

**WALDIR PÉRICO**

**CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE DE FREUD E LACAN  
A UMA PSICOTHERAPIA OUTRA:  
a clínica do sujeito na Saúde Coletiva**

**ASSIS  
2014**

**WALDIR PÉRICO**

**CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE DE FREUD E LACAN  
A UMA PSICOTHERAPIA OUTRA:  
a clínica do sujeito na Saúde Coletiva**

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

Orientador: Prof. Dr. Abílio Costa-Rosa

**ASSIS  
2014**

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

P441c Périco, Waldir  
Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma  
psicoterapia outra: a clínica do sujeito na saúde coletiva /  
Waldir Périco. Assis, 2014  
164 f. : il.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras  
de Assis - Universidade Estadual Paulista.  
Orientador: Prof. Dr. Abílio Costa-Rosa

1. Freud, Sigmund, 1856-1939. 2. Lacan, Jacques, 1901 -  
1981. 3. Psicanálise. 4. Materialismo histórico. 5. Psicoterapia.  
6. Saúde pública. I. Título.

CDD 150.1952

WALDIR PÉRICO

CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE DE FREUD E LACAN  
A UMA PSICOTHERAPIA OUTRA:  
a clínica do sujeito na Saúde Coletiva

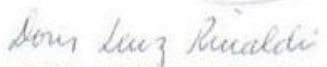
Dissertação apresentada à faculdade  
de Ciências e Letras – UNESP para a  
obtenção do título de Mestre em  
PSICOLOGIA (Área de conhecimento:  
Psicologia e Sociedade)

Data da Aprovação: 30/01/2014

COMISSÃO EXAMINADORA

  
Presidente: PROF. DR. ABÍLIO DA COSTA ROSA - UNESP/Assis

  
Membros: PROF. DR. SILVÍO JOSÉ BENELLI - UNESP/Assis

  
PROFA. DRA. DORÍS LUZ RINALDI - UERJ/Rio de Janeiro

Ao seu Adão e à dona Janete, meus pais.

A ele, companheiro de viola, pois “♪ *se tenho as mãos macias, eu devo tudo a meu pai, que teve as mãos calejadas, no tempo que longe vai* ♪”.

A ela, que “♪ *sabe que depois que cresce, o filho vira passarinho e quer voar* ♪”.

## AGRADECIMENTOS

Para além dos longos momentos de solidão reflexiva de um processo de produção de um escrito, na melhor das hipóteses, há, direta ou indiretamente, mãos intercessoras atenciosas. Expresso aqui minha profunda gratidão por todos aqueles que partilharam desse meu trajeto, em particular:

...primeiramente, ao Dr. Abílio da Costa-Rosa, que tive a felicidade de ter como professor desde o curso de graduação. Pela *transmissão* intercessora contínua: como “orientador” sempre cuidadoso, disponível, apaixonado e firme no propósito de pesquisar com seu estilo único – *estilo que é o homem* –, a quem nos *endereço* a fim de, ao não imitá-lo, produzirmos o próprio saber. Como sujeito me mostrou que, de fato, no desejo “*avida dura*”!

...à profa. Dra. Doris Luz Rinaldi que, de forma muito simpática e atenciosa, aceitou deslocar-se até Assis e ao prof. Dr. Sílvio José Benelli, por motivar ainda mais a minha dedicação pela pesquisa. Suas contribuições, respectivamente, quanto à psicanálise e a outras “coisitas” mais, foram de suma importância.

...às minhas amigas Thaís Juliana Medeiros, Lílian Magda de Macedo e Nanci de Souza Nakamura por serem, “de longe”, aquelas com quem *apreendi* que proximidade não é pouca distância. São Carlos-SP, Botucatu-SP e Salvador-BA estão onde o desejo alcança.

...aos amigos Nelson de Souza Junior, Aline M. de Oliveira e Souza, Sheila Misaella B. Marcondes e Adriano da Silva Hernandez, por fazerem de Assis, realmente, uma “cidade fraternal”.

...ao amigo Maico Fernando Costa, pelo café das tardes, pela prosa à mineira de sempre e pela interlocução, continuamente sintônica, na academia universitária e na [escola da] vida cotidiana;

...ao amigo William Azevedo de Souza, com quem divido a determinação pelo trabalho e a pulsão de saber que dele deriva. Seus “toques” teóricos e de vida, têm *feito diferença*.

...ao amigo Carlos Andreassa do Amaral, cujo desejo de saber é inspirador, por ter potencializado meu encontro com o pensamento filosófico de Gilles Deleuze.

...à minha amiga Ana Flávia D. T. Shimoguiri, interlocutora brilhante, por compartilhar reciprocamente o *pathos* das “historinhas tristes” – mas também das “historinhas alegres” – *da vida cotidiana*. E pelas longas (e prazerosas) conversas teóricas e a-teóricas.

...às minhas amigas Lizie Waurof e Juliana de Fátima Oliveira, pela doçura de amizade; tão doce quanto um biscoito de “Cerquinho”.

...ao amigo João Elias Cury Júnior, pela inestimável ajuda na revisão ortográfica e gramatical, pelo auxílio na tradução de língua estrangeira e pela troca de palavras sempre afáveis.

...aos integrantes do “Laboratório Transdisciplinar de Interação-Pesquisa em Processos de Subjetivação e ‘Subjetividade da Saúde’” (UNESP-Assis) e do “Laboratório Transdisciplinar: a clínica na Atenção Psicossocial”, espaços de discussão e potencialização imprescindíveis.

...aos alunos do quinto ano do curso de Graduação em Psicologia da UNESP-Assis, que me acolheram no grupo de estágio (turma de 2012) oferecido pelo prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa, intitulado “A clínica na Atenção Psicossocial: a Saúde Mental no contexto da Saúde Coletiva”, espaço de supervisão clínica-institucional onde pude exercitar mais a minha formação.

...aos intercessores do texto que, desde os primeiros rascunhos, lendo os manuscritos deste trabalho, fizeram ressoar melhor o que eu queria dizer: Ana Flávia D. T. Shimoguri, Anúncia Heloísa B. Galiego, Heloene Ferreira da Silva, William Azevedo de Souza, Maico Fernando Costa, Nelson de Souza Junior, Tanya Marques Cardoso e Marina R. da Rocha Paes.

...à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo auxílio financeiro.

...E, por fim, aos demais amigos com os quais, dividindo espaços conjuntos nesse meio tempo, pude experimentar “a perene, insuspeitada alegria de con-viver”<sup>1</sup>: Cleyton M. Nascimento, Rando M. de Oliveira, Valdinei V. Nascimento, Júlio César Alves, Felizardo B. T. Costa, Claudinei Chelles, Barbara Sinibaldi, Jaqueline de Oliveira Cuba e William F. Rabelo da Silva.

---

<sup>1</sup> Poesia “O Homem; As Viagens”, de Carlos Drummond de Andrade.

*Se a psicanálise [...] é capaz de fornecer ajuda àqueles que sofrem em sua luta para atender às exigências da civilização, esse auxílio deveria ser acessível também à grande multidão, demasiado pobre para reembolsar um analista por seu laborioso trabalho. Isso parece constituir uma necessidade social, particularmente em nossos tempos (FREUD, 1923).*

*Até mesmo a saída do discurso capitalista. O que não constituirá um progresso se for apenas para alguns (LACAN, 1973).*

*Os fragmentos de conhecimento oferecidos nessas páginas, embora tenham sido reunidos com suficiente laboriosidade não podem, em si, dar provas de satisfazerem a contento; podem, contudo servir de ponto de partida para o trabalho de outros investigadores, e um esforço comum poderá trazer o êxito que talvez esteja além do alcance individual (FREUD, 1909).*

PÉRICO, W. **Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva**. 2014. 164f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2014.

**Resumo:** Nosso objetivo principal foi pensar a clínica da Atenção Psicossocial à luz dos referenciais teórico-técnicos e ético-políticos psicanalítico e marxiano, considerando a análise paradigmática, postulada por Costa-Rosa, que define o Paradigma Psicossocial como um passo além da Reforma Psiquiátrica brasileira. A partir da práxis clínica e institucional, tentamos fundamentar uma modalidade de psicoterapia na qual a psicanálise do campo de Freud e Lacan é aplicada. Especificamos o enfoque desta reflexão no campo da Saúde Coletiva e na clínica do recalçamento (contexto das “neuroses”). Partimos do Dispositivo Intercessor, como um novo Modo de Produção de subjetividade e “conhecimento”. De natureza transdisciplinar, o Dispositivo Intercessor parte, principalmente, da psicanálise e do Materialismo Histórico – bem como de inspirações da Análise Institucional francesa e da Filosofia da Diferença – para definir dois momentos de produção radicalmente diferentes: o momento da práxis clínica junto aos “sujeitos do tratamento” e da práxis institucional junto ao “coletivo de trabalho”; e o momento da reflexão teórica, produzida *a posteriori*, sobre o processo de produção realizado no primeiro momento. Se Freud idealizou a possibilidade de inserção da psicanálise nas instituições públicas, nossas reflexões pretendem demonstrar que essa empreitada é tão possível quanto eticamente necessária. Para tal, recorreremos também aos desdobramentos teórico-técnicos e éticos realizados por Lacan. Nessa perspectiva, consideramos que, se as psicoterapias em geral, partindo de “um cura” ativo, fazem enxertos de sentido imaginário-tautológico na tentativa de suturar a fenda aberta pela angústia, produzindo readaptação a favor do instituído social, uma psicoterapia Outra parte da orientação ética psicanalítica de suspensão do Saber-Poder-curar, tendo como efeito a (re)abertura da dimensão *sujeito do inconsciente* no indivíduo. Essa dimensão singular está diretamente relacionada à necessária inserção do Homem no campo do Simbólico. Trata-se da introdução de cortes nos enunciados de sentido imaginário-tautológico nos processos de subjetivação, a favor da produção de sentido novo e contínuo para as diferentes injunções e impasses cotidianos. Sem deixar de lado a autoadministração do indivíduo, essa modalidade de psicoterapia deverá estar eticamente pautada pelo horizonte das ofertas dos dispositivos clínicos correspondentes ao Paradigma Psicossocial, cujo efeito possível é a produção de subjetividade singularizada, por definição subversiva ao instituído social opressivo. Somente assim será possível caminhar na direção de suplantar as velhas práticas psicoterápicas alienantes pertencentes ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, não por acaso sintônico com o Modo Capitalista de Produção.

**Palavras-chave:** Psicoterapia na Saúde Coletiva; Atenção Psicossocial; Materialismo Histórico; Psicanálise do Campo de Freud e Lacan.

PÉRICO, W. **Contributions of Freud and Lacan's psychoanalysis for anOther psychotherapy: the clinic of the subject in Collective Health**. 2014. 164f. Dissertation (Master's Degree in Psychology) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2014.

