e Lacan para o tratamento singularizante desses sujeitos (CAMARA, 2012; VORCARO, 2004), as quais, entretanto, deixo como indicações para futuras pesquisas.

Pela Política de Redução de Danos: “apologia ao cuidado”

Para finalizar essa sessão, retomo os recentes ataques que a Política de Redução de Danos vem sofrendo. O que está sendo negado ao sujeito é o direito ao cuidado, independentemente da substância ou do uso. Ao mesmo tempo marginal e central em sua evidência, o toxicômano supostamente enfeia a paisagem dos passantes:

Seu gozo, como parasita do corpo, chega a consumi-lo, num ritual absolutamente autístico, totalmente às margens de quaisquer valores sociais mesmo a contestar. Ao mesmo tempo, seu ato radical o coloca fora do alcance de quaisquer retóricas ou políticas de inclusão. Parece que a presença desse usuário de drogas decidido e renitente obriga as políticas de Estado a desvelarem sua face cínica de “redução de danos” (COSTA-ROSA, 2009, p. 95).

A política da guerra contra as drogas alinha os interesses político-econômicos dos principais partidos brasileiros, que se por um lado, mantém o proibicionismo e pretendem endurecer o combate às drogas ilícitas, por outro, iniciaram recentemente ataques ao modelo de tratamento proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No início de 2018, o então ministro do Desenvolvimento Social, Osmar Terra, levou para o Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (Conad) uma resolução que, mesmo não tendo força de lei, aprovava mudanças na prática em relação ao tratamento de dependentes químicos. A orientação do governo, portanto, passou a ser a promoção da abstinência, da internação involuntária e das comunidades terapêuticas em oposição à Política de Redução de Danos e ao fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁴². Aliada ao Estado penal e ao Discurso Médico, é possível acompanhar o avanço de medidas repressivas e punitivas, dispondo como parte desse processo as violações de direitos, pautadas na anulação da história de vida dos sujeitos, a patologização, medicalização abusiva e o confinamento.

A “apologia ao cuidado”, resposta à crítica à Política de Redução de Danos como uma apologia ao uso de drogas, constitui táticas que apostam em montar espaços de acolhimento na rua, composto por sofás, mesas e bancos, oferta de água, balas adocicadas, materiais gráficos, como zines e folders informativos sobre diversas drogas, como: Álcool, Maconha, Cocaína, Anfetaminas e LSD, bem como informações sobre teste rápido e prevenção as DSTs, além da distribuição de camisinhas masculinas, femininas e lubrificantes. São estratégias de promover possibilidades de vinculação e troca de informações pautada no respeito e autonomia, reflexão sobre exposição ao risco, estratégias de autocuidado e conhecimento sobre o uso de substâncias psicoativas, ampliando assim a promoção a saúde dos jovens, rompendo com a lógica que criminaliza e encarcera.

Visibilizar ações coletivas dos jovens periféricos é possibilitar a construção de outras narrativas sobre a juventude, trazendo à tona miradas de potência e espaços de denúncia, reflexão e ações no enfrentamento às políticas de mortes, das grades e dos abusos legitimados pela guerra às drogas, que na realidade se faz contra pessoas, em sua maioria jovens e negros. No palco em que disputam os paradigmas PPHM e PPS, o

⁴² A notícia pode ser encontrada no seguinte site: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-03/conad-aprova-resolucao-que-pode-mudar-politicas-de-combate-drogas>

cenário da Luta Antimanicomial e dos Direitos Humanos outrora conquistados, é de retrocessos.

ENSAIO 4: QUE FIGURA É ESSA?

Resumo

Este ensaio busca explicitar algumas características do debate pós-lacaniano sobre os novos sujeitos e os novos sintomas. Se as mudanças da cultura operam efeitos nos processos de subjetivação, como impactam a teoria e a técnica da clínica? Lacan iniciou esses questionamentos, propõe matemas e nós para investigar as consequências do já anunciado declínio do Nome-do-Pai, instância terceira capaz barrar o gozo e inscrever a Lei. Entre os autores, há controversas na interpretação do ensino de Lacan, bem como controvérsias críticas, correções e construções próprias a respeito de como o Real e o nó borromeano poderiam ampliar o espectro diagnóstico para a clínica. As divergências podem ser agrupadas entre aqueles que leem o texto lacaniano em continuidade, aqueles que entendem que não há rupturas, mas que esses constructos teóricos exigem uma reformulação da Psicanálise e os que postulam teses sobre um novo sujeito e ainda uma importante pela influente corrente que se limita à exuberância ou discrição do quadro clínico. Considerando todos esses, incluo o Sintoma Social Dominante como efeito do Discurso do Capitalista na hipermodernidade, implicando em mais um plano de análise para elaboração e direção do tratamento.

Palavras-chave: Psicanálise; Novos sujeitos; Novos sintomas; Discurso do Capitalista; Sintoma Social Dominante.

Um “novo sujeito”?

Quais seriam os efeitos do progresso tecnológico do último século, mais especificamente a partir da década de 1960-70, para a teoria, a técnica e a ética da Psicanálise? Como essas transformações políticas, econômicas e culturais e suas correspondentes mudanças na técnica e na percepção de espaço-tempo, afetam a clínica e os processos de constituição do sujeito? São de fato novos os sintomas que são apresentados? Isso significaria que são novos sujeitos? O que há de novo? Que figura é essa?

Com essas questões em mente, ensaio este aspecto das figuras observado no arquivo, presente nos seis (6) trabalhos que abordam o debate sobre os novos sintomas e dos novos sujeitos (SANCHES, 2015; RITTER, 2013; ARBEX, 2010; CARDOSO, 2015; SILVA, 2012; BRANCO, 2014). Nesse ensaio, é importante salientar a leitura paradigmática do Sintoma Social Dominante (SSD) como elemento chave para compor a crítica à clínica contemporânea e os processos de subjetivação.

Sanches (2015) apresenta um mapeamento do debate diagnóstico pós-lacaniano, classificando os principais posicionamentos teóricos em relação ao trabalho de Lacan e à leitura da clínica contemporânea. Esse foi um dos mais importantes trabalhos encontrados, não por ser melhor que algum outro, mas por ter sido intercessor no modo como eu podia apreender o tensionamento ético-político e clínico acerca dos novos sintomas e dos novos sujeitos. Orientada pelo Prof. Dr. Christian Ingo Lenz Dunker, nomeia *Discursos Diagnósticos Pós-Lacanianos: dos fundamentos em psiquiatria às teses sobre um novo sujeito* sua pesquisa de doutorado, realizada na USP, defendida em 2015. Chamar de *Discurso* as divergências teóricas acerca da racionalidade diagnóstica supõe que, além do sentido clínico, também há um sentido político em cada posicionamento teórico, pois “o saber transmitido se releva como um discurso na medida em que constitui um procedimento de controle (p. 17).

A autora inicia o trabalho localizando as bases da racionalidade diagnóstica lacaniana na clínica da psicose e a crítica ao DSM como o apagamento dos fundamentos teóricos balizadores das hipóteses diagnósticas e a direção de seus tratamentos. No primeiro eixo teórico, toma a *fórmula geral da loucura*, extraída por Lacan da *teoria da alienação* hegeliana, como uma elaboração denominada de *modo imaginário* do funcionamento subjetivo. Isso é importante, pois a hierarquia entre os registros é um dos pontos de discordância entre os intérpretes da obra de Lacan, dado que um delírio momentâneo ou uma alucinação sensorial não podem ser tomados como índices diagnósticos da forclusão.

O segundo eixo distingue o diagnóstico fenomenológico do estrutural, ressaltando o caráter transnosográfico dos sintomas e a importância de escutar a singularidade daquele sujeito e sua posição em relação ao desejo – *werdrängung* (neurose/recalcamento), *verleugnung* (perversão/renegação), *verwerfung* (psicose/forclusão). Teria sido a combinação do índice clínico do *automatismo mental*, associada às contribuições da Linguística que deram a Lacan a condição para estabelecer a radical diferença de um diagnóstico estrutural da psicose em oposição a um diagnóstico fenomenológico, a partir dos fenômenos de mensagem e de código. No que diz respeito ao terceiro eixo, o lugar do Nome-do-Pai⁴³, justo o centro do debate

⁴³Os autores utilizam Nome-do-Pai, Função Paterna, Metáfora Paterna, Pai, Lei. Mantereí a terminologia da(o) autor(a) que estiver sendo apresentado, mas compreendo como Instância terceira, responsável por fazer a mediação entre o sujeito e o campo do Simbólico por meio do banho da linguagem.

pós-lacaniano, sua pluralização, sua efetividade, se opera ou não, se está invertido ou vazio, os autores não entram em um consenso quanto às modificações diagnósticas.

No primeiro capítulo, Sanches (2015) tem a preocupação de situar os principais conceitos lacanianos dos eixos temáticos, os quais foram debatidos por ela nos capítulos seguintes. A autora partiu dos constructos acerca da *alienação* e do *automatismo mental*, tomados de Clérambault por Lacan, que “defendia a tese da instância do Eu enquanto sinônimo de alienação” (p. 42) e o *automatismo mental* para estabelecer o diagnóstico estrutural da psicose. Opondo-se à Psicologia do Ego Americana (BARATTO; AGUIAR, 2007), a qual tomava a função do Eu como organizadora e adaptativa, nesse debate, destaca a crítica lacaniana que lê outra função para o Eu, na retomada do texto freudiano, substituindo “a função de síntese pela função de desconhecimento” (SANCHES, 2015, p. 42).

Após um sobrevoo pelas bases da *fórmula geral da loucura*, seguindo as pistas lacanianas para a constituição do sujeito, a autora sublinha que, se em 30 (*O Estádio do espelho*) Lacan “havia usado a teoria da alienação de Hegel para postular o Eu como instância de desconhecimento, neste momento da década de quarenta, acrescenta a sua tese que, não obstante se trata de uma alienação, mas em si é a própria definição da loucura no homem” (p. 49). Isso tem consequência, porque coloca a experiência da loucura no cerne da humanização, não como desvio, doença, patologia; o *automatismo mental*, por sua vez, fundamento do *modo imaginário*, vai corresponder ao registro do imaginário.

Esboçado o Imaginário, o registro do Simbólico vem das leituras de Lévi-Strauss e sua eficácia simbólica. Sanches (2015) afirma que a primazia do Simbólico dá o tom da transmissão dos pós-lacanianos da década de 1995, os quais se apoiam na ideia de que a linguagem antecede a chegada de todo e qualquer sujeito, assumindo “o posto de Outro, o grande outro, que oferece a matéria prima da qual um sujeito será estruturado” (p. 54). Segundo a autora, em *Os complexos familiares na formação do indivíduo*, Lacan já discute uma proposição sociológica dos efeitos patológicos que resultariam do declínio da Lei para o processo de subjetivação.

Contudo, tomar o Estruturalismo como escola de pensamento, implicou em relacioná-la com o Existencialismo e a Fenomenologia. Esta remete o pensamento do sujeito a uma “filosofia da consciência”. Sujeito e consciência se confundem, daí a importância da percepção: ela seria a experiência mais elementar dessa relação direta e intencional da consciência do mundo. Para emancipação revolucionária da década de

1950-60, entretanto, era preciso sair deste modelo e se apoiar na objetividade científica do Estruturalismo como ciência humana para sustentar o *grau zero do sujeito* e o esvaziamento total da subjetividade, o que implica na elaboração de uma nova razão diagnóstica, já que a noção de Eu se configuraria cada vez mais coadjuvante e ofuscada pela busca lacaniana por definir o *sujeito* pelas bases da Linguística.

Da proposta de retorno a Freud, a razão estruturalista do pensamento de Lacan deixa de ser um método aplicado, para tornar-se a própria base epistêmica de seu sistema diagnóstico. Lacan apresenta no *Seminário 3, As Psicoses*, a prioridade da “presença dos distúrbios da linguagem em detrimento da fácil captura pelos grandes fenômenos delirantes” (p. 59) na elaboração de um diagnóstico diferencial. O exame dos distúrbios de linguagem, os fenômenos de código e mensagem são, portanto, determinantes do campo das psicoses.

O esforço teórico de Lacan segue sendo o de desautorizar o uso do Eu enquanto elemento suficiente para exame e definição diagnóstica. Em *De uma questão preliminar...*, Lacan relaciona o “modo imaginário” ao “modo simbólico” por meio dos esquemas L e R. Funda, então, uma razão diagnóstica que pode prescindir dos conceitos de caráter e personalidade, funções de adaptabilidade do Eu. Segundo Sanches (2015), é por intermédio do Nome-do-Pai que a estreita relação entre o imaginário e simbólico é formalizada e apresentada em formato de esquema (R).