**Abstract:** Our main objective was to reflect on the clinic of Psychosocial Care in the light of technical-theoretical as well as ethical-political psychoanalytic and Marxian references, considering the paradigmatic analysis, postulated by Costa-Rosa, who defines the Psychosocial Paradigm as a step beyond the Brazilian Psychiatric Reform. From a clinical and institutional praxis, we have attempted to found a modality of *psicotherapy* in which Freud and Lacan's psychoanalysis is applied. We specify the focus of this reflection in the field of Collective Health and in the clinic of suppression (context of “neurosis”). We start from the Intercessor Device as a new Mode of Production of subjectivity and “knowledge”. Of transdisciplinary nature, the Intercessor Device originates mainly from psychoanalysis and Historical Materialism - as well as from inspirations of the french Institutional Analysis and Philosophy of Difference - to define two radically different moments of production: that of clinical praxis together with the “subjects of treatment” and of institutional praxis with the “collective of work”; and the moment of theoretical reflection, produced *a posteriori*, on the production process carried out along the first moment. If Freud envisioned the possibility of inclusion of psychoanalysis in public institutions, our reflections intend to demonstrate that this endeavor is both possible and ethically necessary. For such, we also resort to theoretical-technical and ethical unfoldings also carried out by Lacan. In this perspective, we consider that if psychotherapies in general, from an active “healer”, produce grafts of imaginary-tautological sense in trying to suture the slit opened up by anxiety, producing readaptation in favor of the socially-instituted, anOther psychotherapy sets itself out from the psychoanalytic ethical guidance of suspending Knowledge-Power-cure, having as effect the (re)opening of the dimension *subject of the unconscious*, in the individual. This singular dimension is directly related to the necessary insertion of Man into the Symbolic field. It is about introducing cuts of those enunciates of imaginary-tautological sense in subjectivation processes, in favor of the production of new and continuing senses for the various injunctions and everyday impasses. Without neglecting the individual's self-administration, this modality of *psicotherapy* should be ethically guided by the horizon of the offers from the clinical devices corresponding to the Psychosocial Paradigm, whose possible effect is production of singularized subjectivity, by definition subversive to the established socially oppressive. Only then will it be possible to move toward supplanting alienating old psychotherapeutic practices, pertaining to the Psychiatric Hospitalocentric Medicalizing Paradigm, not by chance in syntony with the Capitalist Mode of Production.

**Keywords:** *Psicotherapy* in Collective Health; Psychosocial Care; Historical Materialism; Psychoanalysis of Freud and Lacan's field.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Figura 1:** Ressignificação do significante “Psicossocial” a partir da concepção dos processos subjetivos e sociais como continuidade moebiana dentro-fora.

**Figura 2:** Composição dos quatro lugares da estrutura do discurso como laço social de produção proposta por Jacques Lacan (1992).

**Figura 3:** Escrita dos quatro Discursos Radicais como laços sociais propostos por Jacques Lacan (1992).

**Figura 4:** Composição dos quatro lugares da estrutura do Discurso do Capitalista e sua escritura segundo proposição de Jacques Lacan (1972).

**Figura 5:** Leitura da transposição paradigmática na Saúde Mental Coletiva a partir da predominância dos tipos de discursos como laços sociais de produção.

**Figura 6:** As instituições do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador e os dois momentos de extração da mais-valia no Modo Capitalista de Produção como processo de produção de “subjetividadessaúde” (re)adaptada.

**Figura 7:** As instituições do Paradigma Psicossocial e o processo de produção de “subjetividadessaúde” singularizada.

**Figura 8:** Composição da rede de conceituações mínimas fundamentais da psicanálise rizomaticamente imbricadas a partir da Lógica do Significante.

**Figura 9:** Representação gráfica do esquema L proposto por Jacques Lacan (1985).

**Figura 10:** Representação do encontro bifurcante entre  $S_1$  (como enxame de sentido) e o  $S_2$  (cadeias de saber inconsciente), que resulta em mudanças na relação do sujeito com o sentido do sofrimento e do sintoma.

**Figura 11:** Representação gráfica, pelos diagramas de Euler, das inter-relações de quatro especialidades profissionais na modalidade de divisão do trabalho do tipo “integração em profundidade” proposta por Costa-Rosa (1987, 2013).

## LISTA DE SIGLAS

DH – Discurso da Histeria

DU – Discurso da Universidade

DM – Discurso do Mestre

DA – Discurso do Analista

DC – Discurso do Capitalista

DImpss – Dispositivo Intercessor como Modo de Produção de subjetividade singularizada

DImpc – Dispositivo Intercessor como Modo de Produção do “conhecimento”

IPA – *Internation Psychoanalytical Association*

PEH – Estratégia de Hegemonia

MCP – Modo Capitalista de Produção

MCoP – Modo Cooperado de Produção

PAPM – Paradigma Privatista Medicocentrado

PPSS – Paradigma da Produção Social da Saúde

PPS – Paradigma Psicossocial

PPHM – Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador

RPb – Reforma Psiquiátrica brasileira

SMC – Saúde Mental Coletiva

SUS – Sistema Único de Saúde

TCCs – Terapias Cognitivo-Comportamental

## SUMÁRIO

<b>PREÂMBULO</b> .....	14
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	19

### ENSAIO 1

<b>SUJEITO, SUBJETIVIDADE E “CIÊNCIA” EM FREUD E LACAN: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS PRÉVIAS A UMA INTERCESSÃO-PESQUISA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL COLETIVA</b> .....	22
1. INTRODUÇÃO.....	23
1.1. O sujeito des-vendado.....	26
2. O SUJEITO NA ALIENAÇÃO E NA SEPARAÇÃO: LACAN ALÉM DE FREUD.....	32
2.1. A subjetividade como processo de subjetivação .....	39
3. PALAVRAS FINAIS: UMA “CIÊNCIA” SEM PALAVRA FINAL .....	44
4. REFERÊNCIAS.....	50

### ENSAIO 2

<b>DO TERAPÊUTICO ALIENANTE AO ANALÍTICO SINGULARIZANTE: CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE DO CAMPO DE FREUD E LACAN E DO MATERIALISMO HISTÓRICO À CLÍNICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b> .....	57
1. INTRODUÇÃO.....	58
2. UM OUTRO MODO DE PRODUÇÃO DA ATENÇÃO AO SOFRIMENTO PSÍQUICO .....	62
2.1. Parâmetro um: concepção do ‘objeto’ e dos ‘meios’ de trabalho.....	65
2.2. Parâmetro dois: formas da organização das relações intra e interinstitucionais.....	66
2.3. Parâmetro três: formas do relacionamento com a clientela e o Território.....	66
2.4. Parâmetro quatro: formas de seus efeitos e desdobramentos em termos terapêuticos e ético-políticos. ....	67
3. OS LAÇOS SOCIAIS DE PRODUÇÃO, A FORMAÇÃO ECONÔMICO-SOCIAL E A SAÚDE MENTAL COLETIVA.....	72
3.1. Os discursos que fazem laço social e um que não faz.....	72
3.2. Os paradigmas de Atenção na Saúde Mental Coletiva e os dois modos de	

tratamentos aos impasses de subjetivação.....	78
3.2.1. O Tratamento Terapêutico Alienante.....	79
3.2.2. O Tratamento Analítico Singularizante.....	82
4. ALGUMAS CONCLUSÕES.....	87
5. REFERÊNCIAS.....	89

### ENSAIO 3

<b>AS PSICOTERAPIAS EM GERAL E UMA OUTRA: DISCUSSÕES PRELIMINARES ACERCA DE UMA PSICOTHERAPIA NA SAÚDE COLETIVA A PARTIR DA PSICANÁLISE DO CAMPO DE FREUD E LACAN.....</b>	<b>97</b>
1. INTRODUÇÃO.....	98
2. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.....	101
2.1. Afinal, psicanálise ou psicoterapia na Saúde Coletiva?.....	101
2.2. Os modos de produção da Atenção ao sofrimento psíquico na Saúde Mental Coletiva.....	105
2.2.1. As modalidades de clínica na Saúde Mental Coletiva.....	106
3. DAS PSICOTERAPIAS EM GERAL A UMA PSICOTHERAPIA OUTRA: REFERENCIAIS TEÓRICO-TÉCNICOS E ÉTICO-POLÍTICOS NECESSÁRIOS A UMA CLÍNICA DA SINGULARIZAÇÃO.....	108
3.1. As psicoterapias em geral.....	109
3.2. Uma psicoterapia Outra: discussões a partir da Intercessão-Pesquisa.....	111
3.2.1. O sujeito e o inconsciente.....	112
3.2.2. Enlace transferencial: o tratamento de ensaio ou as entre-vistas preliminares.....	115
3.2.2.1. Entrada em psicoterapia: uma clínica sob transferência.....	120
3.2.3. O desejo e [su]a interpretação.....	122
4. NOTAS PRELIMINARES SOBRE A INSERÇÃO DA PSICANÁLISE EM SEU NOVO LÓCUS DE ATUAÇÃO.....	131
4.1. A questão do pagamento.....	131
4.2. O trabalho em equipe inter/transdisciplinar.....	133
4.3. A “emergência” do sujeito: das filas de espera à pronta escuta-recepção.....	138
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS: QUAL O FIM DA PSICOTHERAPIA NA SAÚDE COLETIVA?.....	143
6. REFERÊNCIAS.....	146

## **CONSIDERAÇÕES GERAIS**

<b>NOTAS INTRODUTÓRIAS A UMA CLÍNICA DA SINGULARIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL COLETIVA .....</b>	<b>155</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>162</b>

## PREÂMBULO

O presente trabalho entra em fase de finalização ao mesmo tempo em que vem a lume uma importante contribuição ao campo da Saúde [Mental] Coletiva. Lançado pela editora UNESP, o livro “Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva” (COSTA-ROSA, 2013) é um ponto de chegada, que de maneira alguma é o ponto final, de um campo prático-*teórico* sempre em desenvolvimento, cujo pioneirismo é necessário atribuímos ao prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa, que desde meados dos anos 80 vem propondo a sistematização de uma *análise paradigmática* (lógico-histórico-*estrutural*) das práticas de Atenção ao sofrimento psíquico em instituições públicas de Saúde. Inserida no bojo dessa empreitada, encontra-se a caracterização de uma psicoterapia<sup>1</sup> na Saúde Coletiva referida ao campo teórico-técnico e ético-político de Sigmund Freud e Jacques Lacan. Para fazer frente às práticas autoritárias e alienantes das psicoterapias em geral, tal psicoterapia Outra se apresenta como um dos muitos dispositivos de produção de subjetividade singularizada – almejando, não por acaso, o posto de carro-chefe – no insurgente Paradigma Psicossocial de Atenção ao sofrimento psíquico. É quase desnecessário mencionar que este trabalho não tem a pretensão de dar conta da complexidade das questões que se apresentam ao trabalhador psicólogo, e aos demais trabalhadores-intercessores, no campo da Saúde Mental Coletiva. Se ele abarca, por um lado, questões das mais gerais, por outro, parte de um recorte de Intercessão-Pesquisa – que constatamos não ser pouco! – que se refere à *clínica dos impasses de subjetivação da estrutura subjetiva constituída por recalçamento* (*Verdrängung*), mais comumente, e genericamente, nomeada como “clínica das neuroses”.

A Saúde Coletiva, tendo seu início datado há mais de quatro décadas em países da América Latina, com destaque para o Brasil (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2000), apresenta-se como o que tenta fazer contraponto ao que se convencionou chamar de campo da Saúde Pública. Enquanto esse, centrado no Paradigma Assistencialista Privatista Medicocentrado (MENDES, 1999), surgiu e se fixou a partir dos interesses do Capital – iniciado no Brasil na época da economia agroexportadora, a partir de ações do Estado que visavam tão somente o saneamento dos lugares estratégicos, principalmente os portos, de escoamento da produção capitalista (MERHY, 1987) – o campo da Saúde Coletiva, centrado no Paradigma da

---

<sup>1</sup> A proposta de grafar um novo significante para essa práxis será justificada ao longo do trabalho.

Produção Social da Saúde (MENDES, 1999), de base transdisciplinar, estruturou-se a partir do movimento da Reforma Sanitária, surgido no contexto da redemocratização política do país desde o final dos anos 1970 (PAIM, 2008). A Saúde Coletiva visa superar dialeticamente a Saúde Pública, na medida em que esta se apresenta como o resultado do discurso oficial do Estado capitalista, por definição sintônico com os interesses políticos e socioeconômicos do polo social dominante na luta de classes (COSTA-ROSA, 1987; LUZ, 1979; MERHY, 1987; PAIM, 2008). Trata-se de um paradigma que tem como horizonte uma produção de “saúde” radicalmente diferente, cujos beneficiários principais sejam *de fato* os “sujeitos do tratamento”. Na subárea da Saúde correspondente à Atenção ao sofrimento psíquico, esses paradigmas são, respectivamente, nomeados por Costa-Rosa (2013) como Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) e Paradigma Psicossocial (PPS). Quanto às ressignificações necessárias, temos ainda que dizer que se a “Saúde Mental [Coletiva]” (com iniciais maiúsculas) delimita um “campo” de Atenção ao sofrimento psíquico nas instituições de tratamento (subárea da Saúde), a dita “saúde mental [coletiva]” (com iniciais minúsculas) seja de um indivíduo ou de um coletivo, é – diferentemente do PPHM que a conceitua como um estado ideal passível de se atingir e se instalar – no PPS redimensionada e referida como *processos de subjetivação*, com seus modos, impasses e possíveis *equacionamentos*.

O PPS, dialeticamente contraditório ao PPHM, tal como pretendemos elucidar neste trabalho, será definido como passo além das práticas psiquiátricas reformadas – que se deram em vários países e no Brasil –, mas não sem antes delas se servir. Diferentemente das acepções de “atenção psicossocial” como sinônimo de “reabilitação social”, “apoio psicossocial”, ou ainda como nomeação do conjunto de ações das práticas da Reforma Psiquiátrica brasileira, a Atenção Psicossocial, como o *conjunto de ações desse novo paradigma*, ao partir da psicanálise do campo de Freud e Lacan, e *não só*, como horizonte teórico-técnico e ético-político para sua clínica, conceberá seu ‘objeto’ como sujeito tanto em sua dimensão de “existência-sofrimento” *entre os homens* (carecimento), quanto em sua dimensão de produção de sentido novo como sujeito do inconsciente *entre significantes* (desejo). Para-além do sujeito de direitos (indivíduo cidadão) temos que considerar também o sujeito do [desejo] inconsciente, definido como a própria capacidade de (auto)produção de sentido novo, se tivermos no horizonte ético-político a produção de subjetividade singularizada. Somente desta forma se tornará possível fazer frente à produção de subjetividade alienada e capitalizada – adaptada ao instituído social opressor – típica ao paradigma hegemônico (PPHM) sintônico com o Modo Capitalista de Produção.

A caracterização de uma *clínica da singularização* na Saúde Coletiva, em que uma psicoterapia Outra é apenas um dos muitos dispositivos clínicos necessários, somente poderá partir de referenciais teórico-técnicos e ético-políticos que fizeram a superação dialética do princípio sujeito-objeto, bem como, com isso, a superação dos princípios doença-cura e normal-anormal; em uma palavra: *superação das relações aviltantes de Saber-Poder sobre o outro* – ou disciplinares, no dizer de Michel Foucault. A psicanálise do campo de Freud e Lacan, o Materialismo Histórico de Marx, juntamente com algumas contribuições imprescindíveis da Análise Institucional francesa (Lourau e Lapassade) e da Filosofia da Diferença (de Nietzsche a Deleuze passando por Foucault e Guattari) podem possibilitar tal horizonte ético-político<sup>2</sup> de produção de subjetividade. Neste ponto, será necessário evitar tanto os ecletismos teóricos, conceitualmente pouco rigorosos – que recorrentemente desembocam na criação de “ornitorrincos epistemológicos”<sup>3</sup> – quanto as desavenças e ranços historicamente criados entre tais campos de saber<sup>4</sup>, para que se faça possível uma apreensão transdisciplinar dos fenômenos de que se trata em nossa práxis de trabalho cotidiano, tanto na Saúde Coletiva quanto na Universidade.

Diante de tal proposta de intercessão e pesquisa, uma objeção inicial apresenta-se a nós: é possível uma contribuição da psicanálise à Saúde [Mental] Coletiva, considerando que – como dita a “Verdadeira” psicanálise – esta somente poderia se dar num *setting* específico e

<sup>2</sup> Aqui, nossa hipótese é de que “[...] uma ética desemboca numa política” (LACAN, 2008a, p. 33).

<sup>3</sup> Expressão cunhada em conversa informal, sobre o assunto em questão, com o prof. Dr. Silvio José Benelli, com quem divido a autoria.

<sup>4</sup> Faz-se necessária uma leitura cuidadosa e atenta dos postulados básicos de cada um destes campos teóricos. Quanto a esse aspecto, temos que destacar que um dos diálogos mais tencionados se dá entre a psicanálise e a Filosofia da Diferença (diálogo que, aliás, foi posto em pauta no “I Encontro de Psicanálise e Filosofia da Diferença”, realizado na UNESP – campus de Assis, em 19 de novembro de 2012, organizado por nosso Laboratório de pesquisa). Em “Cinco proposições sobre a psicanálise”, Deleuze (2006) afirma que “a psicanálise é uma máquina já pronta, construída com antecedência para impedir as pessoas de falarem, portanto, de produzirem enunciados que lhes correspondam e que correspondam aos grupos com os quais eles encontram afinidades. [...] [E que] toda máquina analítica é feita para suprimir as condições de uma verdadeira enunciação. O que quer que se diga é preso numa espécie de torniquete, de uma máquina interpretativa, de modo que o paciente nunca poderá ter acesso ao que ele tem realmente a dizer” (p. 345); ora, como não notar que aquilo que Deleuze critica como sendo a psicanálise não passa de uma “psicologia do ego” adaptacionista e, no máximo, da vertente psicologizada da escola inglesa de psicanálise, constantemente criticadas pelo próprio Lacan? No entanto, se por um lado Deleuze enuncia coisas desse teor, bem como quando afirma que “a psicanálise passa por um pequeno número de enunciados coletivos, que são os do próprio capitalismo” (ibidem, p. 346), por outro faz construções interessantíssimas como quando diz que: “para nós [...] o inconsciente deve ser produzido politicamente, economicamente, historicamente. A questão é: em que lugar, em quais circunstâncias, com o auxílio de que acontecimentos [possibilitados por intercessões?], pode haver produção de inconscientes? Por produção de inconsciente entendemos exatamente a mesma coisa que a produção de desejo num campo social, histórico ou a aparição de enunciados e enunciações de um gênero novo” (ibidem, p. 345). E como não ver, nessa última passagem de Deleuze, contribuições e interlocuções importantíssimas com o Seminário “A lógica do fantasma”, no qual Lacan (2008c, p. 350) afirma que “o inconsciente é a política”? Quanto às contribuições de Deleuze a este trabalho, entre outros, destacamos a importância do conceito de “intercessores” (DELEUZE, 1992) *relido* e redimensionado por Costa-Rosa (2008; 2011; 2013a) a partir da psicanálise e do Materialismo Histórico.

*rígido*, a saber, que determina o uso incondicional do divã, uma fixação do tempo e da frequência das sessões, o pagamento em dinheiro, etc.? Como pensou Freud (1996b), é possível uma psicanálise nesse novo *locus* de Atuação? Nossa aposta é de que é somente a partir de Lacan que tal possibilidade se torna tanto exequível quanto potencializada.

Resultante da institucionalização da psicanálise, o *setting* analítico canonizado pela *Internation Psychoanalytical Association* (IPA) passa a ser considerado por Lacan (1998b) como um imperativo dogmático. Dada a sua configuração institucional, regida pelo que Lacan (1992) chamou de Discurso do Mestre, a psicanálise havia sido reduzida a uma deontologia (conjunto de regras), posto que tudo que profanasse esse quadro era visto como qualquer coisa menos psicanálise. No entanto, o próprio Freud já se posicionava contrário a qualquer tipo de “formalismo prático” (LACAN, 1998b, p. 326), posto que “a extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os *processos* mentais e a *riqueza dos fatores determinantes* opõem-se a qualquer mecanização da técnica” (FREUD, 1996a, p. 139, grifo nosso). Se “o pensamento de Freud é o mais perpetuamente aberto à revisão” (LACAN, 2009, p. 9), é porque a teoria e a técnica da psicanálise são impossibilitadas de serem totalizadas, devido à natureza inapreensível daquilo que se encontra no cerne da práxis psicanalítica (TRISKA, 2009/2010): há sempre um “irredutível da experiência” que faz com que os conteúdos da teoria e da técnica estejam em constante revisão. Se por um lado é verdade que são os conceitos que dirigem o tratamento, a recíproca também é verdadeira: é a práxis clínica que (re)cria constantemente os conceitos (LACAN, p. 2008b, 124). De tal forma, não foi por acaso que a revolução operada por Lacan, que culminou na sua excomunhão da IPA em 1963, consistiu em “[re]introduzir o conceito de *ato psicanalítico*”, retirando assim a psicanálise do âmbito das regras para situá-la na esfera da ética” (QUINET, 2000, p. 8, grifo do autor). Portanto, na presente proposta de intercessão e pesquisa, o que definimos como imprescindível, para a possibilidade de uma práxis psicanalítica em um novo *locus* de atuação, é a sustentação da ética da psicanálise como orientadora dos nossos *atos* nos Estabelecimentos institucionais, junto aos “sujeitos do tratamento”, familiares e demais trabalhadores da Saúde Coletiva (COSTA-ROSA, 2011, 2013; FIGUEIREDO; ALBERTI, 2006). Assim, se “a psicanálise só se aplica, em sentido próprio, como tratamento [...] a um sujeito que fala e que ouve” (LACAN, 1998a, p. 758), no campo freudiano o *rigor* de que (e com o qual) *se trata* não se refere ao *setting*, mas à *ética* (LACAN, 1998b, p. 326). A partir dessa perspectiva, independentemente do dispositivo clínico em questão, o que faz uma práxis

---

<sup>5</sup> Que em nosso trabalho também nomearemos como *intercessão analítica*.

psicanalítica, como ação de tratamento do Real angustioso pelas ferramentas do Simbólico (LACAN, 2008b, p. 14), é o fato de haver um sujeito com uma demanda e um trabalhador capaz de operar intercessão nos processos de subjetivação nela presentes, já que “é constante que a psicanálise tenha efeitos sobre *toda e qualquer prática* do sujeito que nela se engaja” (LACAN, 2003a, p. 241, grifo nosso).

Em relação aos trabalhos já produzidos, que tratam mais diretamente do assunto que ora colocamos em questão, encontramos uma heterogeneidade de tipos de pesquisas. Estas variam desde o tipo “revisão bibliográfica” (VICTOR, 2009; VICTOR; AGUIAR, 2011), passando pelo tipo de pesquisa a partir do material colhido pelo recurso de entrevistas com trabalhadores da Saúde Coletiva (FIGUEIREDO, 1997; FERNÁNDEZ, 2001), bem como trabalhos que partiram de uma inserção do próprio “pesquisador” no campo de intercessão (BURSZTYN, 2007; PRATTA, 2010; TENÓRIO, 2001), até trabalhos que conjugaram as duas últimas modalidades de “pesquisa” (BEZERRA, 2013). Apesar da inestimável importância que tiveram para as nossas reflexões, constatamos que esses trabalhos carregam em comum o fato de ainda não visualizarem – com exceção do trabalho de Pratta (2010) que já faz um esboço dessa visualizada – a Atenção Psicossocial como um paradigma de produção de subjetividade dialeticamente diferenciado do paradigma hegemônico, e mesmo da psiquiatria reformada; tanto é que eles se referem à “atenção psicossocial”, acertadamente grafada com iniciais minúsculas, como sinônimo de Reforma Psiquiátrica.