De acordo com Sanches (2015), na década de 60, as críticas ao Estruturalismo implicam uma introdução sucessiva da noção de Real na teoria lacaniana, pois que o outro registro passa a determinar a leitura dos fenômenos clínicos. Para introduzir esse registro à amarração simbiótica entre Simbólico e Imaginário, em *De uma questão preliminar*

uma extensa nota de rodapé feita em 1966 foi acrescentada ao texto. A nota cortou seu sujeito do esquema R com a lâmina do Real, e da transferência, e provocou uma torção dupla na faixa da realidade que, uma vez convertida em *banda de moebius* tornou-se correlato da topologia da fantasia (p. 73).

Em *A lógica da fantasia*, esta passa a ser confundida com a própria constituição do sujeito e com o arcabouço teórico sobre a direção do tratamento. É possível observar nesse ponto, a sobreposição de três aspectos: a constituição do sujeito (processo

primário de subjetivação⁴⁴), a estrutura topológica (hipótese diagnóstica diferencial) e, a direção do tratamento (manejo da transferência). Por conseguinte, o paradigma da neurose como modelo padrão do sujeito lacaniano, ou seja, quando na clínica, o sujeito não obedece à lógica da torção da *banda de moebius*, estaríamos diante de uma tensão, uma incógnita diagnóstica: “a década de 1970 abre o período da obra de Lacan que será nomeada por seus intérpretes de o último período ou o último Lacan. Entretanto, nem todos os autores concordam que este período tardio representa uma ruptura na obra” (p. 75).

Contudo, para um grupo de autores, a introdução do nó borromeo e a clínica do Real do gozo não impõe a necessidade de uma reformulação da teoria lacaniana. De acordo com Sanches (2015), para outro grupo, há uma descontinuidade, uma não linearidade na conceituação lacaniana, e “o elemento mais forte deste discurso é a diluição da centralidade do conceito do Nome-do-Pai como determinante da razão diagnóstica lacaniana” (p. 19). Estes autores entendem que a visão diagnóstica binária é simplista demais para dar conta de articular casos clínicos que fogem do padrão e buscam “defender suas propostas de direção do tratamento para o campo da psicopatologia que inclui casos graves de suspensão ao ato (Hamlet), anorexias e transtornos de personalidade” (p. 20), com consequências do ponto de vista da teoria e da técnica da Psicanálise.

Se o primeiro conjunto de autores sustenta o Nome-do-Pai como organizador central e o segundo conjunto o dilui (fracasso da fantasia), Sanches apresenta um terceiro grupo de autores que consideram a hipótese da queda da função paterna no contemporâneo e propõe existência de um novo sujeito. Na atualidade, o lugar do pai e a inscrição da Lei, logo, estariam comprometidos. Mas o que os compromete? Sanches (2015) sublinha que esse debate “ganhou força discursiva tanto na filosofia (com o debate acerca da morte de Deus desde o advento da ciência) quanto na sociologia (com o debate acerca da morte do patriarcado desde o advento do capitalismo)” (p. 20). Quando cai a suposição do transcendente, a Ciência eleva seu *status* ao de verdade-toda, com efeitos na constituição do sujeito, dada a modificação na sua relação com a Lei (que se torna de mercado) e o Campo Simbólico.

⁴⁴ A diferenciação entre o processo primário e os processos secundários de subjetivação, é uma forma particular da leitura da constituição do psiquismo, realizada pelo Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa.

Apesar do advento da Ciência e do capitalismo datarem de alguns poucos séculos atrás, foi só na passagem da sociedade da produção para a de consumo que a *lógica do mercado* destituiu a função terceira e sua Lei. Para esses autores, segundo Sanches (2015), “haveria a substituição de uma subjetividade organizada pelo recalque por uma subjetividade organizada pelo imperativo de gozo – letra incansavelmente repetida para demitir a neurose como paradigma da subjetividade humana” (p. 21). A pergunta que se coloca é: se não mais a neurose, então, qual paradigma a substitui? Cada grupo de autores tem suas respostas.

É importante correlacionar a necessidade da reformulação da diagnóstica lacaniana articulada à política do sintoma, pois consideram que essa mudança é tributária de um sistema ideológico dominante nas práticas de poder e os processos de subjetivação da cultura. Talvez seja isso que Melman (1992) sinaliza com a leitura do Sintoma Social Dominante (SSD) em seu aspecto clínico e político do Discurso do Capitalista e que Costa-Rosa (2012) continua, dado que uma das novidades dos constructos teóricos da disciplina “Processos de Subjetivação e Clínica na Saúde Coletiva: o campo de Freud e Lacan” é que o SSD deve ser mais um plano da racionalidade diagnóstica pós-lacaniana, além da constituição do sujeito (processos de subjetivação), a direção do tratamento (manejo da transferência) e a estrutura topológica (hipótese diagnóstica diferencial).

Sanches (2015) apresenta a leitura dos autores que apostam na existência de um novo sujeito e em suas consequências éticas e clínicas. São duas as propostas que indicam a possível existência de um novo sujeito, ou associadas à interpretação sobre o lugar da função paterna na atualidade, ou se desempenhada de forma invertida, no lugar de interditar o gozo conjuga-o no imperativo: goza!, ou está vazio e não cumpre a função de identificação. A autora também apresenta a tese milleriana de que é a função paterna está abolida, não se mantém nem como lugar vazio, nem como invertida:

a proposta de psicose ordinária contém a suposição de base de que todo raciocínio estrutural do sistema diagnóstico lacaniano teria sido substituído por uma razão quantitativa [...] o psicanalista deve ler a quantidade e o modo de gozo pertencente a cada paciente, no singular. [...] a defesa da tese de que o exercício diagnóstico, enquanto uma atividade clínica que separa sujeito entre classes, deveria ser totalmente abolido (p. 22).

Desse modo, o índice do diagnóstico estrutural é substituído, segundo Miller, por uma avaliação quantitativa da posição do sujeito perante o laço social, retornando a uma análise das funções adaptativas do Eu. O diagnóstico de psicose ordinária alarga demais a categoria da forclusão e coloca questões para muitos comentadores, constituindo-se, nesse sentido, o maior ponto de discórdia entre os pós-lacanianos. A principal hipótese de Sanches (2015) é que o debate da década de trinta e quarenta retorna como questão entre os pós-lacanianos, que não entram em consenso. Seu acréscimo à discussão gira em torno da necessidade de fazer um resgate da noção de loucura, enquanto parte fundamental que habita todo ser humano. Nesse ponto, mantenho-me em sintonia com a autora, em consonância com a análise paradigmática, pois tomar o sintoma como denúncia e objeção ao laço social é fundamental para manter aberta a possibilidade de advir o sujeito do desejo e sua lógica inconsciente, isto é, submetido aos efeitos do tratamento do Real pelo Simbólico, práxis da Psicanálise.

Para a autora, a noção de suplência e suas “divergências quanto à amplitude do uso clínico dessa novidade diagnóstica revelou que sua conceituação está longe de ser bem definida” (p. 198). Para melhor exposição do debate, organiza três usos: 1. clínica da suplência (serve para ler condições clínicas localizadas fora do campo da psicose, mas que não se enquadram no diagnóstico padrão da neurose); 2. diagnóstica retroativa (a suplência é identificada *a posteriori*, quando o sujeito desmorona a realidade psíquica, a clínica pode dizer que ali havia uma “suplência em essência imaginária que foi destituída de sua função” (p. 198)); 3. psicose ordinária (diagnóstica que ignora o pilar baseado nos fenômenos de linguagem – código e mensagem – e precipita o diagnóstico estrutural no lugar do fenomenológico).

Sanches (2015) afirma ser esse o achado da obra que mais a surpreendeu, por revelar a práxis de um grupo de pós-lacanianos que é o “oposto do projeto clínico da obra lacaniana e uma inversão de sua perspectiva crítica” (p. 199). Na construção lacaniana, o imaginário toma a teoria do Eu e o sustenta como uma *estrutura fundamental do desconhecimento* de si, apoiando-se na *fórmula geral da loucura* e na teoria da alienação; o Simbólico, por sua vez, se articula pelos Nomes-do-pai, com o sujeito capturado pelo truque hegeliano da alienação e separação. Para “falar dos auspícios do eu e dos engodos de sua bela alma capturada na imago, Jacques Lacan reservou uma *fórmula geral da loucura* e não uma nova teoria da psicose” (p. 200).

Outro constructo teórico proposto pelo Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa pode ser articulado com o *grau zero do sujeito* e o esforço lacaniano em esvaziá-lo do sentido

que a ele lhe atribuíam algumas vertentes da “psicanálise”. O *Imaginário de Potência Simbolizante*, em sua capacidade de variar em grau de potência, corresponde a uma interpretação possível da obra de Lacan, atribuindo-lhe uma variabilidade qualitativa para o problema do estatuto do *sujeito* na contemporaneidade. Esta proposta interessa para pensar os casos de forclusão não desencadeada, como se estabilizam sem muletas ou bengalas imaginárias, assim como os casos de impasses graves no recalçamento, economizando os conceitos de psicose ordinária ou perversão comum, remetendo esses casos às narrativas que constroem, a partir do encontro da sua realidade psíquica (*realität*) e com o caráter cessível da realidade (*wirklichkeit*).

Para essa interpretação da teoria lacaniana, “suplência” daria a ideia de algo que estivesse faltando, como bengalas ou muletas. Para além da clínica da suplência, esta proposta de atribuir uma potência simbólica ao imaginário, dando-lhe condições de simbolizar a realidade psíquica no laço social contemporâneo, seria mais um plano de análise do diagnóstico diferencial das estruturas.

A figura (do Sintoma Social Dominante?) no ensino de Lacan

Nos capítulos 2 e 3, Sanches (2015) apresenta o debate de dois grupos de autores: o primeiro, que lê a obra de Lacan em continuidade, e o segundo que, se não sinaliza para uma ruptura, aponta para a introdução de alguns conceitos e exige certa reformulação da teoria e da técnica. Do primeiro grupo, apresenta autores que interpretam o texto de Lacan como se não houvesse uma interrupção importante, pelo contrário, sugerem a existência de uma linearidade e homogeneidade na obra. Se baseiam nos passos lógicos da construção edipiana, tendo como principal conceito o falo, operador de toda a racionalidade, advindo da inscrição do Nome-do-Pai, apoiando-se em uma lógica binária de sua forclusão/não-forclusão. Os principais autores desse conjunto são: Vegh, Lombardi, Faria, Dor, Pommier e Quinet. No segundo, a autora agrupa: Soler, Amigo, Eidelsztein, Juan-David Nasio, Calligaris, Jean-Claude Maleval, Dunker, Parker, Vorcaro e Bernardino.

Da questão sobre o tempo, levantada por Amigo e articulada com esse conjunto de autores, é possível inferir que, os efeitos da aceleração da temporalidade na atualidade teriam ao menos três consequências: 1) as patologias narcísicas; 2) as grandes inibições (depressão); 3) a adolescência como paradigma da clínica contemporânea. Essa última é sustentada pela autora, propondo que, *como leva um*

tempo para a construção da fantasia singular para cada sujeito, trata-se por sentir-se legitimado a primeiro formular a pergunta sobre o desejo do Outro, “*Che Vuoi?*” e só depois dar sua resposta. Da leitura de Sanches (2015), extraio que, a montagem da fantasia, para Amigo, depende de tempos necessários para elaboração de uma resposta à pergunta enigmática pelo desejo do Outro. A partir de sua leitura do nó borromeo e do pressuposto de autonomia dos três registros, em oposição aos postulados que anunciam a morte do sujeito, afirma que, na contemporaneidade, a fantasia pode fracassar, mas não é por isso que o sujeito (do desejo) fracassa.

A tragédia de Hamlet pode funcionar “como exemplo paradigmático da indisponibilidade momentânea da fantasia” (SANCHES, 2015, p. 115). O impasse shakespeariano se aproxima das inibições do ato, descrevendo um sujeito que está, naquele momento, na posição de objeto de gozo do Outro. Da perspectiva do manejo da técnica, a intervenção clínica no simbólico está fadada ao fracasso porque a fantasia que possibilitaria uma saída para o impasse, não está disponível naquele momento. Trata-se, então, de uma manobra que se dá no cruzamento entre o I e o R:

na proposta nomeada de “*manobra imaginária literante*” que localizamos uma das grandes contribuições clínicas dentro do grupo pós-lacaniano. Essa “*manobra...*” é uma sugestão capaz de operar somente considerado uma clínica desde a concepção borromeana, na qual casos nos quais uma fantasia não se constitui não se revelam necessariamente uma psicose. [...] interpretação de que tais casos limite ou casos de fracasso, seja da fantasia, seja da referência fálica, não remetem ao diagnóstico de psicose (p. 116).

Seriam, portanto, novas sobremodalizações do recalçamento na contemporaneidade. Por um lado, os sintomas são novos, mas o são principalmente pela fenomenologia, ou seja, pelo modo como se manifestam, pela sua “exuberância” ou discrição. Quanto à estrutura de constituição da fantasia, não há novidades, mantém-se o recalçamento como paradigma. O conjunto de autores aos quais Sanches (2015) se refere inclui: Eidelsztein, Juan-David Nasio, Calligaris e Jean-Claude Maleval. Estes autores têm em comum a posição teórica de rejeição à *psicose compensada* “para casos clínicos que trazem ao psicanalista uma posição subjetiva fora do padrão usual da neurose freudiana fundada no retorno narrativo cuja amarração central se dá na saída edípica” (SANCHES, 2015, pp. 116-117).

Admitindo a hipótese do fracasso da fantasia, a direção clínica do tratamento não deve estar posicionada na *travessia da fantasia*. Por essa via, Eidelsztein propõe a clínica do intervalo, apostando que o sujeito apresentaria-se no hiato existente entre S1 e S2, clínica dos casos holófrase⁴⁵, mas que não são do campo da forclusão. Segundo Sanches (2015), a contribuição de Nasio nesse campo se dá, principalmente, no livro *Psicossomática: as formações do objeto a*, no qual o autor distingue e exclui a psicossomática dos casos de “psicose compensada”:

O ponto adicional acrescentado por Nasio é o fato de que, uma vez que o objeto *a* não está extraído e a montagem da fantasia não se fecha de modo completo (como no caso das neuroses padrão). Haveria que se levar em conta que a lesão psicossomática seria um retorno no corpo do objeto não extraído. [...] [Por] formações do objeto *a* [...] o autor entende os fenômenos clínicos de alucinação, passagem ao ato e a lesão psicossomática, o denominador comum a todas elas é sua impossibilidade de ser decifrada pela lógica significante [...] os casos de lesão psicossomática possuem uma forclusão parcial, um indicativo de que o significante paterno que incide especificamente sobre o registro imaginário caducou, mas isto não implicaria que Nome-do-Pai esteja foracluído no simbólico (pp. 118-119).

A respeito das diferenças no manejo clínico, Sanches (2015) destaca de Nasio que, as “intervenções que convidam o analisante a falar de outro aspecto que não de sua lesão, levam à possibilidade de que, de modo aleatório esta lesão receba alguma nomeação, passando assim a entrar no código de decifração simbólica” (p. 119), o que seria facilitado via uma convocação do analista para que opere na nomeação e simbolização da lesão. O conceito de forclusão local é o operador lógico que permite ao autor conjecturar manobras transferenciais no manejo e na direção do tratamento desses sujeitos.

Segundo Sanches (2015), Dunker propõe uma revisão da teoria antropológica que dá suporte à diagnóstica e sustenta que haveria a necessidade de se revisar as

⁴⁵ Da Linguística: enunciado formado apenas por uma palavra, equivalendo esta a uma frase completa. “O termo holófrase foi criado por Lacan a partir de Maud Mannoni, quando esta, ao elaborar a tese de que nos casos de debilidade haveria uma fusão de corpos entre a criança e a mãe. Esta elaboração de Mannoni despertou o interesse de Lacan, que iria adiante para passar da fusão de corpos para a fusão de significantes, ou seja, a formação de uma holófrase entre os significantes primordiais que deveriam permanecer separados (S1-S2), causando no Sujeito a incapacidade de usar a linguagem em nome próprio, permanecendo alienado sob o domínio do Outro” (BRANCO, 2014, p. 69).

condições clínicas que revelam um apagamento da significação fálica no âmbito da estrutura neurótica. Para o autor, o debate que precipita o diagnóstico da psicose, deixa de lado a questão do desencadeamento forclusivo no recalçamento, já que

a situação que provoca uma perda momentânea de referência fálica levaria a situações clínicas da significação, não do significante, ou seja, pode haver episódios de ideação delirante, mas sem que haja a presença de fenômenos elementares (fenômenos de código e de mensagem, neologismos – que historicamente são os índices basais da psicose) (p. 122).

Ademais, o autor propõe a coexistência de quatro modelos diagnósticos diferentes na obra de Lacan: as estruturas clínicas, os quatro discursos, a sexuação e o nó borromeano. “Este tipo de construção realiza em ato a leitura de uma diagnóstica que abandona a necessidade de um ponto central (o Nome-do-Pai) para uma diagnóstica que se abre a outros desdobramentos. (...) [Abre-se, portanto, a] uma diagnóstica não-toda” (SANCHES, 2015, p. 125).

Para Dunker (2015), o conceito de patologia do social quer dizer que todo tipo de “patologia” deve ser entendido desde o social, como um bloqueio, uma interrupção ou uma contradição não reconhecida nos laços sociais: “das neuroses de caráter dos anos 1940 às personalidades narcísicas do pós-guerra, dos quadros borderline da década de 1980 às depressões, aos pânico e às anorexias dos anos 2000, há uma variação das modalidades preferenciais de sofrimento” (p. 32). Por esse prisma, em uma sociedade globalizada em que as cidades as pessoas e os costumes se tornam parecidas entre si, com o mesmo tipo de paisagem urbana, os diagnósticos também se tornam semelhantes, produzidos de modo massivo e distribuídos por atacado. Junto à incapacidade de contar a história singular de seu próprio sofrimento, está colocada também a redução do mal-estar à dor sensorial. Para o autor:

ao contrário do adoecimento orgânico, que segue seu curso inexorável e indiferente às nomeações, o sofrimento se altera conforme é nomeado. Seu tratamento, sua nomeação, torna-se uma determinação política, não apenas ética. É preciso escolher, portanto, de qual sofrimento tratar, tendo em vista que nem todos são igualmente visíveis (p. 37).

Em oposição ao Discurso Médico, no Discurso do Analista o diagnóstico não é referido em posição de autoridade, mas advoga a autonomia dos sintomas que dizem respeito ao sujeito e seu tratamento, inserido em sua comunidade ou em um grupo social. Se para a Medicina o autodiagnóstico é prejudicial, em Psicanálise o diagnóstico é renovado a cada encontro, visito que “há um diagnóstico em cada um dos significantes-mestre que o discurso do psicanalista ajuda a produzir” (DUNKER, 2015, p. 39). De acordo com Sanches (2015), em *Psicanálise Lacaniana: revoluções em subjetividade*, Parker critica o traço psiquiátrico carregado pelas três estruturas. Seu texto objetiva:

difundir o lacanismo no mundo anglo-saxônico e, ao mesmo tempo, provar ao povo inglês que a psicanálise lacaniana não é um subtipo da psiquiatria, mas sim seria um dos instrumentos intelectivos mais poderosos que o mundo atual dispõe para lutar contra os efeitos alienantes de uma sociedade capitalista. [...] Por ‘revolução na subjetividade’ [...] o autor subentende a noção clínica de ‘destituição subjetiva’, a qual aponta a direção de uma análise lacaniana, que tem duplo alicerce teórico: a linguagem como fundamento da estrutura da qual o sujeito é efeito e o real como irredutível a uma significação (p. 128).

Apesar de todos os esforços para se chegar ao *grau zero do sujeito* e esvaziar sua dimensão imaginária, esta noção de Eu, atrelada ao ímpeto normalizante e medicalizante da Psiquiatria, transforma a teoria diagnóstica das três estruturas clínicas no único ranço desta que traiu Lacan, com “consequências desastrosas e mal-entendidos prejudiciais à difusão da psicanálise lacaniana” (SANCHES, 2015, p. 129), pois são lidas como patologias, não como modos e/ou estilos de habitar a *ex-sistência*.

Entre os trabalhos selecionados, destaco a tese de Silva (2012), *Psicanálise, estrutura e laço social: por uma clínica do sujeito*, orientada pela Prof.^a Dra. Sônia Elisabete Altoé e coorientada pela Prof.^a Dra. Ana Maria Medeiros da Costa, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, tese que dá ênfase para a teoria dos discursos de Lacan como ferramenta teórico-clínica mais adequada para pensar a escuta ao sofrimento psíquico no contemporâneo: “enquanto a estrutura clínica se refere a uma fixidez no modo como o sujeito responde à castração, à fixação de um modo de gozo, e à repetição do modo como a resposta do sujeito fracassa, podemos dizer que o discurso

traz algo da ordem da mobilidade do sujeito no laço social” (215). Conclui com uma observação bastante sintônica ao Paradigma Psicossocial:

O discurso do analista, como Lacan nos alertou, não é fácil de ser sustentado, e a mestria pode conduzir o analista facilmente a outro discurso. Além disso, o discurso do analista, por ser avesso à mestria, situa-se em tensão com os outros discursos. Desse modo, em um estudo que aborda o contemporâneo e o novo, concluímos com o tradicional: o convite ao analista de não recuar frente ao sempre inédito da experiência clínica (p. 217).

A dissertação de Branco (2014), *O sintoma em psicanálise: entre o corpo e o sentido*, orientada pela Prof.^a Dra. Regina Perez Christofolli, na Universidade de Maringá, dialoga com essas articulações da proposta de reformulação da diagnóstica lacaniana a partir do nó borromeo. De seu texto, restrinjo-me a analisar o capítulo 3, pois é nele que o autor localiza o debate pós-freudiano, o qual após a leitura, é possível chamar de pós-lacaniano. Na sessão, nomeada de *Para além do sentido, o corpo: contribuições pós-freudianas*, afirma que o sintoma pode manter o estatuto de função mesmo quando escape à lógica do sentido, caminho aberto pela clínica do gozo.

Na leitura do autor, ao apresentar a prática clínica e as demandas de um serviço público na região do Rio de Janeiro, Besset destaca as queixas que tratam do corpo, que podem envolver dores crônicas como a fibromialgia, um dos desafios da medicina moderna, ou angústias, que contam apenas a espetacularização do fenômeno (exuberância) e sua bioquímica e excluem a fala. O autor levanta a hipótese de que, diante de tantas mudanças, seria lógico concluir que existem novos sintomas, mas retrocede e sustenta que as diferenças são novas apenas na forma como os sintomas se apresentam, não tendo nada que qualifique um novo sujeito, uma nova economia libidinal. Nesse sentido, concorda com a leitura de Cabas (2009) de que tais visões seriam próprias de um mundo e de um estilo muito alarmista,

que utiliza a psicanálise como ferramenta para que, em uma atitude moralista pouco adequada aos preceitos psicanalíticos, seja exigido que o mundo volte aos bons e velhos costumes, ignorando que os excessos observados na clínica atual são tão antigos quanto a própria humanidade, embora sua apresentação, seu semblante, seja distinto (p. 64).

De acordo com Branco (2014), Besset afirma ainda que, as demandas que se apresentam com novas roupagens são as adições, as dores crônicas, a obesidade, o pânico, as depressões e os fenômenos psicossomáticos. Em defesa da operatividade da técnica da Psicanálise como tratamento clínico, afirma que a palavra tem o poder de deslocar o sintoma psíquico que esteja associado a um distúrbio orgânico. O autor retoma o conceito de forclusão local da psicossomática de Nasio, afirmando que este propõe que:

o sintoma expresso no corpo não é um déficit, ou um defeito, é um engendramento [...] Ou seja, é do viés do positivo, de uma produção. Assim, para Nasio, o sintoma psicossomático constituiria a criação de uma realidade nova e estritamente local, apontando para a necessidade de que um novo limite seja instituído, uma nova borda para que o sujeito possa dar conta, criar uma realidade em torno desta lesão concentrada no corpo, uma realidade “que se fecha com um nó” [borromeo] (p. 76).

Da articulação com o Real entende-se que a estruturação do psiquismo seria possível quando se trata de uma formação sintomática (em sua aparência) sem sentido. O Real, por sua vez, seria capaz de expressar aspectos resistentes à simbolização, que não têm palavra, não têm nome. Os fenômenos psicossomáticos passam a ser considerados um modo de resposta, como uma medida de exigência de trabalho imposta ao psíquico.