Este trabalho, portanto, é composto por três ensaios. O ensaio é um modo de exposição do saber construído, neste caso, a partir da práxis. Diferentemente do modo tradicional de produção de trabalhos científicos, sua especificidade se encontra no fato de que, como escrita condensada, pretende-se minimamente autossuficiente em relação aos outros capítulos-ensaios que, no conjunto, formam uma coletânea; por outro lado, ainda, a leitura de cada um faz maximizar a compreensão dos demais. As “Notas introdutórias a uma clínica da singularização na Saúde Mental Coletiva”, ao final deste trabalho, é a parte que mais demanda a leitura prévia dos outros ensaios, posto ser uma tentativa de “Considerações Gerais”. Quanto ao tempo verbal utilizado na escrita, ora nos expressamos na primeira pessoa do plural (dado o fato de que o modo de construção do saber do qual partimos é sempre coletivo), ora na primeira pessoa do singular (quando relato alguma passagem de intercessão vivenciada nos últimos cinco anos, como trabalhador psicólogo na Saúde Coletiva, seja na práxis clínica com os “sujeitos do tratamento”, seja na práxis dos “coletivos de trabalho”, em Estabelecimentos institucionais como Centros de Atenção Psicossocial, e, principalmente, Unidades Básicas de Saúde). É importante destacar, inclusive, que o leitor principal que se encontra em nosso

horizonte são os trabalhadores da Saúde Mental Coletiva, já que o trabalho de reflexão teórica de um trabalhador-intercessor-pesquisador visa sempre implementar a formação de novos intercessores para o campo da práxis. Quanto à forma de leitura em seu conjunto, os ensaios tanto podem ser lidos na ordem em que estão dispostos, quanto em outras sequências. Ao leitor menos iniciado no campo da psicanálise freudiana-lacanianiana, sugerimos iniciar a leitura pelo ensaio dois, seguindo pelo ensaio três e, por fim, o ensaio um. Não há, da nossa parte, intenção de que o leitor que ainda não tenha tido um contato anterior com o campo apreenda o que seja a psicanálise nestas páginas que se seguem. Não é nossa intenção explicar a psicanálise. Não só porque qualquer texto que “explique” a psicanálise – sem, com isso, dar margem para que o próprio leitor coloque aí algo de seu, forçando-o a trabalhar – já deixou o âmbito da psicanálise, mas também porque a dimensão do ensino por si somente não garante a *transmissão da psicanálise*. Ademais, o próprio Lacan (2003b) alerta-nos quanto ao fato de que Freud havia sido pouco compreendido, em parte “por causa dele mesmo, por ter querido fazer-se ouvir” (p. 405). Por outro lado, dar-nos-emos por satisfeitos se, tomando de empréstimo mais uma vez as palavras de Lacan (2006), conseguirmos “interessá-los um pouco” (p. 46).

## REFERÊNCIAS

BEZERRA, D. S. **O lugar da clínica na Reforma Psiquiátrica brasileira**: Política e Psicanálise oito anos após a Lei 10.216. Curitiba: Editora CRV, 2013.

BURSZTYN, D. **O tratamento da histeria**: um enigma para a psiquiatria, um desafio para a psicanálise. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Programa de Pós-Graduação em Psicanálise / UERJ, Rio de Janeiro. 2007.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013.

\_\_\_\_\_. Ética e Clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 032, p. 743-757, 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/18.pdf> >. Acesso em: 10 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. **Intercessões e análises sobre o processo de produção saúde-adoecimento atenção no campo psíquico, num território municipal**. Produção de novas tecnologias para o implemento da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde. UNESP/Assis. 2008. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental Comunitária: análise dialética das práticas alternativas.** 1987. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1987.

DELEUZE, G. Cinco proposições sobre a psicanálise (1973). In: \_\_\_\_\_. **A ilha deserta: e outros textos.** São Paulo: Iluminuras, 2006.

\_\_\_\_\_. Os intercessores. In: \_\_\_\_\_. **Conversações.** Rio de Janeiro: ed. 34, 1992. p. 151-168.

FERNÁNDEZ, M. R. **A prática da psicanálise lacaniana em centros de saúde: psicanálise e saúde pública.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

FIGUEIREDO A. C. Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

\_\_\_\_\_.; ABERTI, S. Apresentação. In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.) **Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 127-139.

FREUD, S. Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I) (1913). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. 12. p. 135-148.

\_\_\_\_\_. Linhas de progresso da terapia psicanalítica (1919 [18]). In: **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996b. Vol. 17. p. 201-211.

LACAN, J. Juventude de Gide ou a letra e o desejo (1958). In: **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a.

\_\_\_\_\_. Variantes do tratamento padrão (1955). In: **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b. p. 325-362.

\_\_\_\_\_. Ato de fundação (1964). In: **Outros Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003a. p. 235-247.

\_\_\_\_\_. Radiofonia (1970). In: **Outros Escritos.** Rio de Janeiro: Zahar, 2003b. p. 400-447.

\_\_\_\_\_. **Meu ensino** (1967-1968). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 1: Os escritos técnicos de Freud (1953-54).** 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 2009.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise (1959-60).** 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008a.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964).** 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008b.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 14: A lógica do fantasma (1966-67)**. Centro de Estudos Freudianos do Recife (Publicação não comercial): 2008c.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 17: O avesso da psicanálise (1969-70)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da Saúde. In: \_\_\_\_\_. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 233- 300.

MERHY E. **O capitalismo e a Saúde Pública**. São Paulo: Papyrus, 1987.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_.; ALMEIDA-FILHO, N. **A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa de Qualidade Editora, 2000.

PRATTA, N. **O grupo psicoterapêutico na abordagem lacaniana**: um estudo a partir da análise de uma prática. 2010. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Assis, 2010.

QUINET, A. **As 4+1 condições de análise**. 8. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Marca D'água, 2001.

TRISKA, V. H. O que é a elasticidade da técnica psicanalítica? **asephallus**. Revista eletrônica do Núcleo Sephora, Rio de Janeiro, v. 5, n.9, p. 52-69. 2009/2010. Disponível em: < [http://www.isepol.com/asephallus/numero\\_09/revista\\_9.pdf](http://www.isepol.com/asephallus/numero_09/revista_9.pdf) >. Acesso em: 15 nov. 2013.

VICTOR, R. M. **Da viabilidade da clínica psicanalítica no ambulatório público**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

\_\_\_\_\_.; AGUIAR F. A clínica psicanalítica na Saúde Pública: desafios e possibilidades. In: *Psicologia: ciência e profissão*, v. 31, n. 1, p. 40-49. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n1/v31n1a05.pdf> >. Acesso em: 15 jan. 2013.

## ENSAIO 1

### SUJEITO, SUBJETIVIDADE E “CIÊNCIA” EM FREUD E LACAN: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS PRÉVIAS A UMA INTERCESSÃO-PESQUISA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL COLETIVA<sup>1</sup>

**Resumo:** Tendo a psicanálise de Freud e Lacan como referência principal, buscamos tecer considerações teóricas prévias a uma Intercessão-Pesquisa no contexto da Saúde Mental Coletiva. Para tal, esboçamos as concepções de sujeito e subjetividade, bem como a visão de “ciência” e de produção de saber que se faz eticamente necessária a partir destes conceitos. A psicanálise elucida um sujeito além do *eu*, na medida em que a fala deflagra sempre o furo no discurso. Um sujeito que, por não se esgotar em um significante, emerge sempre do movimento simbólico-criativo-desejante, ao ser representado por um significante para outros significantes. É por ser produzido a partir da cascata de significantes, como enxame de sentido, estando esta em constante movimento, que enunciamos a hipótese do *processamento subjetivo como o que faz extração do gozo angustiante*. Falamos de subjetividade ativa-singularizada, que não cessa de produzir novos significantes: produção de sentidos novos a partir de *efeitos* dos efeitos-sujeito. Com a psicanálise vemos uma revolução paradigmática no campo epistemológico, ao passo que coloca em relevo a produção subjetiva sempre pela via do sujeito, possibilitando uma práxis que se coloca em condições de tratar o Real pelo Simbólico; tratamento sempre parcial, mas não impotente, uma vez que o Simbólico não tem o último significante capaz de *dizer* por completo o Real do sujeito. De tal modo, é a partir da perspectiva da Castração Simbólica que se pode conceber o que podemos denominar um campo “científico” psicanalítico: uma “ciência Outra”. No Dispositivo Intercessor, cujo pilar de sustentação é a psicanálise, a produção do saber na práxis está inevitavelmente atrelada a um “saber-se” por parte do sujeito, capaz de operar equacionamentos nos sintomas e demais impasses de subjetivação. Quanto ao saber da pesquisa, esse é produzido *a posteriori* e corresponde a uma reflexão de estatuto epistemológico sobre o processo de produção do saber na práxis clínica e institucional, em sua relação com as questões que motivaram a pesquisa.

**Palavras-chave:** Sujeito; Subjetividade; Modos de Subjetivação; Paradigma Científico; Psicanálise.

---

<sup>1</sup> Trabalho elaborado a partir de uma práxis de intercessão em Estabelecimentos públicos de Saúde, bem como das discussões *teóricas* realizadas no “Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e ‘Subjetividadesaúde’” (UNESP-Assis). Uma versão inicial desse ensaio foi enviada à revista “Mal-Estar e Subjetividade” (UNIFOR), onde se encontra em fase de apreciação para publicação.

Para que serve a consciência, se é supérflua para tudo que é essencial? (NIETZSCHE, 2006, p. 220).

Com Freud faz irrupção uma nova perspectiva que revoluciona o estudo da subjetividade e que mostra justamente que o sujeito não se confunde com o indivíduo (LACAN, 1985, p. 16).

Em se tratando do Homem só há produtores de conhecimento, portanto, não pode haver conhecimento do outro como objeto que não seja colonização aviltante (COSTA-ROSA, 2013b, p. 123).

## 1. INTRODUÇÃO

Se existe uma contribuição da psicanálise para a clínica da Saúde Mental Coletiva (SMC), como previa o próprio Freud (1996c) no início do século passado, esta já vem se configurando, mesmo que timidamente, nas últimas quatro décadas no contexto das propostas substitutivas ao que se convencionou chamar de Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM). É a partir da psicanálise de Freud, revigorada e potencializada pela ótica de Lacan, que podemos vislumbrar uma clínica que tem em seu horizonte a produção de subjetividade singularizada e, por conseguinte, *os efetivos equacionamentos dos sintomas e impasses psíquicos* que se apresentam no campo. Partimos da perspectiva de que a psicanálise, a despeito de não ser o único, apresenta-se como o principal referencial teórico-técnico e ético-político para uma *clínica dos processos e impasses de subjetivação* na SMC.

Seguindo a proposta de Costa-Rosa (2013e), utilizamos a concepção de “intercessor encarnado” para fazer referência ao trabalhador necessário ao horizonte ético-singularizante do Paradigma Psicossocial (PPS), paradigma que desponta como sendo dialética e *rigorosamente* alternativo ao seu antípoda: o PPHM<sup>2</sup>. Lançamos mão do significante “intercessão”, pinçado da filosofia de Deleuze (1992), e o (re)lemos principalmente – mas não somente, como veremos – a partir da psicanálise, com a hipótese de que com isso maximizamos sua potência em termos de produção de subjetividade singularizada junto aos

---

<sup>2</sup> Importante frisar que a partir da proposta de análise paradigmática de Costa-Rosa (2000, 2013a, 2013e) [re]definimos a Atenção Psicossocial como *conjunto de ações* de um novo paradigma, o PPS, cuja insurgência ainda está em curso; vislumbrado, portanto, como um passo além do *conjunto de ações* operado pela Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb). Esta, apesar das importantíssimas mudanças que operou até o presente momento histórico, apresenta-se como um conjunto de práticas ainda intermediárias entre o PPHM e o PPS. Nossa hipótese base, igualmente à de outros importantes autores (BEZERRA, 2013; FIGUEIREDO, 1997, 2004; ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006; RINALDI, 2005, 2006; RINALDI; BURSZTYN, 2011; QUINET, 2006; VIGANÔ, 1999), é de que, apesar de operar certa ampliação da clínica no sentido da diversificação dos dispositivos clínicos, à RPb faltaria ainda uma ampliação da clínica *stricto sensu*, a partir da ampliação da concepção de *sujeito*. No entanto, o que esses autores ainda não visualizam – sendo por isso mesmo que não diferenciam a RPb da Atenção Psicossocial – é que tal ampliação operaria uma transposição paradigmática, delineando, com isso, um estatuto teórico-técnico e ético-político Outro ao campo da Atenção (PÉRICO; COSTA-ROSA, 2013).