Do gozo?

No capítulo 4, *Império do gozo e queda do pai: do homem rarefeito ao perverso ordinário*, Sanches (2015) afirma que, segundo um grupo de autores que inclui Goldenberg, Braunstein, Safatle, Dufour, Melman, Lebrun e Rassial, no mundo contemporâneo haveria um novo sujeito: um sujeito em eterno estado de espera pela inscrição da lei que estaria por vir, mas estaria impedida de se concretizar justamente pelo atual declínio da função terceira. O objeto de análise dessa sessão é “o mundo infinito de objetos de satisfação a serviço do gozo irrestrito” (p. 135). Segundo a autora, Goldenberg entende que “o ensino de Lacan subverteu a lógica do superego freudiano (um superego proibidor) para postular um superego mortífero, pois, ao invés de proibir, dita ao sujeito que ele deve gozar” (p. 135), passando os sujeitos a habitar uma

sociedade dos “consumidores consumidos”. Sugere a modalidade cínica para a relação de discursos na atualidade, enquanto modalidade de relação dominante no campo social, de modo específico o campo da articulação política. Baseia-se na Lei de Gerson, na qual a “palavra de ordem é: levar vantagem em tudo”.

Sobre o cinismo como paradigma, Sanches (2015) lê de Safatle que “o cinismo é o nome da posição subjetiva que permite reconhecer o caráter descartável ou contingente de certos valores e identificações e, ainda assim, sustentá-los”, propondo assim a falência dos discursos dogmáticos. De acordo com o autor, na sociedade pós-ideológica “não há mais uma narrativa Outra que sirva aos homens como garantia ilusória [...]. Nesse contexto, o cinismo aparece como a condição subjetiva que usa a transparência para anular a verdade que ela mostra” (p. 137).

Em concordância a essa leitura, o triunfo do neoliberalismo produziria uma alteração no Simbólico, dadas as transformações culturais, efeito das transformações políticas e econômicas. Este campo está se desintegrando na hipermodernidade, pois o “novo sujeito” viria ao mundo desprovido de consciência crítica, sem herança da geração que o antecedeu. O novo sujeito é psicotizante, porém não é psicótico: “certo de que, nem todos os indivíduos se tornaram, nessa medida, psicóticos. Não é porque a forma do sujeito dominante hoje é a do sujeito acrítico e psicotizante que a humanidade pós-moderna está no ponto de uma psicotização generalizada” (p. 140). Psicose não é o novo paradigma, mantém-se o recalçamento.

A leitura que Sanches (2015) faz da obra de Melman se restringe a uma entrevista, concedida por ele a Lebrun, na qual o autor afirmou que o novo milênio produziu um novo homem, desprovido de paradeiro: “homem sem gravidade”. Se o céu está vazio, tanto de Deus quanto de ideologias, os indivíduos precisam se determinar por eles mesmos, singular e coletivamente. A complexidade da vida e das tradições se resume a uma narrativa sem história, uma vida sem perguntas. Gozar a qualquer preço é um atalho subjetivo, um imperativo do gozo que emerge como saída na qual se apegam o sujeito rarefeito:

A função do pai na atualidade sofre uma espécie de apagão, uma vez que Deus foi destituído de comandante pelo grande golpe de estado dado pela ciência. Em suma, a grande conversa entre Charles Melman e Jean-Pierre Lebrun poderia ser resumida à seguinte questão: éramos todos filhos de Deus, e agora, já que a ciência diz o céu está vazio, quem somos? (SANCHES, 2015, p. 142).

A nova economia psíquica é associada à lógica do gozo e ao mercado neoliberal, acepção também vinculada à análise da lógica de consumo. A ausência da dívida simbólica – que nos conecta ao laço social, ao Simbólico – está ausente, e este é o principal diagnóstico feito pelo autor: “a isenção da noção de *dívida simbólica* é tomada como o signo clínico da queda do próprio lugar antropológico do homem como filho de alguém” (SANCHES, 2015, p. 144). Logo, entra em cena uma visão historicista e antropológica para pensar eixos importantes para o debate pós-lacaniano:

Na antiga ordem patriarcal transmitia-se de geração a geração um traço de Ideal fundado na falta, ou na falha, da geração anterior (donde estávamos na lógica do recalçado). É este circuito de transmissão que se interrompe quando vai a narrativa de filiação. Na ausência do traço Ideal, os sujeitos contentam-se com objetos reais ofertados pelas prateleiras do mercado neoliberal. Este curto-circuito, portanto, mostra que na sociedade atual a lógica do gozo (presença de objeto) triunfa em relação à lógica do desejo (presença da “falta de”). Para não cair no abismo da existência, o sujeito agarra-se aos objetos que supostamente podem delimitar seu lugar de pertença no mundo (p. 147).

O que se torna suporte do Eu não é mais a referência ideal, mas a objetual, pois o objeto, contrário ao ideal, para ser convencido, exige que não se pare de satisfazê-lo (compulsões, adicções). O desmentido é a trilha oficial pela qual o campo social tem pautado seus laços: “podemos dizer que nosso desejo é fundamentalmente perverso na medida em que é organizado por um estado de dependência com relação a um objeto cuja captura imaginária ou real assegura o gozo” (SANCHES, 2015, p. 148). Mas isso significaria que, segundo o autor, estaríamos no paradigma perverso de constituição subjetiva. De acordo com Sanches (2015), Lebrun sustenta a tese de que o *neosujeito*, é um perverso comum. No contemporâneo, não é mais a força organizadora e repressiva do patriarcado que está em questão, todavia, “sua aposta é justamente que deixamos a economia psíquica fundada no recalque para substituí-la para uma economia fundada na exibição do gozo” (SANCHES, 2015, p. 148).

A diferença entre Melman e Lebrun é que “Melman debate uma subjetividade que em essência é a consequência direta do vazio, já Lebrun, parece debater uma subjetividade que é a consequência direta de um novo discurso para encobrimento do vazio” (SANCHES, 2015, p. 150) – encobrimento da falta, assim como no

funcionamento da renegação (do desmentido). Lebrun afirma que, o *neosujeito* evita a psicose por encontrar um desmentido como alternativa suplente e o sujeito paga o preço de ser um *perverso comum*.

O *perverso comum* é diferente do verdadeiro perverso, visto que o primeiro pratica o desmentido para evitar a subjetivação, o segundo, por sua vez, faz do desmentido seu próprio modo de subjetivação. Sobre o manejo clínico, segundo Sanches (2015), a tese de Lebrun é diferente da de Melman, pois “o analista do *homem sem gravidade*, deve virar-se com a subjetividade vazia que tem diante de si, já o analista do *neosujeito* de Lebrun, deve assumir uma responsabilidade social ativa” (p. 155). Enquanto desmentiroso, o sujeito estaria impossibilitado de sair sozinho do impasse e é justo nesse aspecto que Lebrun redefine a posição do psicanalista, afirmando que ele deve tomar para si “a responsabilidade de lhe construir uma saída” (p. 155):

Ele sugere que os analistas de hoje devem operar essencialmente via intervenções dirigidas ao imaginário, posicionando-se não através do suposto-saber, mas, sim, como um pequeno outro, o semelhante, aquele que supostamente compartilha do desmentido. É somente fazendo-se de espelho que o analista será autorizado pelo sujeito a revelar-lhe a falácia do engodo (p. 156).

Em uma aproximação com a clínica da adolescência, uma subjetividade retida “em estado de espera”, por essa via apresentada por Lebrun, o discurso analítico poderia precipitar o passo lógico que “estruturalmente está instalado, mas não foi dado” (SANCHES, 2015, p. 157). Segundo Sanches (2015), Rassial adota a clínica da adolescência como paradigma subjetivo que descreve o sujeito contemporâneo.

Na interpretação da obra lacaniana, Lebrun afirma que *ser-nomeado-para* substitui o *Nome-do-pai*. Segundo Sanches (2015), para Soler, *ser-nomeado-para* “é a via pela qual Lacan abre a possibilidade de existir uma subjetividade que não seja articulada pelo *Nome-do-Pai* e, ainda assim, não seja uma estruturação psicótica” (p. 159). O *perverso comum* de Lebrun poderia ser incluído na categoria de *personalidades de exceção* de Soler, recurso teórico necessário para pensar uma nova repartição nosográfica das subjetividades que não utilizam o *Nome-do-pai* para fazer sua amarração central. Como artifício imaginário, a noção de suplência e sua clínica se apresentam aos autores como uma possibilidade de inscrição da Lei, como se fosse

executada “por procuração e não pelo nome-próprio”, contudo, não se identifica com a clínica da psicose estabilizada.

No artigo *Os sujeitos tornaram-se perversos no contemporâneo?*, Pacheco Filho (2017) se pergunta se a perversão seria um sintoma da sociedade capitalista. A resposta negativa a esta questão apoia-se na distinção entre três noções: a) a perversão como condição estrutural do falante, de seu gozo e da pulsão: “toda sexualidade humana é perversa”; b) a estrutura clínica perversa, como uma “escolha” do sujeito para lidar com a falta (castração) do Outro; e c) o regime de gozo (um discurso) não fundado sobre a renúncia ao gozo, assim como o fetiche da mercadoria no capitalismo: “a mais-valia é a causa do desejo do qual uma economia faz seu princípio: o da produção insaciável da falta-de-gozar (*manque-à-jour*)” (LACAN, 2003), concepção que estaria em contraposição à proposta de Lebrun.

Exuberante ou discreta?

No capítulo 5, *Psicose Ordinária*, Sanches (2015) apresenta a interpretação milleriana da obra de Lacan. Para o autor, o axioma lacaniano “o Outro não existe” seria a tradução da sociedade atual. Se para Melman o lugar do Outro está vazio e se para Lebrun a função paterna está invertida, para Miller, “o Pai não opera mais nem enquanto lugar Outro, nem enquanto função” (p. 162). Seria o fim a neurose como paradigma da subjetividade e a entrada na era da psicose de massa. Para sustentar sua teoria, Miller toma o último período da obra de Lacan, *a clínica do gozo*, como homologia da sociedade contemporânea. Da análise qualitativa construída por Lacan em seu esforço de esvaziar o sujeito, de chegar ao grau zero, Miller retrocede para a quantidade: o que diferencia as estruturas não é mais a incidência ou não da castração, mas *quanto* de inscrição de gozo houve, o que o leva a propor um novo paradigma diagnóstico. Sua interpretação reforça que, após o advento da noção de gozo e da clínica borromeana, Lacan teria superado a lógica de descontinuidade entre as estruturas. Tomando-as em continuidade, já não se tratam de classes, mas de modos de gozo.

O conceito *psicose ordinária* é a “solução tampão” elaborada através de um consenso entre os analistas que estavam incomodados com os limites da diagnóstica tripartite (recalcamento, forclusão e renegação), na ocasião do Encontro de 1996, conforme narrou Sanches (2015). No ano seguinte, em 1997, na convenção de Arcahon, na França, estes mesmos analistas colocariam questões diagnósticas sobre seus casos

clínicos, as quais se revelariam como exceções à regra classificatória das três estruturas clínicas, o que culminou na publicação d’*Os casos raros e inclassificáveis da clínica psicanalítica*, indisponível para circulação, restrita à comunidade interna – a Psicanálise e seus grupos herméticos.

Todavia, dizer que um conjunto de casos são raros, é diferente de tomá-los como inclassificáveis. De um ponto de vista que não se restringe ao fenomênico, as manifestações sintomáticas não definem uma estrutura, mas a posição do sujeito em relação ao desejo (do Outro). Nem todo caso raro é inclassificável. Alguns possuem uma solução estabilizadora muito eficiente (rara) via suplência (potência simbolizante do imaginário) após o desencadeamento delirante, mas isso não a torna inclassificável, já que a psicose se comprova pela presença de alguns índices: delírio desencadeado, fenômenos elementares (alucinações) e distúrbios de linguagem (mensagem e código; neologismos).

Da leitura que Sanches (2015) faz de Miller, os casos inclassificáveis seriam

marcados pela dúvida diagnóstica. São exemplos clínicos carimbados pela ausência dos elementos elementares, ausência de transtornos de linguagem e pelo não desencadeamento, mas, ainda assim, são tomados como “casos inclassificáveis” devido à presença de uma forte “estagnação subjetiva”, um vazio subjetivo, ora definido como “buraco” ora definido como “nevoeiro” (p. 169).

A estagnação subjetiva então passou a ser o índice determinante que autorizaria o diagnóstico de forclusão sem dúvidas adicionais – paradigma “do que se permite apreender da clínica das suplências” (p. 171). Uma fala permeada por brancos, buracos subjetivos, nevoeiros, seriam índices do diagnóstico de psicose, mesmo sem haver desencadeamento, apenas com base nos fenômenos apresentados. Para esses casos inclassificáveis, as novidades seriam as seguintes:

novas modalidades de transferência (*neotransferência*), sintomas corporais que não respondem à lógica da decifração significante (*neoonversão*), por fim, episódios avulsos de delírios ou estagnação subjetiva que intuitivamente apontam para um novo tipo de desencadeamento, um **desencadeamento discreto e não exuberante** como o caso de Schreber (*neodesencadeamento*) (p. 172 – grifos meus).

O terceiro tempo desse debate acerca dos casos de difícil diagnóstico, sendo que o primeiro foi o encontro de 1996, e o segundo a Convenção de Arcachon, foi a de Antibes, em 1999, todos realizados na França. Nesse último tempo, admite-se que os “casos raros” se tornaram frequentes e que o metro-padrão *De uma questão preliminar...*, precisava ser reformulado. O conceito *inclassificável* emergiu como signo do sujeito contemporâneo, o que fez com que esse grupo de analista sugerisse diagnóstico de psicose sem desencadeamento ou qualquer outros índices, a saber, a “psicose compensada, a psicose suplementada, a psicose não desencadeada, a psicose em terapia, a psicose que evoluciona, a psicose sinthomatizada, a psicose joyceana. Para Miller todas são uma só: a psicose ordinária e seu eixo articulador é a noção de suplência” (p. 173). Sobre essa clínica da suplência Sanches (2015) sinaliza *neotransferência*, a *neoconversão* e o *neodesencadeamento* como as novas modalidades técnicas.

Se o Outro não existe para transmitir as leis da linguagem compartilhada, cada um fala a sua língua. Essa proposta da língua privada desemboca no tema do “fora do discurso” (leitura do último Lacan), em substituição da antiga formulação da forclusão do Nome-do-Pai (presente na primeira clínica). Estar fora do discurso passa a ser o índice clínico que permite o diagnóstico da Psicose Ordinária. Nesse aspecto, “discurso” é singularmente lido por Miller, visto que não remete à teoria dos quatro discursos, mas a um uso comum da noção de discurso como equivalente do “campo social”.

A *neoconversão* seria uma conversão não interpretável, diferentemente da conversão histérica. Ao contrário da grande ópera, Miller aposta no “teatro de bolso”. De acordo com Sanches (2015), entre os casos apresentados, alguns trazem o tema da escarificação, da fixação à imagem especular, do delírio hipocondríaco localizado, dos fenômenos psicossomáticos. Nesses casos, os episódios corporais carregariam certa “equivalência entre desejo e gozo, o que diferencia radicalmente de um sintoma conversivo histérico (no qual se trata de um desejo recalcado a ser decifrado como enigma pelo Outro)” (p. 177). Na impossibilidade do sujeito obedecer à interpretação, a função do analista deve ser a de fazer intervenções que se dirijam à ruptura do gozo para propor modificações na sua economia.

Retomo a hipótese de um desencadeamento discreto, dado que nem os pares do sujeito teriam percebido, em oposição ao desencadeamento exuberante, tal como aquele apresentado por Schreber. Mas seriam exuberantes ou discretos de qual ponto de vista? Se típicos ou atípicos, em relação a qual tipicidade? Tais construções, em certa medida

sinalizam para uma prática de uma Psicanálise normativa, justamente o oposto do que propôs Lacan. O que Genevière Morel faz ao retomar Clérambault é levantar um ponto de discórdia na convenção, ainda que tardiamente. Declarada a psicose sem transtorno de linguagem, os analistas voltam a supor o contrário, pois sem transtorno de linguagem não se inclui ninguém no campo da psicose. Esse é o ponto de inflexão entre os pós-lacanianos, pois é aí que o pensamento de Miller se diferencia do ensino de Lacan.

Ao utilizar a curva de Gauss para ler Lacan, Miller inclui um apoio desnecessário que oferece recursos teóricos para uma clínica quantitativa, pautadas no “mais ou menos de gozar”, fundando uma nova razão diagnóstica que anula a práxis diagnóstica como função. Sanches (2015) finaliza essa última sessão apontando que, este discurso pós-lacaniano representa o extremo oposto do projeto clínico proposto por Lacan:

O indicador diagnóstico, ou seja “o funcionamento psicótico prévio” é identificado, segundo estes autores, pelas seguintes características clínicas: “vida conflituosa”; “pouco adaptado ao meio social”, “dificuldade de se manter no emprego”, “adesão ao uso de drogas” – enfim, eis aí o sentido de “fora do discurso”. Trata-se de um catálogo completo daquele que é, em suma, um inadaptado social, um sujeito que não obedece à normatividade ideal esperada: um psicótico ordinário. Nesse caso, no quadro de indicadores diagnósticos para a psicose, demitiu-se a cartilha dos tumores de linguagem e, em seu lugar, foi relançado um novo catálogo das funções adaptativas do Eu. Caso o eu (e sua histórica função de síntese) se revele socialmente bagunçada, inadaptada, sem emprego e tendendo ao uso de drogas, então, neste nevoeiro, sugere-se uma psicose (ordinária, é verdade!) (p. 191).

Essa operação acaba com o esforço lacaniano de oferecer à racionalidade diagnóstica uma clínica desvinculada da análise do Eu, cuja escuta se manteria orientada ao sujeito do desejo inconsciente (e desadaptado!). Quanto a perspectiva dos autores que postulam que há novos sujeitos na atualidade, entre os textos selecionados para a composição da análise, chamam a atenção três trabalhos do Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O primeiro, é o de Ritter (2013), *Confluências entre as neuroses atuais e as patologias da atualidade*, orientado pela Prof.^a Marta Rezende Cardoso, o segundo é o de Arbex

(2011), *As relações entre sintoma e cultura na psicanálise*, orientado pelo Prof. Joel Birman, que teve como membro da banca a orientadora do terceiro trabalho, o de Cardoso (2015), cujo título é *Narcisismo e contemporaneidade: repercussões para o dispositivo analítico*, a Prof^a Regina Herzog.

Ritter (2013) retoma leitura dos textos iniciais de Freud, motivado também pela frustração na suposta pouca efetividade dos instrumentos tradicionais da Psicanálise sobre

as organizações subjetivas marcadas por ausência de conflito psíquico, sentimentos paralisantes de vazio, múltiplos sintomas corporais, dificuldades marcantes para investigação do passado, compulsões de variadas formas e passagens ao ato repetitivas. “(...) em torno de uma angústia que resistia a qualquer tentativa de tradução psíquica, e que muitas vezes formavam um quadro de difícil abordagem denominado “síndrome do pânico”, pelos próprios pacientes” (p. 100).

Segundo o autor, “novas patologias” e “subjetividades contemporâneas” são casos que não se pautam pelo funcionamento neurótico tradicional sem, no entanto, pertencerem ao campo das psicoses. Esses podem ser caracterizados por quadros psicossomáticos, somatizadores, toxicomaníacos, por casos inclassificáveis e também pela síndrome do pânico. As “modalidades tradicionais de sofrimento neurótico, organizadas em torno do conflito psíquico entre o imperativo dos impulsos e as interdições morais, cederam lugar a configurações em que a problemática dos limites tornou-se fundamental” (p. 14). Duas características contemporâneas se destacam, tais como a dificuldade na esfera da representação psíquica e o excesso, que “na ausência ou precariedade da mediação possibilitada pelas formações simbólicas, dá origem a sintomas que se situam no registro do corpo e da ação” (p. 15).

Ritter (2013) destaca algumas características das neuroses atuais, tais como o excesso de excitação, os sintomas corporais e a ausência de elaboração, de modo a articulá-las com as patologias da atualidade. “O termo “atual”, comum a ambas, será um operador fundamental, pois sua polissemia permitirá a abordagem do enlaçamento da dimensão temporal com a dimensão da ação que ocorre tanto nas neuroses atuais como nas patologias da atualidade” (p. 15). Para o autor, uma vez que as patologias da atualidade podem ser pensadas como quadros de base traumática, é possível articulá-las às neuroses atuais, tendo como operador teórico a última concepção freudiana do

trauma, um estado de intensa excitação, que provoca desprazer e que resiste à elaboração. O sujeito vive esse estado como um excesso que, se não for metabolizado pelos mecanismos psíquicos, dando origem aos sintomas corporais e às compulsões.

Segundo Ritter (2013), as “novas patologias” são quadros cuja organização psíquica não se pautam de forma prioritária pelo funcionamento neurótico tradicional (não-neuroses ou antineuroses), de registro representacional. No limite das representações, todavia, está a dificuldade ou a incapacidade de representar, a diminuição nas capacidades subjetivas de elaboração psíquica do sujeito na atualidade. Outro aspecto da dificuldade de representar diz respeito à presença insistente do *excesso* nas subjetividades contemporâneas, “pois sem a mediação exercida pela simbolização o psiquismo fica entregue à força pulsional paralisante, que lhe dificulta o exercício do papel de espaço intermediário entre o corpo e o mundo” (p. 102). Quando não elaborado pelas representações, o excesso pulsional é descarregado pela via corporal ou pela via da ação, dois polos das manifestações sintomáticas das patologias atuais: o corpo e as compulsões. O curto-circuito, característico do laço social no Discurso do Capitalista, na cadeia psíquica que conduz a simbolização, acarreta o desvio da excitação pulsional para o corpo ou para o ato.

Representação é o resultado de trabalho psíquico. A precariedade da capacidade de representar contrai o registro temporal ao tempo presente e, de acordo com Ritter (2013), “nas patologias atuais, as manifestações sintomáticas preponderantes se fazem pela via do ato – no corpo ou na ação –, em que há uma espécie de exclusão do tempo histórico” (p. 103). Um sujeito sem história, sem passado, condenado, a não ter futuro, preso na dimensão traumática da existência. Por “trauma” entende-se um estado de excitação intenso, desprazeroso e impossível de ser dominado, cuja ligação é tarefa fundamental do aparelho psíquico.

As neuroses atuais compõem quadros nos quais estão em ação mecanismos psíquicos mais elementares como a angústia automática e as somatizações, não ligadas psiquicamente, enquanto que nas psiconeuroses se manifestam sintomas mais ligados ao registro simbólico, com expressões psíquicas. A neurastenia, a falta de força nervosa, caracterizada pelo empobrecimento psíquico, tem também como base, a neurose traumática e o excesso pulsional. Em 1920, com a figura da pulsão de morte, Freud acrescentou à teoria um fator econômico ainda mais radical, a potência da dimensão econômica. Como a compulsão à repetição é uma tentativa de ligar o excesso traumático, instaura-se um regime de tempo em que a dimensão do presente avoluma-

se. Segundo a leitura de Ritter (2013), a clínica contemporânea é a clínica do traumático, do irrepresentável, do pulsional:

Podemos tomar a ideia de Freud de que nas neuroses atuais havia um excesso de tensão física não ligada psiquicamente como uma metáfora dessa base traumática, assim como sua concepção do trauma como geração dos limites do ego. É a mesma base traumática que está em questão nas patologias atuais (p. 107).

Para a constituição do psiquismo é fundamental que se estabeleçam limites e fronteiras (separação enquanto afirmação - *bejahung*). É justamente nesse ponto que a clínica contemporânea tem apresentado seus impasses. O que a Escola Anglo-saxônica vai chamar de *borderline* e a Francesa, de *estados-limites*, são na verdade, reveladores de uma dimensão da vida psíquica que pode estar presente na estruturação de qualquer sujeito, submetido a contingências marcadas pelo excesso pulsional e pela precariedade de representação.