“sujeitos do sofrimento” e aos coletivos de trabalho institucional. Partindo dessa perspectiva (COSTA-ROSA, 2008a, 2013e; STRINGUETA; COSTA-ROSA, 2007) definimos a “intercessão” como sendo o *ato analítico* operado por um trabalhador como “intercessor encarnado” (COSTA-ROSA, 2012, 2013e), qualquer que seja sua formação profissional, posicionado a partir dos horizontes de produção subjetiva da *ética psicossocial*, definida por Costa-Rosa (2013e) com base nas éticas psicanalítica e marxiana: perspectiva que tem no horizonte a singular[iz]ação do sujeito, considerando, para tal, a produção de sujeito e subjetividade enquanto “processamento subjetivo”, passando necessariamente pela implicação subjetiva (LACAN, 2008a) e sociocultural (COSTA-ROSA, 2000, 2012, 2013e).

Devemos conceber o Dispositivo Intercessor, como Intercessão-Pesquisa, em dois momentos específicos: a Intercessão (Dispositivo Intercessor como Modo de Produção de subjetividade singularizada – DImpss), que “visa” à produção de subjetividade singular “protagonizada” pelo indivíduo e o *sujeito*<sup>3</sup>, tendo seus meios teórico-técnicos orientados, sobretudo, pela ética freudiana; e a Pesquisa (Dispositivo Intercessor como Modo de Produção do “conhecimento” – DImpc) que visa, *a posteriori*, produzir o saber sobre o processo de produção do saber na práxis. A Intercessão, como Modo de Produção de subjetividade, é possível, bem como necessária, em dois planos: no campo da [ampliação da] “psicanálise em intensão” junto aos sujeitos em tratamento psíquico (nas psicoterapias individuais, psicoterapias de grupo, oficinas de reconstrução subjetiva, acompanhamentos terapêuticos, coletivos de tratamento ou “espaços de ambiência intercessora”, entre outros dispositivos clínicos); e no plano da “psicanálise em extensão” nos coletivos de trabalho das instituições<sup>4</sup> (trabalho em equipe inter e transdisciplinar). Estes dois momentos bastante delimitados do DI são inspirados no horizonte ético da psicanálise que visa o drible dos discursos da Opressão/Reprodução (Discurso do Mestre, Discurso da Universidade e Discurso do Capitalista<sup>5</sup>) no qual se baseia sobremaneira a Ciência, para somente assim possibilitar a

<sup>3</sup> Falar em “protagonismo do sujeito”, na perspectiva da psicanálise, sem os esclarecimentos necessários, pode nos levar a um equívoco teórico. Assim, é importante destacar, como veremos ao longo deste ensaio, que o sujeito do [desejo] inconsciente não é entificável, dado que é acontecimento fugidio, aparecendo e já se apagando, no entre significantes. Trata-se do “sujeito definido como efeito do significante” (LACAN, 2008b, p. 203). O “protagonismo do sujeito” expressa o fato de que é o *sujeito* – enquanto *isso* que pulsa entre dois significantes [S<sub>1</sub>-S<sub>2</sub>] e coloca o sentido em movimento na produção de sentido novo: “S<sub>1</sub>(S<sub>1</sub>(S<sub>1</sub>(S<sub>1</sub>→S<sub>2</sub>)))” (LACAN, 2008c, p. 154) – que ocupa o lugar do trabalho no dispositivo analítico. Por outro lado, cabe ainda considerar que esses processos são “encarnados” num ente, ou seja, no “indivíduo que é afetado pelo inconsciente” (ibidem, p. 152). Assim, ao falarmos do “protagonismo do sujeito” fazemos uma menção à tese freudiana fundamental do “indivíduo mais o inconsciente”.

<sup>4</sup> Quanto a esse aspecto confira alguns trabalhos importantes já produzidos (GALIEGO, 2013; PEREIRA, 2011; STRINGUETA; COSTA-ROSA, 2007).

<sup>5</sup> Aqui fazemos referência à teoria dos Discursos como laços sociais de produção introduzidos por Lacan no “Seminário livro 17: o avesso da psicanálise” (LACAN, 1992b). Para um exame mais detalhado sobre o assunto

colocação do sujeito no seu devido lugar de trabalho e “protagonismo” no processo de produção de subjetividade. Desta Forma, “é então indispensável que o analista[-intercessor] seja ao menos dois. O analista para ter efeitos [DImpss] e o analista que esses efeitos teoriza [DImpc]” (LACAN, 1974-75/Lição de 10/12/1974).

O conceito de intercessão ganha sua importância maior ao tomarmos os fenômenos que se nos apresentam como “processos de subjetivação”, ou seja, como subjetividade em movimento significante; o que nos leva necessariamente para além do princípio doença-cura (psicopatologia), bem como da ética da adaptação social, caros ao PPHM. Dado o fato de que os possíveis impasses que esses processos podem apresentar noticiam certa parada na produção de sentido novo, a intercessão tem como *intensão* ética a *[re]tomada da movimentação significante*, necessária às demandas de processamento subjetivo advindas das injunções (impasses subjetivos) do Real (pulsão) e da realidade subjetiva (sócio-imaginária-simbólica).

As possibilidades de intercessões nos impasses de subjetivação e nos coletivos de trabalho pressupõem um trabalhador precavido principalmente, mas não exclusivamente – já que se trata de um trabalho em instituições<sup>6</sup> –, pela psicanálise. A pertinência ética da utilização do Dispositivo Intercessor como Intercessão-Pesquisa no campo da SMC se dá a partir da necessidade de se pensar a especificidade de tal clínica que, diferentemente do locus tradicional da psicanálise, está inserida em instituições, fato que não é sem implicações importantes (FREUD, 1996b; 1996f; OURY, 2009). É nesses termos, inclusive, que nos permitimos falar de ampliação do campo da “psicanálise em intensão” (COSTA-ROSA, 2012; ELIA, 2010).

O presente ensaio tem como objetivo tecer algumas considerações teóricas prévias a uma Intercessão-Pesquisa (*Práxis-Theoria*) no contexto da SMC, sobretudo a partir da psicanálise como espinha dorsal desse novo Modo de Produção de subjetividade e pesquisa. Faz-se necessário, portanto, passarmos pelas conceituações de sujeito e subjetividade, como

---

ver o “subitem 3.1” e o “subitem 3.2” do ensaio “Do Terapêutico Alienante ao Analítico Singularizante...” nesta dissertação.

<sup>6</sup> Segundo Costa-Rosa (2000, 2008a, 2013a), para lidar com as dinâmicas institucionais, um trabalhador-intercessor deverá estar instrumentado por outros campos básicos de saber: o Materialismo Histórico (MARX, 1984, 1993; FIORAVANTE, 1978; ALTHUSER, 1984; ALTHUSSER; BADIOU, 1979), a Análise Institucional (LOURAU, 1975; LAPASSADE, 1977) e a Filosofia da Diferença (DELEUZE, 1992). Essa necessidade já é indicada por Freud (1996f, p. 144) quanto à “aplicação” da psicanálise em outros contextos possíveis. Do Materialismo Histórico, por exemplo, vemos ressoar essa necessidade recomendada por Freud, já que se “[...] a alienação não se revela apenas no resultado, mas também no *processo da produção*, no interior da própria *atividade produtiva*” (MARX, 1993, p. 161, grifo do autor), *um trabalhador-intercessor, necessariamente, nunca poderá ser um trabalhador alienado* quanto às especificidades do Modo de Produção da Atenção da qual faz parte, bem como da natureza dos efeitos ético-políticos produtivos desse Modo. A esse respeito confira o ensaio “Do Terapêutico Alienante ao Analítico Singularizante...” nesta dissertação.

concebidos pela psicanálise do campo de Freud e Lacan, bem como pela visão de “ciência” e da *especificidade* da produção de saber que se faz possível, e *eticamente necessária*, a partir desta perspectiva. Ao fim deste percurso temos a intenção de apresentar algumas considerações acerca de nossa hipótese de trabalho segundo a qual a psicanálise, como clínica e como pesquisa, provém necessariamente das concepções de *sujeito* e de subjetividade. Do mesmo modo, pretendemos versar sobre como a psicanálise se posiciona quanto às possibilidades de produção do saber, ou seja: o quê, o quanto e como é possível saber; considerando, obviamente, a especificidade do *saber do qual se trata* na Intercessão (DImpss) e do saber *teórico* que se produz na Pesquisa *a posteriori* (DImpc).

### 1.1. O sujeito des-vendado

O que eu não sou, eu sou [...]; pois “eu” é apenas um dos espasmos instantâneos do mundo (Clarice LISPECTOR, 2009, p. 178).

Certa palavra dorme na sombra / de um livro raro. / Como desencantá-la?  
 É a senha da vida. / A senha do mundo. / Vou procurá-la.  
 Vou procurá-la a vida inteira / no mundo todo.  
 Se tarda o encontro, se não a encontro, / não desanimo, / procuro sempre.  
 Procuro sempre, e minha procura / ficará sendo minha palavra.  
 (Carlos Drummond de ANDRADE, 2007. p. 854).

Uma concepção de sujeito tão *sui generis* como a que propõe a psicanálise só foi possível após o advento da Ciência Moderna, preconizada pelo racionalismo cartesiano no séc. XVII (LACAN, 1998a). Para que um sujeito pudesse ser chamado de volta à sua casa no inconsciente, foi imprescindível a concepção de *outro* sujeito, suposta-mente *consciente* da certeza da realidade e de si mesmo; sujeito *res cogitans*. Há uma relação necessária entre o sujeito tal qual enunciou Descartes e o sujeito que Freud veio desvendar, no início do século XX (LACAN, 2008b). Entretanto, trata-se de uma relação de superação dialética, posto que faltou a Descartes saber que basta falar para haver *alíngua* do sujeito do [desejo] inconsciente (LACAN, 1986, p. 17). Se a psicanálise pode ser considerada um dos efeitos reativos da Ciência, não sendo, portanto, integrante do seu campo epistemológico, é por operar uma subversão de tal campo pelo viés do *sujeito* concebido de modo novo.

Em Viena, antes de Freud, buscava-se investigar nas histéricas o sujeito cartesiano. Nada encontravam, pois o importante se passava em *Outra cena*. Foi assim que Freud decidiu dar voz ao que se apresentava para além da razão: o irracional, *nonsense*, estranho-familiar (*das Unheimlich*). É este ato de Freud que abre possibilidade para o advento do sujeito do [desejo] inconsciente, até então amordaçado, rejeitado por um discurso que eleva a razão e

despreza tudo o que não se oferece como claro, límpido<sup>7</sup>. Para Soler (1997), Freud subverte o sujeito cartesiano, pondo-o de cabeça para baixo e, ao tomar o sujeito cartesiano pelo avesso, traz à tona a diz-mensão (*dit-mension*) subjetiva, a dimensão do *dizer* para além do *dito*. Assim, é para o sujeito recusado pelo racionalismo científico que Freud vai se voltar. O *Cogito*, a partir da psicanálise, não é mais o lugar da verdade do sujeito; é senão seu desconhecimento, imagem (re)velada ou equivocada de *si mesmo*. Apesar de Freud não ter feito referência direta a uma concepção de sujeito (FINK, 1998), esta pode ser possível por ser suposta nas entrelinhas do texto freudiano; questão da qual muito se ocupou Jacques Lacan ao longo de seus Seminários e Escritos.