O trabalho de Arbex (2010), orientado pelo Prof. Joel Birman, na UFRJ, teve a Prof^a. Regina Herzog como membro de uma das bancas. O autor procura demonstrar como o contexto cultural está implícito no sintoma e no aparelho psíquico freudiano desde o início das formulações da Psicanálise. Ao distinguir Psicanálise aplicada e implicada, aponta ser artificial uma divisão entre uma pura e uma aplicada. O autor se interessa pelo aparecimento de novos quadros sintomáticos na contemporaneidade, porém desde o início deixa explicado, em nota de rodapé, que não iria abordar as diferenças em relação à técnica da Psicanálise que tais mudanças implicariam na cultura. Investiga a especificidade que a abordagem psicanalítica pode descobrir, justo por articular sintoma e cultura, com os estudos sobre as neuroses. Chama de *patologias* os quadros sintomáticos que se apresentam à clínica, tais como: adições, psicoses ordinárias, doenças psicossomáticas, de caráter narcísico, síndrome do pânico, fobia social, depressão. Afirmar que esses sintomas seriam a expressão do fracasso individual em atingir os ideais socioculturais, ou mais precisamente, por irem contra tais ideais.

São dois eixos de análise, distintos, porém interligados, sintoma e cultura. Para o autor, “o sintoma não revela apenas o funcionamento do psiquismo, podendo nos informar sobre a cultura na qual está inscrito o indivíduo que sofre deste (...), pode ser entendido como o revelador da verdade do social, de uma verdade velada sobre a qual a civilização é fundada” (p. 15), a partir do que se pode sublinhar o valor de objeção ao

laço social que o sintoma apresenta sempre em sua insistência. As diferenças entre as neuroses clássicas da época de Freud e as da atualidade, evidenciam uma “variação sócio-histórica do sintoma”, o que justificaria a pesquisa sobre as relações entre sintoma e cultura no contemporâneo.

Para além da questão moral sexual, causadora do sintoma, em *Mal-estar*, Freud expande sua visão sobre a cultura, aumentando a quantidade de fatores socioculturais que influenciaram na formação do sintoma. Um dos objetivos do autor é explicitar o que a Psicanálise elucida sobre uma dada cultura, através da investigação clínica e teórica. No capítulo 1, *Sintoma e cultura na contemporaneidade*, Arbex (2010) chama de mudanças significativas a queda dos ideais e a radicalização da ideologia individualista. Para a clínica, não chegam mais majoritariamente sujeitos tomados pelas patologias da culpa, como a neurose obsessiva ou a histérica, pois o que rege o contemporâneo não são os conflitos com ideais, mas a exigência de ser si mesmo e de performance, sem referências a ideais. Em consonância com Birman e Maia, afirma que a sintomatologia contemporânea está marcada por esvaziamento e pobreza simbólica.

Entre os casos “difíceis”, antes raros, mas hoje comuns na clínica, destaca as crises de pânico, as doenças psicossomáticas, as disfunções alimentares, os transtornos de ansiedade, as apatias e as adicções aos mais diversos objetos, quadros caracterizados por um “aspecto traumático e pelo recurso à angústia como defesa contra o excesso pulsional” (ARBEX, 2010, p. 19). Arbex (2010) chama a atenção para o caráter narcísico dessas patologias, assim como o fato de se manifestarem também de forma bastante expressiva “no registro do corpo, da ação e do sentimento, sendo que as dimensões do pensamento e do conflito psíquico não exercem mais tanta influência como se fazia presente nas neuroses histéricas e obsessivas” (p. 19-20). Os novos sintomas não estão “centrados no conflito intra-psíquico com os ideais, mas na vergonha frente aos iguais e na insuficiência frente às imposições da realidade externa” (p. 20).

No que diz respeito ao corpo, se na conversão histérica havia um sentido não revelado além da descarga sexual disfarçada, nas novas patologias, o corpo é utilizado de outra forma. O corpo deixa de ser o palco para ser a razão dos conflitos, o que tornaria o modelo da histeria insuficiente para tratar as

novas patologias [onde] estão em jogo “organizações mentais mais arcaicas”. Assim, o corpo surge atualmente não como lugar onde se encenam os

conflitos psíquicos internos, mas o lugar onde simplesmente se expressa o mal-estar, desprovido de conteúdo simbólico, justamente porque os mecanismos psíquicos de elaboração psíquica estão enfraquecidos (GASPAR; CARDOSO, 2006, p. 176).

O excesso, enquanto extravasamento de gozo, estaria no fundamento do mal-estar contemporâneo. Se na época de Freud era o recalque excessivo, justo a proibição exacerbada do gozo, hoje o que vaza, também não se inscreve, não simboliza; o que era demasiado proibido deixava inibido, o que é demasiado liberado, tampouco simboliza. Nesse sentido, as patologias contemporâneas estariam ligadas a impossibilidades de tradução (dada sua fragilidade simbólica).

As novas patologias estariam ligadas à economia do trauma e não a do conflito. Os novos sintomas não alcançariam substituir o conflito, mas se apresentariam como a presença atual e imperativa da angústia. Segundo Arbex (2010), as compulsões e adições seriam uma forma de defesa contra o excedente pulsional, que não pode ser ligado ou representado, tributárias dos traços de gozo que não passaram a significante. Já a baixa atividade psíquica, outra face da mesma moeda, manifesta-se como a depressão essencial ou a normopatía. Da leitura do *Mal-estar* de Freud, o autor extrai o desamparo como um dos problemas da civilização acarretados pela Modernidade. Já a Pós-modernidade se caracteriza pela falta de certeza quanto aos ideais de construções subjetivas, deixando aos indivíduos a escolha do que antes era fundamentado pela cultura moderna: “O mal-estar sentido na época moderna derivava do imperativo de fixidez da identidade, enquanto o mal-estar pós-moderno é decorrente da falta deste (p. 28).

Contrário ao que se poderia pensar, a sociedade de consumo não “torna as pessoas gananciosas e agressivas”, e sim “as torna frágeis e dependentes”. A denominação de cultura do narcisismo para a cultura atual tem valor, na medida em que favorece as “soluções regressivas no lugar de soluções ‘evolucionárias’ para o problema da separação” (p. 30). A ciência aproxima ego ideal do ego e seu caráter sobrevivencialista:

o mundo de objetos criado pela ciência e pelo mercado não permite trocas simbólicas genuínas, porque o indivíduo não se sente produtor deste “reino intermediário de objetos fabricados pelo homem”. O principal problema da sociedade

industrial não seria a devastação da natureza, mas não gerar “confiança na continuidade e permanência do mundo feito pelo homem ao cercar-nos com bens disponíveis e fantásticas imagens de mercadorias (p. 31-32).

O Discurso da Ciência substituiu o discurso religioso, que detinha a autoridade sobre o saber e sobre a formação das subjetividades. A Ciência é, nesse aspecto, “totalitária por profissão”. A dessacralização da figura do pai associada ao discurso científico, teria gerado a dificuldade de se lidar com a alteridade no contemporâneo. Segundo Arbex (2010), Lebrun discorre sobre os efeitos psicológicos do consumismo:

exercício repetido da auto vigilância constrangida, da submissão ao julgamento dos especialistas, da descrença em sua própria capacidade de tomar decisões inteligentes, seja como produtores seja como consumidores, falseia as percepções das pessoas tanto em relação a elas mesmas como ao mundo que as rodeia (p. 33-34).

Em uma cultura que afirma e estimula o divertimento, um grupo que não consegue se adaptar é tido desviante, seria aquele que faz resistência à hegemonia. Para Arbex (2010), exemplo disso seriam “os deprimidos, que também vão contra o hedonismo atual e em relação aos se cria uma preocupação excessiva de inclusão na cultura, através da medicação ou da preocupação terapêutica”. Em sua leitura de Dufour, propõe que as mudanças históricas que acometem a cultura são identificáveis pelos seguintes sinais de: “domínio do mercado, dificuldades de subjetivação e de socialização, toxicomania, multiplicação das passagens ao ato, aparecimento do que se chama, corretamente ou não, ‘os novos sintomas’.”, pois estes seriam “práticas de ruptura, de rejeição do laço com o Outro” (p. 36).

Segundo Arbex (2010), o sujeito da Psicanálise se constitui nas bordas, entre as pulsões e os sistemas simbólicos, sendo que estes lhe são transmitidos pela ordem social, “com as variações dos sistemas simbólicos ao longo da história, pensar as mudanças históricas e sociais se impõe como um trabalho para a psicanálise” (p. 114). Da mesma forma que a Psicanálise teve relevante participação na crítica da Modernidade, também é um discurso dissonante em relação à cultura atual e às subjetividades nela geradas. Se para Freud haveria um mal-estar inerente ao fato de estarmos simplesmente vivos e desejarmos, há também um mal-estar suplementar devido às condições da vida social presentes na cultura. Variando-se o contexto

sociocultural, tem-se modificações não apenas nas relações sociais em si, mas na forma como o psiquismo é constituído pela cultura e também nas formas de sofrimento psíquico apresentadas pelos indivíduos.

No terceiro trabalho o grupo de autores que postulam que haveria novos sujeitos na atualidade, Cardoso (2015) afirma que as técnicas da associação livre, da escuta flutuante e da interpretação, diante do sofrimento contemporâneo, são ferramentas insuficientes. Busca as patologias do ato para ilustrar sua hipótese do narcisismo como principal operador constitutivo do psiquismo. Quanto às questões clínicas da atualidade, refere-se ao aumento dos casos de depressão, de drogadição, dos transtornos da imagem e alimentares (a anorexia e a bulimia), de somatizações, de violência, dos estados-limites e das compulsões.

Cardoso (2015) caracteriza os “novos pacientes” “pela carência narcísica, pela ausência ou fragilidade nos processos de representação, pelo empobrecimento fantasmático, pela instabilidade e insegurança da constituição psíquica, pela relação peculiar com o tempo e o corpo, pela dúvida identitária e pela vulnerabilidade na ligação com o outro” (p. 11). Seu trabalho apresenta toda uma sessão, intitulada *Reflexões acerca da contemporaneidade*, que articula o espetáculo e a performance (assim como Helsinger (2015)), com a passagem da sociedade da culpa para a da vergonha.

Na sessão *Repercussões para o dispositivo analítico*, Cardoso (2015) sustenta a hipótese de que os modos de sofrimento da atualidade são um desafio para o modelo da histeria, visto que os sujeitos teriam uma constituição narcísica frágil, expressa na precariedade tanto das associações, quanto da elaboração psíquica, além de impasses quanto à representação, pois “segundo Andrade, Mello e Herzog esses pacientes associam e simbolizam precariamente, fantasiam pouco e o traumático não encontra passagem para o campo da fala, muitas vezes recorrendo ao registro da ação e do corpo para escapar do sofrimento psíquico” (p. 45).

Seguindo as contribuições de Kristeva para o trabalho de Cardoso (2015), a primeira reforça que os pacientes da clínica na contemporaneidade

apresentam dificuldades na relação social e na vivência da sexualidade, além de diversas manifestações psicossomáticas, encontram obstáculos em expressar-se devido à falta de uma linguagem rica, muitas vezes considerada como “vazia”, “artificial” ou “robotizada” [autômato?].

apesar desses pacientes recorrentemente terem atitudes históricas ou obsessivas, ao longo da análise, a peculiaridade em simbolizar seus traumas se apresenta como características que os diferem dos pacientes “clássicos” (p. 46).

Eis a redução da vida interior, resultado de uma sociedade em que a pressa em lucrar, consumir e usufruir é imperativa. Essa precária rede fantasmática faz com que o sofrimento seja expresso pelo corpo por meio de somatizações, isto é o corpo ganha destaque, cabendo a ele agir pelo imperativo da *performance*. Cardoso (2015) afirma que, segundo Birman, o mal-estar contemporâneo se apresentaria como dor e não como sofrimento, pois em um mundo sem mediação, a alteridade necessária ao sofrimento, que tem demanda e destino, está inconsistente. Esta dinâmica é impulsionada pelo avanço da neuroquímica, que permite a diminuição da insônia, da angústia, de algumas manifestações psicóticas e das depressões, possibilitando aos sujeitos regularem o seu estado sensorial, para melhor agir performativamente. Por via dos medicamentos, os sujeitos não precisam saber da inexistência da sua vida interior, mas podem estar inseridos na sociedade de acordo com o imperativo da ação.

Cardoso (2015) coleciona trechos em que os autores (Verztman; Andrade; Mello e Herzog; Kristeva; Gondar e Barros) vão dizer que, a clínica contemporânea é marcada por uma “redução da vida interior”, por um “empobrecimento psíquico”, pela “falta de uma linguagem rica” e que o “sujeito não seria capaz de falar de si e dos seus fantasmas interiores, por causa de “achatamento do mundo introspectivo”. A análise paradigmática, que tem a Atenção Psicossocial como horizonte, toma o sujeito como uma dobra; ao mesmo tempo interior e exterior, o sujeito do desejo inconsciente é marcado pelo furo. A propriedade da banda de Moebius é a de justamente ser uma fita que aparenta ter dois lados (dentro e fora, interno e externo), mas que, de fato, só tem um, pois estão em continuidade. A constituição do psiquismo, seja na clínica do modelo freudiano de recalçamento, seja na clínica contemporânea, se mantém como processo pelo qual o *infans* advém como sujeito.

O apelo ao psicanalista seria um chamado à reconstrução a vida psíquica do sujeito, já que “o desafio é “restaurar a alma” desse sujeito submetido à sociedade do culto ao narcisismo para possibilitar ao corpo que fala uma vida menos devastadora e mais feliz” (p. 47). Diante de narrativas marcadas por lacunas, ao analista caberia o papel de organizador do tempo, ao recolher, ordenar e associar os acontecimentos, completar os buracos deixados na lembrança. Mas, não se trataria justamente de

sustentar o furo? De sustentar a dimensão da incompletude e a abertura, a hiância entre a necessidade, de se completar, e o desejo, sempre de outra coisa?

Cardoso (2015) afirma que, a análise na atualidade “é marcada por interrupções constantes da sequência da fala por causa da pouca fluência do material associativo. (...) Estes pacientes envergonhados pouco sabem de si e do seu desejo” (p. 51). À diferença da interpretação do material trazido pelo paciente, segundo a dinâmica das formações inconscientes, na clínica da contemporaneidade se faz necessário um *fazer interpretativo*:

O que está em jogo neste fazer interpretativo são as intervenções do analista que ocupam um lugar na dinâmica transferencial. Assim, é importante ressaltar que a relevância interpretativa de uma intervenção não é apenas operar um deslizamento de sentidos, mas de promover um trabalho que torne possível a relação entre a fala do analisando e a fala do analista, devido a um compartilhar de pensamentos carregados de afeto, sentimentos ou imagens que resultará em um “novo ato de constituição de si” (p. 51).

Quanto à transferência, Cardoso (2015) conclui de suas leituras de Verztman e Pinheiro que, o que se atualiza não são experiências passadas, mas a repetição da pulsão de morte, causa de sofrimento traumático, impossibilitado de ser expresso com palavras. Está em questão a criação de uma existência e, a demanda ao analista se configura como um espaço para que o sujeito possa “inventar uma forma de estar no mundo”, um chamado a testemunhar a “criação de si”. Ressalta ainda que, a condução do analista não dever ser intrusiva, mas deve estar presente para que “o paciente não reedite o intolerável sentimento de desamparo em que eles se constituíram” (p. 52).

Para Cardoso (2015), as patologias do ato são o recurso intenso ao agir ou a inibição do agir. A atuação, para Freud, é o ato pelo qual o sujeito vive seus desejos e fantasias inconscientes no tempo presente, entretanto, com o sentimento de novidade e surpresa. É no ato falho, por exemplo, que o desejo inconsciente se realiza. É preciso considerar novamente a distinção entre *acting out*, ações de caráter impulsivo, que indicam a emergência do recalcado, quando, momentaneamente, o pensamento é substituído pela ação; e *passagem ao ato*, termo que Lacan toma emprestado da Psiquiatria para classificar os atos impulsivos, violentos, agressivos ou criminosos. O ato ganha função de palavra, manifesta-se como um discurso capaz de expressar o

sofrimento. Da representação os sujeitos da atualidade passam ao ato, direto, sem mediação simbólica.

Segundo Cardoso (2015) “ocorre é que a experiência traumática não pôde ser representada, conseqüentemente, não é possível ser expressa pelo discurso, apenas pelo ato. No movimento desse curto-circuito não há lugar para a alteridade, com isto o sintoma não pode ser endereçado ao analista” (p. 70). Tudo se passa como se o sofrimento fosse da ordem da fatalidade que não inclui o outro, como se não houvesse nada que o sujeito pudesse fazer, uma passividade que paralisa o desejo e o deslizamento da cadeia significante. O sentido do sintoma, se não está direcionado ao analista, tal como ocorre na neurose obsessiva clássica, tem em seu fim último a repetição, sem inscrição de diferença, encontrando seu motor na própria repetição pulsional.

Apesar de insistir em mudanças na técnica, em colecionar hipóteses de um sujeito que perdeu a fluência em sua própria linguagem e que por isso associa com dificuldades, apresenta lacunas e buracos discursivos, Cardoso (2015) conclui se contradizendo, pois em alguns aspectos, sua proposta parecer consistir na manutenção do mesmo, a mesma ética, a mesma técnica proposta pela Psicanálise: “por meio de suas precárias associações, do discurso esvaziado, da dificuldade de representar e de simbolizar, acreditar que aí se encontram os lampejos de subjetivação com os quais podemos trabalhar” (p. 72).

Um cifraão

Na era das redes sociais, a fantasia é virtual.

Entre os trabalhos analisados, é possível apontar alguns grupos que ensaiam qualificar, adjetivar a clínica dos *novos sintomas* e o estatuto do *novo sujeito* (aquele da *performance* e do *risco*), efeito das transformações que estariam acontecendo nos processos de subjetivação no contemporâneo, em substituição ao modelo da clínica do recalçamento como paradigma dominante. De diferentes perspectivas e paradigmas, o sujeito da atualidade deixa evidente o estrato histórico e social no qual emerge: sociedade do indivíduo liberal hipermoderno, resto do Discurso do Capitalista como modo de reprodução hegemônico de mercadorias e subjetividades.

Sirvo-me da análise paradigmática proposta por Costa-Rosa (2013), para acrescentar à análise de Sanches (2015) consequências a partir do quarto ponto de análise, quanto aos efeitos terapêuticos e éticos, os fins políticos e socioculturais objetivados por suas práticas (além do saúde-doença-cura). Com o retorno das funções adaptativas do Eu, a implicação do sujeito no seu processo de tratamento a partir dessa sugestão de manejo da transferência pode ser localizada nas práticas do PPHM, pois ao mesmo tempo tampona o sintoma enquanto objeção ao laço social capitalista, reforça a posição de indivíduo alienado, reproduzidor de subjetividades capitalística e serializada.

Na mesma medida, enquanto razão diagnóstica que não toma o sintoma como resistência ao laço social capitalista, contribui com a manutenção do poder no polo dominante e enfraquece as possibilidades de criação de fissuras e brechas no instituído, fundamentais para a ampliação das práticas do PPS. Seguindo a análise de Sanches (2015) quanto ao debate pós-lacaniano, pelo modo como se aproxima das reflexões quanto ao estatuto imaginário/simbólico do novo sujeito e dos novos sintomas, as contribuições da autora apresentadas pelas seções três e quatro (principalmente essa última), são os modos de interpretação da obra lacaniana e sua relação com os efeitos operados pelas mudanças da sociedade de produção para a de consumo.

Dizer que são figuras do SSD é assumir que as transformações na cultura podem operar efeitos no processo de constituição do psiquismo, dada a aceleração da temporalidade e a virtualização da separação na constituição da fantasia fundamental. O sujeito contemporâneo se constitui, em um plano de análise, como se deixasse traços de gozo que não passam a significante. Em uma cultura que não admite a castração simbólica e o limite do gozo, o sujeito, antes dividido por uma barra, fundamental para abertura desejante, pode agora ser caracterizado como um cifrão, tendo a segunda barra suturando a hiância e restringido o valor do sujeito a uma dimensão mercantil. As transformações no laço social, com relação aos ideais sócio-culturais submentem o processo de alienação Modo Capitalista de Produção e tornam o de separação poroso. Enquanto estrutura de um *Discurso da Dominação* no contemporâneo, o cifrão, figura do SSD, se constitui enquanto um ciframento pontilhado, vulnerável, o que faria com que a segunda barra não reforçasse a primeira, fizesse-a vacilar.

Com relação às novas formas clínicas no Terceiro Milênio, Melman (2003) afirma que, “há um inconsciente, mas não há sujeito dissociado desse sujeito foracluído produzido pela ciência; e que há, além disso, esse sujeito produzido pela ciência, \$, e que não tem inconsciente” (p. 151). O cifrão é a figura, imagem do sujeito do SSD,

nada mais que fetiche. A montagem da fantasia pode, portanto, ganhar uma dimensão de separação virtualizada e em potência. Os novos sujeitos não passam, e não que isso os torne menos singulares, de imagens.

Essa dissertação de mestrado, por ora, está concluída, mas a pesquisa não. Nunca, espero. Sigo curiosa com a questão dos efeitos do capitalismo sobre os sujeitos e suas coletividades, com o desejo de ampliar minha experiência em outros segmentos das políticas públicas. O sujeito do Sintoma Social Dominante precisa ser escutado, ter sua voz, dizer em nome próprio. Tentei abrir algumas brechas para sua passagem. Deixo para futuras pesquisas a elaboração do cifrão como seu representante e o Discurso da Dominação como laço social.

Últimas palavras por agora

*Até mesmo a saída do discurso capitalista.
O que não constituirá um progresso se for apenas para alguns.*

(LACAN)

A redução do corpo ao orgânico, a uma máquina que deve estar em bom funcionamento, pronta para consumir e circular, responde aos interesses do capitalismo e a ampliação de sua acumulação; reitera o exercício de poder de um grupo social sobre outro, que tem cada vez mais sua vida controlada, medicalizada e policiada. A questão da ideologia fetichista não quer dizer que estamos diante de sujeitos perversos, ou que a constatação de que o Outro não existe implica necessariamente em psicóticos. A hipótese diagnóstica se mantém singular. A estrutura, o estilo singular de cada um, vai depender das experiências vividas por cada sujeito e da escuta possível a cada narrativa – ou ao deslizamento do significante nas cadeias discursivas. A função do sintoma é singular para cada sujeito, por mais social que esse seja.

O quadro geral é complexo e os fatos podem deixar os trabalhadoras e trabalhadores pessimistas, mas o otimismo da vontade impulsiona a luta e faz com que comunidade, profissionais, usuários e familiares se organizem para transformar a realidade tal como ela se apresenta. Ao pensar o lugar necessário da psiquiatria psicossocial, Costa-Rosa (2013) aponta que sua prática deve estar pautada pela ética do sujeito como protagonista do tratamento, sendo ele o único capaz de dar respostas de sentido capazes de fazerem frente aos sintomas dos quais se queixam. Essa é a “ética que interessa aos sujeitos do sofrimento, aos trabalhadores da instituição e à população em geral; num desvio radical da lógica reprodutora do instituído que rege o MCP, seus valores e ideais” (p. 217):

A superação do Modo de Produção Capitalista não poderia dar-se espontaneamente como se fosse resultado de um desenvolvimento natural; este só pode ser superado como resultado de ações humanas concretas visando esse objetivo. Só dessa forma é possível entender que não há saudosismo no raciocínio de Marx, e que o tempo bom não é aquele que já teria ficado para traz (COSTA-ROSA, mimeo).

Destaco a pertinência da Economia Solidária (SINGER, 2002) como modo de produção alternativo ao capitalismo, necessário entre as práticas de cuidado e atenção à Saúde da população. As políticas de geração de trabalho e renda para grupos e associação de trabalhadores, familiares e usuários da saúde mental é uma estratégia que tem resultado em avanços na perspectiva de promoção de Saúde e da Integralidade do Cuidado.

Enfim, desejo que estes ensaios possam contribuir também com outras trabalhadoras e trabalhadores da Saúde Pública, que estão todos os dias enfrentando os desafios de avançar em direção à Saúde Coletiva e à superação do MCP. Gostaria que esse conjunto de perguntas e descobertas me acompanhem e se modifiquem o tempo todo. Tal como uma intercessora, sigo trabalhando e pensando, pesquisando e agindo, produzindo conhecimento ao mesmo tempo que pratico outras possibilidades de enlace.

Referências Bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. Ed. Trad. Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ANTELO, M. Os gadgets. **Revista Estudos Lacanianos**, v. 1, n. 1, p. 159-168, 2008.

APARÍCIO, L. A depressão como sintoma social no capitalismo. **Pão e rosas México**: Esquerda Diário, 20 de dezembro de 2017. Disponível em <<http://www.esquerdadiario.com.br/A-depressao-como-fenomeno-social-no-capitalismo>>. Acesso em 19/02/2018.

ARBEX, M. R. **As relações entre cultura e sintoma na psicanálise**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2010.

AUDINO, T. F. **O imperativo da felicidade na contemporaneidade**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2015.