De início, vejamos o que nos diz o poeta: “de dia as coisas ficam em suspenso [...]. De noite a sua casa não é sua. E range como um navio [...]. Você é uma casa que mal conhece, você tem quartos em que nunca entrou” (Luis Fernando VERÍSSIMO, 1984, p. 93)<sup>8</sup>. O sujeito desvendado por Freud é o que deflagra a terceira grande ferida narcísica na onipotência humana, depois de Copérnico e Darwin: a partir de então o *eu* não é mais mestre absoluto em sua própria casa (FREUD, 1996c). Ferida que foi, e ainda é, a responsável pelas implacáveis resistências à psicanálise, principalmente no período histórico contemporâneo de uma Formação Social Subjetiva caracterizada por uma profunda ojeriza à angústia e à dor. Naquilo que Lacan batizou de “a trilogia do significante”, ou seja, “A interpretação dos sonhos”, “A psicopatologia da vida cotidiana”, “Os chistes e sua relação com o inconsciente”, Freud enuncia que paralelamente ao discurso do *eu*, num Outro discurso, um *sujeito* (que já gritava tanto nas fogueiras da inquisição quanto em Salpêtrière) “pede” vez e voz<sup>9</sup>. Isso o fez perceber que há um discurso além do discurso, na medida em que os tropeços do discurso consciente deflagram um “bater à porta”, intenções inconscientes que atropelam e descentram o *eu* que fala: “por que será que disse *isso* quando conscientemente pretendia dizer aquilo outro?” Disso, aliás, decorre o princípio fundamental do qual parte o psicanalista: o

<sup>7</sup> Como fica bem explícito no “Discurso do Método” de Descartes (1996), no qual apresenta os seus preceitos para bem conduzir a razão: “jamais acolher alguma coisa como verdadeira que eu não conhecesse evidentemente como tal [...] e de *nada incluir em meus juízos que não se apresentasse tão clara e tão distintamente a meu espírito, que eu não tivesse nenhuma ocasião de pô-lo em dúvida*” (p. 78, grifo nosso).

<sup>8</sup> Ao passo que, como refere Lacan (2006) em uma das suas muitas interpretações do *wo es war soll ich werden* freudiano, “ali onde era o reino do sono, eu [*je*] devo advir, devir” (p. 93).

<sup>9</sup> Sujeito que, historicamente, nunca escapou de novas tentativas de ser amordaçado. Haja vista as psicologias da ideologia do *eu* forte (“psicologia do ego” estadunidense), supostamente inspiradas na psicanálise, tão criticadas por Lacan, e as desastrosas traduções da obra de Freud para o inglês britânico, como se a própria tradução dos textos freudianos tivessem passado pela deformação [onírica?] do *Über-ich* científico-positivista. Aliás, se assim fosse, o consentimento de Freud em relação à tradução, considerando o fato de que dominava muito bem a língua inglesa, teria sido reflexo de uma formação de compromisso como única possibilidade de tal tradução ser admitida na consciência “eucrática” cientificista? Seria exagero, portanto, falarmos em termos de uma “tradução sintomática” ao modo de um retorno do recalçado?

analisando, como qualquer sujeito que tome a palavra, *diz* sempre mais do que pensa saber. O saber inconsciente, apesar de ser estruturado como *uma* linguagem, possui sua própria gramática, diferente da consciente, à mercê do *processo de funcionamento primário* caracterizado pelos mecanismos de condensação e deslocamento, que Lacan relacionou, respectivamente, às figuras linguísticas da metáfora e da metonímia. Assim, por exemplo, uma palavra que é anagrama de outra é um “prato cheio” para uma das formações de compromisso, entre o desejo e a censura, para enganar o *eu* consciente e realizar uma satisfação substitutiva. Formações com as quais o *eu* do sujeito se acomoda – ao preço de se alienar – para não responder diretamente diante de um impasse subjetivo, “não responder” que Freud (1996e) chamou de “covardia moral” (fuga para a neurose) e Lacan (1991) formulou como um “ceder em seu desejo singular”. Trata-se de uma resposta subjetiva a partir de onde o indivíduo acaba por *mais repetir* (mais-gozar) que diferir (desejo): dimensão da alienação à linguagem, que tende ao sentido tautológico, ao passo que em tal modo de responder aos impasses de subjetivação – que Freud qualificou como neurótico – enquanto o *eu* pensa que utiliza os significantes para dizer de si são os significantes que falam por “ele”. Dimensão da alienação à linguagem onde o sujeito é refém do poder de repetição do significante (QUINET, 2008). É por isso que em tal configuração subjetiva, ao recalcar sua dimensão de sujeito do [desejo] inconsciente, o *eu* não é dono da casa que habita: ali onde é alienado aos significantes é joguete do desejo do Outro. E se os sintomas-que-fazem-sofrer são resultados [da falha] do recalçamento de certos impasses subjetivos angustiosos, trata-se então de maximizar, pela regra da livre associação, as possibilidades de sua aparição e, conseqüentemente, as possibilidades do equacionamento desses impasses. Mas como isso se processa em um tratamento analítico?

Esse discurso além do discurso consciente é o que aparece vindo de outro lugar: do lugar do inconsciente que Lacan chamou de discurso do Outro barrado. As formações oníricas, os chistes, os lapsos, as vertentes do sintoma, enfim, as formações do inconsciente, podem aparecer como significantes-mestre ( $S_1$ ) que representam o sujeito do [desejo] inconsciente ( $\mathcal{S}$ ) para outros significantes ( $S_2$ ). O surgimento de um  $S_1$  qualquer na fala do sujeito – em transferência com um analista capaz de sustentar uma posição vazia de Saber-Poder – é o que traz um sentido novo cuja característica principal é a de não ser fixo, porque ele só faz remeter, por livre associação, a outros significantes ( $S_2$ ). Em outros termos, isso quer dizer que o analista, abstendo-se de saber pelo outro, possibilita com que o sujeito continue deslizando na sua cadeia significante e possa entrar em trabalho de decifração dos sintomas. Somente desta forma as aparições de saber inconsciente ( $S_1$ ) na fala de um

indivíduo em análise, que são situações em que *isso* fala dele (e nele), serão *potenciais* aberturas subjetivas para o sentido novo capaz de extração de gozo angustioso. Portanto, se o sintoma é concebido como o que porta um saber ainda não sabido, *o sujeito do [desejo] inconsciente, que pulsa forçando entrada, é, pois, essa ocorrência perturbadora no domínio da consciência do eu que revela o inconsciente como discurso do Outro, fazendo com “isso” deslocamento de sentido.*

A psicanálise elucida, portanto, um sujeito além do *eu*, posto que “atrás do que diz um discurso, há o que ele quer dizer, e, atrás do que quer dizer, há ainda um outro querer-dizer, e *nada será nunca esgotado*” (LACAN, 2009a, p. 314, grifo nosso). Um sujeito sempre dividido pela linguagem; pelo desconhecimento de uma dimensão de *si mesmo* da qual só pode vir a se apropriar, mesmo que sempre em parte, pela tomada constante da palavra. Sujeito que, diferentemente do cartesiano, *é* justamente onde não pensa ser. De tal modo, a noção de um sujeito psicológico identificado com a consciência – como a totalidade do que é psíquico – cai por terra, pois, depois de Freud, “o *eu* não é o lugar da verdade do sujeito, mas a *imagem* que o sujeito tem de *si mesmo*” (GARCIA-ROZA, 1998, p. 211, grifo nosso); imagem que será sempre a de *outro* e nunca a de *si mesmo*, já que *si mesmo* sempre se perde na tentativa de ser nomeado. É por isso que quanto mais nos afirmamos como *eu*, mais nos alienamos.

O sujeito pode apresentar-se nos processos de subjetivação de duas formas: como sujeito alienado (*dimensão da alienação imaginária*), refém do poder repetitivo dos significantes do desejo do Outro e como sujeito singularizado (*dimensão da separação simbólica*), como o que assume o seu próprio desejo singular para além do desejo do Outro. Na primeira forma, “o desejo é o desejo do Outro”, na segunda o desejo é desejo de Outra coisa (desejo como diferir constante, já que em tal dimensão os significantes capazes de representar os objetos do desejo estão sempre se deslocando). Linguagem pressupõe desejo e vice-versa: “a linguagem é permeada pelo desejo e o desejo é inconcebível sem a linguagem” (FINK, 1998, p. 73). Se todo sujeito inserido na linguagem é impulsionado por desejo, resta saber se este está mais preso ao imaginário ou mais livre por sua relação com o simbólico.

O desejo inconsciente, *na dimensão da alienação* – que neste trabalho referimos como imaginária-tautológica-demandante –, é o desejo do Outro: dos outros (mãe, pai, irmãos, avós, entre *outros*) elevados à condição de Outro. Outro com letra maiúscula, pois esses desejos são expressos, transmitidos e gravados – e por que não, cravados? – por significantes. Portanto, se ele é pela linguagem tornado sujeito, é ao custo de ser eclipsado na inicial e inevitável

alienação aos significantes da demanda do Outro (como primeiro tempo da causação do sujeito).

Somos alienados na medida em que somos falados por uma linguagem que funciona, de certa forma, como [...] um dispositivo de gravação/montagem com vida própria; na medida em que nossas necessidades e prazeres são organizados e canalizados [...] pelas demandas de nossos pais (o Outro como demanda); e na medida em que nosso desejo surge como o desejo do Outro (ibidem, p. 9).

Nessa versão do sujeito temos o “sujeito como fixado, como sintoma, como um *modo repetitivo* [tautológico] e sintomático de ‘desfrutar’ o gozo” (ibidem, p. 11).

Por outro lado, suponhamos um sujeito que, por não suportar mais viver na alienação imaginária do desejo alienado, a partir de uma angústia que irrompe, chega ao ponto de demandar um tratamento e encontra um trabalhador eticamente precavido pela psicanálise. Esse sujeito terá a possibilidade de advir em sua singularidade se a ele for dada uma oferta transferencial que possibilite com que chegue a fazer uma demanda de análise propriamente dita, que se dá quando, para além da demanda de alívio imediato, entrega-se ao deslize da associação livre. Esta maximiza as possibilidades de aparição do saber inconsciente, responsável pela decifração e cifração dos sintomas e o equacionamento dos impasses subjetivos em questão. Na situação clínica-analítica, impulsionado por uma causa pulsional (a), o sujeito é o que aparece no discurso consciente do analisante como um lampejo (*nonsense*) no vazio entre-significantes ( $S_1 - \mathcal{S} - S_2$ ): o significante-mestre ( $S_1$ ) como enxame de significante, este que representa o sujeito para outros significantes ( $S_2$ ), é o que coloca o sentido em movimento, a partir do *nonsense* que é a abertura para o sentido novo. Somente dessa forma ele conseguirá ir além da versão de sujeito fixado na alienação aos significantes, ao passo que for decifrando o enigma do desejo do Outro que o determina. Em última instância, essa des-*fixação* pode vir a se dar posto que, na *dimensão da separação simbólica* – que neste trabalho referimos como simbólica-criativa-desejante –, o sentido não tende à totalização, isso porque o significado é representado por outro significante que sempre remete a outros significantes:

Tomemos um significante e fixemos seu significado com um significante. Se, em seguida, formos definir este último, vamos encontrar outro significante, e assim por diante. O inconsciente é constituído dessa forma: pelo desfilamento dos significantes, que deslizam sem cessar não se detendo em significados (QUINET, 2008, p. 30).