AYRES, J. R. C. M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 11-24, 2009.

AYRES, J. R. C. M. Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p. 1301-1311, 2011.

BARATTO, G.; AGUIAR, F. A “Psicologia do Ego” e a psicanálise freudiana: das diferenças teóricas fundamentais. **Rev. Filosofia.**, v. 19, n. 25, p. 307-331, jul./dez. 2007.

BEKERMAN, J. Não há classificação que não seja arbitrária e conjuntural. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Orgs.). **O Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea**, São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 23-27.

BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política**. São Paulo: Brasiliense, 1996.

BENJAMIN, W. **O anjo da história**. Lisboa: Assírio & Alvim, 2010.

BERMAN, M. **Tudo que é sólido desmancha no ar**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

BRANCO, D. R. **O sintoma em psicanálise**: entre o corpo e o sentido. Dissertação (mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Maringá: Maringá, 2014.

BRASIL. **HumanizaSUS**: a clínica ampliada. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CALERI, D. C.; NEVES, C. A. B. Encontros da vida nua nos jardins do capital. Uma investigação sobre o consumo de tratamentos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 14, n. 1, p. 107-128, 2014.

CÂMARA, G. O papel da droga para o sujeito no mal-estar da civilização atual. **Côgito**, v. 13, n. 1, p. 53-57, 2012.

CANABARRO, R. C. S. **Toxicomanias e psicanálise**: algumas considerações. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2011.

CANABARRO, R. C. S.; ALVES, M. B. Uma pílula para (não) viver. **Revista Mal-estar e subjetividade**, v. 9, n. 3, p. 839-866, 2009.

CARDOSO, A. C. S. F. **Narcisismo e contemporaneidade**: repercussões para o dispositivo analítico. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2015.

CARVALHO, S. Medicina baseada em evidência x psicanálise baseada na ex-sistência. **Stylus Revista de Psicanálise**, v 1, n. 34, p. 83-92, 2017.

CASTEL, R. **A gestão dos riscos**: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CLAUVREUL, J. Discurso médico e discurso psicanalítico. In: CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983. p. 164-176.

COPPEDÊ, D. R. **O discurso da depressão**: quando dizer é sofrer. Dissertação de Mestrado - USP/IP: São Paulo, 2016.

COSTA, A. M. M da Classificação e medida comum de gozo. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Orgs.). **O Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea**, São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 131-140.

COSTA-ROSA, A. Algumas notas sobre subjetividade e uso de drogas. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 8, n. 2, p. 88-97, 2009.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**. São Paulo: Unesp, 2013.

COSTA-ROSA, A. **O conceito de Sintoma Social Dominante**: fisionomias principais. Assis: Unesp, mimeo.

COSTA, M. F.; JUSTO, J. S. Pós-modernidade e modos de subjetivação: proposições da psicanálise do campo de Freud e Lacan. **Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana**, v. 10, n. 19, p. 43-55, 2015.

CRUZ, M. A. S. Desafios da clínica contemporânea: novas formas de “manicomialização”. In CRP-SP (org.) **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 17-25.

DIDI-HUBERMAN, G. **Diante do tempo**: história da arte e anacronismo das imagens. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2015.

DIONISIO, G. H. **Pede-se abrir os olhos**: psicanálise e reflexão estética hoje. São Paulo: Annablume-FAPESP, 2012.

DUNKER, C. O sequestro da neurose, **Revista Cult**, v. 184, n. 1, p. 32-37, 2013.

ESPERANZA, G. Medicalizar a vida. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Orgs.). **O Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea**, São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 53-59.

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA **REFLEXIONES Y PROPUESTAS SOBRE LA POLÍTICA FARMACÉUTICA**, 2015. Disponível In: <<http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/manifiestos/988-reflexiones-y-propuestas-sobre-la-politica-farmaceutica>>. Acesso em 25/03/2018.

FENDRIK, S. O DSM-IV: uma metafísica comportamentalista? In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Orgs.). **O Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 29-37.

FERRAZZA, D. A. **A psiquiatrização da existência**: dos manicômios à neuroquímica da subjetividade. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho": Assis, 2013.

FERREIRA, J. C. **Mensagens sobre Escarificações na Internet**: um Estudo Psicanalítico. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá: Maringá, 2014.

FERREIRA, I. G. **O sujeito e as drogas**: uma clínica para além da descrição sintomatológica. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) São Paulo: PUC, 2016.

FINGERMAN, D. O tempo na experiência da psicanálise. **Revista USP**, n. 81, p. 58–71, 2009.

FINK, B. **O sujeito lacaniano**: entre a linguagem e o gozo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FREUD, S. Carta 52. In: **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. I. p. 281–287.

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica. In: **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. I. p. 335–345.

FREUD, S. **Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886-1889)**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FREUD, S. **O Mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. **Luto e melancolia**. São Paulo: Cosac Naify, 2011.

GALIEGO, A. H. B. **O Dispositivo Intercessor como Modo de Produção do Conhecimento**: construção do saber na práxis de um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho": Assis, 2013

GALINDO, D.; LEMOS, F. C. S.; LEE, H. de O.; RODRIGUES, R. V. Vida medicalizadas: por uma genealogia das resistências à farmacologização. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 34, n. 1, p. 821-834, 2014.

GALINDO, D. C. G.; LEMOS, F. C. S.; VILELA, R.; GARCIA, B. Medicalização e governo da vida e subjetividades: o mercado da saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 16, n. 1, p. 346-365, 2016.

GAUDENZI, P. e ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface Comunicação e Saúde**, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2011.

GOLDENBERG, R. (org.) **Goza!** Capitalismo, globalização e Psicanálise. Salvador: Agalma, 1996.

GONÇALVES, L. H. P. **O discurso do capitalista**: uma montagem em curto circuito. São Paulo: Via Lettera, 2000.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, v. 4, n. 1, p. 151-161, 2007.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1986.

HARVEY, D. **Condição Pós-Moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

HELSINGER, N. M. **A psicanálise em tempos de risco e performance**: o que é comprimido hoje?. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

HESÍODO. **Teogonia**. São Paulo: Martin Claret, 2014.

IZAGUIRRE, G. Elogio ao DSM-IV. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Eds.). **O Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 13–22.

IANNINI, G.; TEIXEIRA, A. O futuro de uma classificação, **Revista Cult**, v. 184, p. 24-27, 2013.

JAMESON, F. **Pós-modernismo, a lógica cultural do capitalismo tardio**. São Paulo, Ática, 1996.

JAMESON, F. **A virada cultural**, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Orgs.). **O Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea**, São Paulo: Via Lettera, 2011.

JIMENEZ, S. Depressão e melancolia. In: **A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1997. p. 199-206.

JULIEN, P. **Psicose, neurose, perversão**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2002.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. de C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. In: **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, p. 1-13, 2016.

KEHL, M. R. **Sobre ética e psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

KEHL, M. R. **O tempo e o cão: A atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009.

KEHL, M. R. A atualidade das depressões – como pensar as depressões sem o DSM-IV. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Orgs.). **O Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea**, , São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 103-130.

KONDER, L. **O que é dialética?** São Paulo: Editora Brasiliense, 1985.

LACAN, J. **O seminário livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 96–103.

LACAN, J. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

LAURENT, E. Como engolir a pílula? In: MILLER (org) **Ornicar?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

LEBRUN, J-P. **Um mundo sem limite: ensaio para uma clínica psicanalítica do social**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

LIMA, C. R. Uma passagem clandestina. In: **O Brilho da Infelicidade**. Contra Capa Livraria: Rio de Janeiro, 1998.

LÖWY, M. Walter Benjamín: aviso de incêndio. Uma leitura das teses ‘Sobre o conceito de História’. São Paulo: Boitempo, 2005.

MARX, K. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultura, 1985.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista**. Petrópolis: Vozes, 1999.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2010.

MATOS, O. C. F. **Benjaminianas: cultura capitalista e fetichismo contemporâneo**. São Paulo, Editora UNESP, 2010.

MELMAN, C. **Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar**. São Paulo: Escuta, 1992.

MELMAN, C. **O homem sem gravidade: gozar a qualquer preço**. Entrevistas por Jean-Pierre Lebrun. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.

MELMAN, C. **Novas formas clínicas no início do terceiro milênio**. Porto Alegre: CMC Editora, 2003.

MOYSES, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. **Caderni CEDES** Campinas, v. 46, n. 28, p. 31-41, 1992.

NASIO, J-D. **Como trabalha um psicanalista?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

PEREIRA, M. E. C. O DSM e a crise da psiquiatria, **Revista Cult**, v. 184, p. 38-45, 2013.

PEREIRA, M. E. C. A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1035-1052, 2014.

PÉRICO, W. **Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: a clínica do sujeito na saúde coletiva**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho": Assis, 2014.

PÉRICO, W.; COSTA-ROSA, A. Do Terapêutico Alienante ao Analítico Singularizante: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico à clínica da Atenção Psicossocial. **aSEPHallus**, v. 10, n. 19, p. 16-41, 2014/2015.

QUINET, A. **Psicose e laço social**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

RITTER, P. G. G. **Confluências entre as neuroses atuais e as patologias da atualidade**. Rio de Janeiro: UFRJ/IP, 2013.

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

ROUDINESCO, E. **Sigmund Freud: na sua época e em nosso tempo**. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.

RUI, T.; MALLART, F. **A cracolândia, um importante conector urbano**, 2015. Acesso em 26/02/2018 <<http://diplomatie.org.br/a-cracolandia-um-potente-conector-urbano/>>.

SABROZA, P. C. **Concepções sobre saúde e doença**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2006. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

SAFATLE, W. O poder da psiquiatria, **Revista Cult**, v. 184, p. 22-23, 2013.

SALECL, R. **Sobre a felicidade: ansiedade e consumo na era do hipercapitalismo**. São Paulo: Alameda, 2012.

SANCHES, D. R. **Discursos Diagnósticos Pós-Lacanianos: dos fundamentos da psiquiatria às teses sobre um novo sujeito**. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Universidade de São Paulo: São Paulo, 2015.

SANTOS, D. V. D. **Uso de psicotrópicos na atenção primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas: Campinas, 2009.

SANTOS, D. V. D. **A gestão autônoma da medicação: da prescrição à escuta**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas: Campinas, 2014.

SANTOS, K. Y. P. **Uma análise dos efeitos do uso a longo prazo de antidepressivos**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho": Assis, 2014a.

SANTOS, K. Y. P; YASUI, S.; DIONÍSIO, G. H. O sujeito comprimido. **Cadernos brasileiros de Saúde Mental**, v. 4, n. 9, p. 103-112, 2012.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, M. M. **Psicanálise, estrutura e laço social**: por uma clínica do sujeito. Tese (Doutorado em Psicanálise) - Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

SILVEIRA, P. A interpelação ideológica: a entrada em cena da outra cena. **A Peste**, São Paulo, v. 2, n.1, p. 167-182, jan./jun. 2010.

SINGER, P. **Introdução à Economia Solidária**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2002.

STAROBINSKI, J. É possível definir o Ensaio? **Remate de Males**. v. 31, n. 1-2, p. 13-24, 2011.

TANAKA, A. F., COSTA, M. F., BENELLI, S. J. **Tratamento e clínica da toxicomania: a mediação do gozo pelo significante**. UNESP, Assis, mimeo, 2016.

VANIER, A. O sintoma social. **Ágora**. v. 5, n. 2, p. 205-217, 2002.

VAZ, P. Do normal ao consumidor: conceito de doença e medicamento na contemporaneidade. **Ágora**, v. XVIII, n. 1, p. 51-68, 2015.

VIANNA, A. G. **As toxicomanias na clínica psicanalítica**. Tese de Doutorado - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2013.

VICTOR, R. M., AGUIAR, F. A clínica Psicanalítica na Saúde Pública: desafios e possibilidades. **Psicol. cienc. prof.** v.31, n.1, p.40-49, 2011.

YASUI, S. COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em debate**, v. 32, n. 78/80, p. 27-37, 2008.

XAVIER, K. R. **O sintoma social ou o sintoma com Marx**: um conceito psicanalítico. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica: São Paulo, 2013.

ZANELLO, V., SILVA, R. M.. Saúde mental, gênero e violência estrutural. **Revista Bioética**, v. 20, n. 2, p. 267-279, 2012.

ZIZEK, S. (org.) **Um mapa da ideologia**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

ZIZEK, S. **Acontecimento**. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.