Assim, o sujeito do [desejo] inconsciente não se esgota em um significante (já que esse somente o representa de forma pontual e evanescente), mas emerge das relações produzidas dentro de uma cadeia significante, estando esta, necessariamente, em constante movimento. “O sujeito não é outra coisa [...] senão o que *desliza numa cadeia de significantes*. Este efeito, *o sujeito, é o efeito intermediário* entre o que caracteriza um significante e outro significante” (LACAN, 2008c, p. 55, grifo nosso). Deslize, tanto no sentido da escorregadela, do equívoco, quanto no sentido de mutação. *O efeito singularizante do inconsciente se processa no fato de que deslizamos nas palavras*. Assim sendo, o engano, que *leva ao pior* da alienação, é acreditar que se é aquilo, e somente aquilo, que em um determinado momento nos dá um sentido; haja vista que o sentido de natureza estática, tautológica, é sempre imaginário, portanto, enganoso. Na dimensão do desejo singular não há uma única significação que se sustente senão remetendo sempre a outra significação (LACAN, 1998b, p. 628), posto que “[...] a significância é algo que se abre em leque” (LACAN, 2008c, p. 25). Nossa experiência como falantes nos mostra que tão logo tomamos a palavra começamos a perder a essência daquilo que pretendíamos dizer, sendo por isso mesmo que a dimensão simbólica-criativa-desejante nos proporciona o sentido em movimento, e, com isso, a possibilidade de compreendermos e de fazer-nos compreendidos, mesmo que parcialmente. Um dos principais recados deixados por Freud e Lacan foi de que não nos relacionamos com as coisas. Relacionamo-nos, pois, com os significantes incumbidos de representá-las, todavia, sem nunca conseguirem por completo. Se não é da natureza do significante representar fixamente um significado suposto “como poderia eu dizer sem que a palavra mentisse por mim?” (Clarice LISPECTOR, 2009, p. 178). Em Freud e Lacan, a representação deve ser entendida como uma construção que dá ao mundo e ao próprio sujeito (na dimensão simbólica-criativa-desejante) um sentido sempre novo, colorindo-os com significações diversas, sem que nenhuma possa ser apontada como última e verdadeira. Haveria, por isso, um hiato insuperável entre o que se procura e o que se encontra como suposto resultado dessa procura, justamente porque o significado – em última instância por ser Real – só pode ser passado às voltas pelo significante. O mundo jamais pode ser visto a olho nu. Se algo pode ser visto é somente representado; e no processo de aceder ao significante algo fica estruturalmente fora da significação. Por *isso*, há fantasia. E por *isso* ela é fundamental ( $\$ \diamond a$ ). De tal modo, como referiu Lacan, a única possibilidade para o significante é tentar morder (simbolizar, metaforizar, neutralizar) o Real angustioso. “Aliás, a linguagem come o real” (LACAN, 2007, p. 31). Essa tentativa incessante – impossível [em sua totalidade], mas não impotente [em parte] – é o que caracteriza a plasticidade simbólica

necessária aos equacionamentos singularizantes dos também incessantes impasses de subjetivação que sempre se colocam para um indivíduo na *dimensão do desejo singular*, ou seja, na “*perspectiva de deslizamento perpétuo de sentido* que todo discurso que almeja abordar a realidade [de forma singular] é obrigado a se manter” (LACAN, 1999, p. 83, grifo nosso).

## 2. O SUJEITO NA ALIENAÇÃO E NA SEPARAÇÃO: LACAN ALÉM DE FREUD

Ao crescer o indivíduo liberta-se [separa-se] dos pais [...]. Existe, porém, uma classe de neuróticos cuja condição é determinada visivelmente por terem falhado nessa tarefa (FREUD, 1996a, p. 219).

No Seminário 11, Lacan enuncia o que ele entende por processos referentes ao advento do sujeito: a *alienação* e a *separação* como “as duas operações fundamentais em que convém formular a causação do sujeito” (LACAN, 1998d, p. 854). No início do *processo de constituição primária*, o *infans*<sup>10</sup>, como condição para sua entrada no Simbólico e no laço social, pode vir a abdicar da sua condição de Ser todo-gozoso, sem-sentido, diluído no mortífero *Desejo da Mãe-incondicional*. O próprio corpo, primeiramente vislumbrado como imagem, é inscrito no significante, posto que o banho na linguagem cifra o corpo puramente pulsional, gozante, fazendo-o advir também como corpo no imaginário e no simbólico. Tal possibilidade depende necessariamente de uma conjuntura favorável, relativa ao posicionamento do Outro da maternagem na relação com o seu desejo<sup>11</sup>. Trata-se de um momento fundamental, mais lógico que cronológico, onde ou se “nega” a entrada na subjetividade enquanto “ser” de e na linguagem – situação diante da qual temos o autismo como possibilidade mais aproximada –, ou se “escolhe” a alienação ao significante. No entanto, “ponham esse *escolher* entre aspas, porque o sujeito é tão passivo quanto ativo nisso, pela simples razão de que não é ele quem manipula as cordinhas do simbólico” (LACAN, 1999, p. 192, grifo do autor). Lacan versa sobre um momento crucial onde está em jogo uma “escolha forçada”: ou nada [de sentido] ou uma parte [de sentido]. A “escolha” é forçada já que a “alienação é o destino” daquele que fala (SOLER, 1997, p. 62). Assim, “perde-se” para poder ganhar. Para tematizar essa “escolha forçada”, Lacan (2008b, p. 207) propõe o “dilema

<sup>10</sup> Do latim: aquele que não fala.

<sup>11</sup> Percebemos que a própria ambiguidade quanto ao desejo, na semântica dessa frase, que não nos permite dizer com segurança sobre a qual desejo estamos nos referindo – se ao da mãe-mulher ou ao da criança – já expressa o fato do desejo do homem surgir *alienado* ao desejo do Outro. Resta-nos saber se essa seria a única possibilidade. A ética da psicanálise propõe que se vá além das amarras (fixações, diria Freud) do desejo do Outro; ou seja, no sentido disso que estamos referindo como “dimensão simbólica-criativa-desejante” ou “Separação do Outro”. Assim, “se no modo de relação imaginária o desejo do sujeito era forçado a se alienar no outro, a partir da emergência do simbólico ele pode ser mediado pela linguagem” (GARCIA-ROZA, 1998, p. 146).

da bolsa ou a vida”, explicitando metaforicamente a condição inevitável àquele que se constitui como sujeito no Simbólico: diante do ladrão, que promete matar se não entregar a bolsa com o dinheiro, o sujeito só pode ser *forçado a escolher* pela vida em sua “falta-a-ser”<sup>12</sup>. A entrada no Simbólico, referida como *separação*, possibilita o desejo, ao passo que barra o gozo do Um totalizador Real-Imaginário.

Há sempre uma entropia inerente à produção, como perda *estrutural* do objeto primário de gozo, e à reprodução da “máquina humana de subjetivar”. Na reprodução da máquina, ou seja, nos processos de subjetivação ao longo da vida, a entropia, que Lacan chamou de “mais-gozar”, será tanto maior em um sujeito quanto mais ele for alienado, fixado, aos significantes do Outro como o que o determina, situando-o mais na estagnação imaginária-tautológica-*demandante*. Se a vida só é possível sem a “bolsa”, esta poderá ou ser *imaginária e repetitivamente demandada* (sujeito na dimensão da alienação) ou *simbólica e incessantemente deslocada* para o horizonte, condensada naquilo cujo semblante Lacan chamou de objeto *a*, como o que faz *pulsação* simbólica-criativa-*desejante* (sujeito na dimensão separação).

Mesmo que o sujeito, no processo primário de constituição subjetiva, venha a se separar *estruturalmente* do Outro, é mais comum que a separação se processe de forma insuficiente; o que o mantém sobremaneira na dimensão subjetiva da alienação. Eis do que *se trata* na neurose. Desta forma, a *alienação imaginária* ao Outro, remanescente no sujeito, passa a ter a função de tamponamento, de velamento de aspectos angustiantes que somente seriam equacionados com uma maximização da operação da *separação simbólica*. O sujeito ingressa no Simbólico e no laço social, mas com recursos de subjetivação que tendem à estaticidade, à tautologia típica ao registro Imaginário. É o sujeito em sua “normalidade” – que no plano ético-político apresenta-se como (re)adaptação ao instituído social opressor –, que vive e age sem se questionar, posto que os *sintomas* – inclusive à custa de *inibições* diversas – fazem sua função de velamento da *angústia* (FREUD, 2006) que, nem por isso, deixa de eventualmente aparecer de forma paroxística. Nossa hipótese, a partir da psicanálise, é de que aqueles que demandam tratamento na Saúde Coletiva são acometidos por impasses da subjetivação ocasionados por um gozo angustioso que se desvela dado à *perda da funcionalidade adaptativa do sintoma*. No entanto, no paradigma de Atenção hegemônico (PPHM), onde o indivíduo impulsionado pela angústia – que é a manifestação clínica-

---

<sup>12</sup> O *parlêtre*, proposto por Lacan, sugere duas traduções possíveis para a língua portuguesa: o “falasser” e o “falta-a-ser”. Propomos que uma tentativa de tradução, capaz de abarcar tal polissemia do conceito, poderia ser grafada como “fal[t]a-a-ser”.

subjetiva do sujeito – estaria potencialmente “pedindo” uma escuta intercessora, a psiquiatria-DSM – e as psicoterapias em geral, que estão no mesmo paradigma – tamponam, amordaçam, suturam, ao dar a ele tanto um suprimento químico, quanto um *suposto* nome para isso que o faz sofrer. Nestes termos, o sujeito é agenciado por um saber enciclopédico-pedagógico-cuidador, que o toma como objeto de estudo-diagnóstico-intervenção (COSTA-ROSA, 2013e). O que está em questão aqui, auxiliado pela ação do fármaco, é o recapeamento do imaginário do sujeito como o que o faz retornar à condição de alienação subjetiva e social, agora como colagem a um significante tautológico oferecido pela nosologia psiquiátrica: “você é isso, e nada mais!”. Neste ponto, fica claro como o PPS parte de uma perspectiva Outra, cujo efeito possível é a implicação subjetiva e sociocultural. Lacan (1992b), ao falar sobre *O avesso da psicanálise*, ressalta, retomando Freud, a postura ética por parte do psicanalista de se abster do *furor sanandi*, haja vista que suspender o sintoma, por outros meios que não pelo “protagonismo” do indivíduo e do *sujeito* na produção do saber inconsciente, é suprimir a própria *subjetividade singular*, pois é principalmente pela via da decifração do sintoma que *se processa* o recordar, repetir e *elaborar*.

Esse sujeito, alienado aos significantes do desejo do Outro, pulsa para fazer-se ouvir. Mas, “ali onde é representado, o sujeito está ausente” (LACAN, 2009b, p. 10). É a isso que Lacan se refere ao enunciar, no Seminário 11, que o sujeito na alienação está eclipsado pela linguagem. Na alienação, o sujeito petrificado pelo significante é o que *imagina* ser mestre em sua própria casa, e por esse motivo é o exato oposto do sujeito em análise. É o “ego forte” e adaptado, que Lacan (2006, p. 28) diz ser necessário para ser um bom empregado. Abordamos acima como o sujeito advém alienado aos significantes do desejo do Outro, situação na qual, em um só ato, o sujeito surge no mesmo instante em que se aliena. Trata-se da fixação aos significantes do desejo do Outro da linguagem que *me* antecede, sendo exatamente esse estranho, gozo do qual *eu* nada quero saber, o responsável por uma determinação que *me* escapa: e quanto mais *me* escapa, mais *me* determina. Para Freud (1996c), no que diz respeito ao processo de separação simbólica, como incessante ferida narcísica, as formações do inconsciente como efeitos-sujeito vêm sempre nos mostrar que não somos mestres em nossa própria casa; e à custa de sempre deflagrar no interior do *eu* sua fenda constituinte, são as lembranças do recalcado da história do indivíduo, como processo de *significação*, as responsáveis pelo cessamento do poder de *repetição* angustiada do significante típico da alienação. O acréscimo de Lacan – que não invalida a concepção freudiana, mas sim a

maximiza – está em considerar a *significantização* (inscrição) de partes do gozo até então impalatáveis (criação simbólica-desejante)<sup>13</sup>. Eis o passo dado por Lacan, em relação a Freud:

Lacan *ultrapassa dialeticamente* a concepção freudiana do sujeito dividido entre a consciência e inconsciente – o inconsciente como “outra cena” (recalcado da história individual) –, e introduz a noção de sujeito como corte, como efeito de enunciação, interdito nos enunciados; trata-se do sujeito que aparece como um significante no Outro (campo do sentido simbólico): lapso, esquecimento, sintoma, ou achado de sentido novo; também novo saber-fazer com o sintoma. Essa noção de sujeito expressa a noção de inconsciente como *processo de produção de sentido inédito para o indivíduo* (COSTA-ROSA, 2013d, p. 243, grifo nosso).

Deste modo, se “a alienação é o destino”, a separação é eventual. Se é pela *alienação* que o sujeito advém e pode petrificar-se em significantes tautológicos, é por meio do processo de *separação* que pode advir, *tanto quanto possível*, independente das amarras do desejo do Outro; que pode advir não mais como na dimensão da alienação (adaptação) – apenas como potencialidade –, mas sim [simbólico-criativo-]desejante (singularização). “Trata-se de tudo que a linguagem traz em si, que se manifesta nos momentos de *criação significativa*, e que já nela está em estado não ativo, latente” (LACAN, 1999, p. 121, grifo nosso). Nessa perspectiva, o sujeito, como refere Lacan no Seminário 11, pode “se safar”, ou seja, pode “ser-devir” para além daquilo que o Outro possa ter dito, para além daquilo que está inscrito e determinado no/pelo Outro (SOLER, 1997). Talvez possamos dizer que, na neurose, o sujeito paga um valor excedente (valor-a-mais) ao Outro como seu senhorio – e aí situamos o “mais-gozar” do seu sintoma –, para poder *habitar* a linguagem como sua casa. Assim, “se na *alienação* o sujeito é ‘forçado’ a escolher a linguagem como sua casa [onde, dada sua alienação, ele é inquilino], através da segunda operação – a *separação* – ele realiza uma intervenção ‘ativa’, atacando a própria rede de significantes para separar-se dela” (SOUZA, 2008, p. 47, grifo do autor), para somente assim vir a tomar posse, *tanto quanto possível*, da casa que habita.

A *separação*, como sendo a segunda das operações constituintes do sujeito, é a novidade de Lacan no seminário 11. É o que antes, nos seus Seminários e Escritos, veio a formular em termos da operação da Metáfora Paterna. Na *alienação* se deseja tanto o Outro quanto o que o Outro deseja; nessa dimensão, *o desejo está, imaginária e repetitivamente*,

<sup>13</sup> Nesse ponto, é importante notar que qualquer sujeito constituído de/na linguagem, guardadas as devidas diferenciações quanto às modalidades de estrutura subjetiva, está sujeito aos efeitos-sujeito (lapsos, atos falhos, sonhos, chistes e sintomas). No entanto, as possibilidades de *efeitos produtivos singularizantes* dependerão do fato do sujeito, para além de apenas sofrer [d]os efeitos-sujeito, poder acessar os *efeitos* dos efeitos-sujeito (feitos d’alíngua), ou seja, uma apreensão “[...] por onde tem lugar *o retorno do efeito*, dito efeito de sujeito” (LACAN, s/d., p. 234, grifo nosso), que possibilite apreender que eles carregam *sentidos sempre em movimento* que levam à significação e à significantização de um gozo angustioso em questão.

*preso à demanda de completude narcísica.* No entanto, no processo de *separação*, com a introdução do *significante da falta no Outro* [S (A)], o sujeito *apreende* que o Outro da maternagem quer outra coisa, o que Lacan ficcionou no conceito de “objeto *a*”. “Se não completo o Outro é porque há uma dimensão da incompletude em questão! Algo falta ao Outro que não encontro em mim”. Trata-se do desejo não mais como fixado, mas como diferença diferenciante: falta-a-ser como *incompletude em processo infinito de completação*. Se na dimensão da alienação o sujeito fica preso à tautologia demandante, na separação o desejo é o que faz sempre diferir, já que o desejo singular é sempre desejo de Outra coisa. *Há uma experiência de separação que supõe o inconsciente, lá estando sempre em potencial, que possibilita o advento do sujeito em sua singularidade simbólica-criativa-desejante.*

Entretanto, o sujeito estruturalmente constituído por recalçamento (*Verdrängung*), na dimensão da alienação imaginária, confunde o desejo do Outro com sua demanda (LACAN, 2003d, p. 365); *demonstrando com isso que apesar de ter estruturalmente se separado do Outro, separou-se de forma insuficiente.* Em outras palavras, “a demanda do Outro assume a função de objeto na fantasia do neurótico” (FINK, 1998, p. 224):  $\$ \diamond D$ . Eis o que o leva a constantes impasses na subjetivação. Desta forma, o neurótico, em relação ao Outro, impulsionado por uma imaginária “demanda-a-Ser”, elege objetos concretos na realidade para sua fantasia, passando ao largo da metonímia desejante: neste caso, o “objeto *a*” está mais distante de ser semblante. O engodo do sujeito neurótico é acreditar que alguém teria/seria o falo, este que, na sua forma tendente ao todo, não é senão imaginário. Assim, podemos formular que na neurose a separação, apesar de *estruturalmente* efetivada, é capenga. Na separação, operável tanto quanto possível num tratamento analítico, temos como resultado a substituição, na fantasia do sujeito neurótico, da demanda do Outro pelo [seu] desejo singular, como *desejo não fixado*. Aliás, em *se tratando* dos impasses subjetivos neuróticos, o trabalho subjetivo “visaria” à maximização do processo de *separação*, vislumbrando, com os avanços teórico-técnicos de Lacan, um além do sentido recalçado. Um tanto diferente é a situação do tratamento de sujeitos originariamente constituídos por forclusão: após o advento radical do impasse psicótico, coloca-se em questão a possibilidade de produzir algo de *castração/separação*, capaz de aparelhar um gozo que tende à totalidade; em outros termos, está em questão *produzir um sujeito* (MILLER, 1996; QUINET, 1997), cerzido novamente pela construção de uma singular e criativa metáfora delirante<sup>14</sup> – guardadas as devidas proporções de tal possibilidade entre os diferentes tipos clínico-subjetivos desse modo de

<sup>14</sup> A esse respeito confira o eloquente caso da senhora Estamira, retratado no premiadíssimo documentário de Marcos Prado (ESTAMIRA, 2004).

estruturção: esquizofrenia, paranoia e melancolia-mania –, única via para a reconstrução da máquina humana de subjetivar, ou mais ou menos, desmoronada no advento do impasse psicótico. O que há em comum entre essas duas clínicas, a partir da ética da psicanálise, é o fato de que contra a angústia Real não há remédio, só constante (re)mediação imaginária-simbólica.

Se o objeto do desejo não pode ser enunciado por completo é porque aquilo que o representa, o significante, não dá acesso direto à verdade das coisas. Nenhum significante pode significar Todo o sujeito, bem como o seu objeto de desejo, uma vez que o significante não significa o significado: ele só lhe empresta uma *roupagem temporária*. Seguindo a metáfora, o significante que empresta uma vestimenta para o *sujeito*, pelo fato de representá-lo para outro(s) significante(s), estaria submetido ao figurino ditado pela cadeia significante. Se “o sistema simbólico não é como uma *vestimenta* que se *colaria* às coisas” (LACAN, 2009a, p. 344, grifo nosso), a questão do sintoma neurótico seria relativa a uma limitação do acesso à variedade desse figurino: aqui, o sujeito, somente apreensível nas breves manifestações inconscientes, aprisionado ao *eu* do ente, seria sufocado por certo estacionamento no significante. Ao trabalhador-analista-intercessor caberia, portanto, possibilitar as condições de (r)estabelecimento ou maximização dessa movimentação, já que o sistema simbólico, como o que opera movimentação de sentido, “[...] não deixa de ter efeitos [...] sobre a vida humana” (LACAN, 2009a, p. 344): efeitos de singularização.

No mote de uma *clínica dos impasses psíquicos do recalamento* na Saúde Coletiva estaria a questão ética de proporcionar ao “sujeito do sofrimento” o (r)estabelecimento da sua capacidade simbólica-criativa-desejante, de possibilidade de produção contínua de sentidos novos. A escuta [intercessora] da associação livre possibilitaria ao “sujeito do sofrimento” restabelecer/maximizar o deslizar da cadeia significante, subsumida pela repetição sintomática, fazendo-o bascular da dimensão imaginária-tautológica-*demandante* (inclusive de suprimentos medicamentosos e de saber de mestre do Outro) para a dimensão simbólica-criativa-desejante (auto-produtiva). Se o impasse neurótico pode ser referido como uma “compulsão à repetição” de mesmos significantes, uma escuta intercessora (Analítica Singularizante), a partir de certa *quantidade* de manifestações enunciativas, da emergência de vários  $S_1$  (saber novo), é o que poderá proporcionar, retroativamente (*Nachträglichkeit*), um *salto qualitativo* no sentido inconsciente –  $S_2$  no Discurso do Analista – para o sujeito (COSTA-ROSA, 2013d). São esses saltos qualitativos, produtores de sentido novo, os responsáveis pelo equacionamento dos sintomas e demais impasses de subjetivação, bem como pelas conseqüentes e simultâneas implicações subjetiva e sociocultural como objeção ao

contexto sócio-cultural-territorial. Vemos se configurar aqui uma ética que, por ser a da singular[iz]ação, mostra-se avessa à que norteia práticas Terapêuticas Alienantes como a da psiquiatria organicista-asilar e das psicoterapias que igualmente, por comungarem do mesmo paradigma (PPHM), buscam o restabelecimento do indivíduo pela supressão sintomática – não sem antes capitalizar seu sofrimento! – e pela (re)adaptação ao instituído social opressor. Enquanto o PPHM visa à volta ao estado anterior ao impasse subjetivo, o PPS possibilita condições intercessoras para uma [sempre contínua] transformação subjetiva.

Com efeito, em vias de finalizar esse tópico, não podemos deixar de exprimir o que Roudinesco (2000) descreveu como a “derrota do *sujeito*” no momento histórico contemporâneo. Trata-se do resultado de uma Formação Econômico-Social que tende a uma supressão da instância terceira (Lei Simbólica, como o que faz barramento do gozo), onde a única “lei” é a de mercado; lei fajuta, pois faz rejeição da mediação simbólica na medida em que se apresenta como *imperativo ao gozo*. “A mão invisível que regula o mercado (ainda que se tente personificar o capital na figura do empresário capitalista) não tem regulação nenhuma possível pois não há lei, só imperativo” (QUINET, 2002, p. 36). Tomado como objeto – portanto, sem intermediação simbólica – pelo conjunto de significantes oferecidos pela sociedade de massas (que inclui o Saber de Mestre da psiquiatria organicista), escravo da demanda consumista, preso ao Outro do apelo comercial, o indivíduo em sua “natureza” singular (que inclui o *sujeito*) desaparece de cena como “protagonista” em sua produção subjetiva, bem como portador e produtor de uma historicidade. No auge da alienação social – repercussão direta e dialeticamente complementar da alienação psíquica – proporcionada pelo Modo Capitalista de Produção, o que “*mais-valia*” para o indivíduo, sua posição de *sujeito*, lhe é expropriada<sup>15</sup>. Agenciamentos predominantes no que Lacan (1992b) enunciou como Discurso do Capitalista, que, por não fazer enlaçamento social tem como efeitos os novos impasses subjetivos (mal-estares) da atualidade, a saber: impasses do luto, fobias cuja fenomênica apresenta-se como pânico, sintomas psicossomáticos e, sobretudo, as compulsões de vários dos tipos, com destaque para o alcoolismo e as toxicomanias (COSTA-ROSA, 2011; MELMAN, 1992).

---

<sup>15</sup> “São mensagens, letras falantes, gritos visuais, ordens de uso, abuso, reincidência, costume, hábito, premência, indispensabilidade, e fazem de mim homem-anúncio itinerante, escravo da matéria anunciada. Estou na moda. É doce estar na moda, ainda que a moda seja negar minha identidade [...]. Onde devo ter jogado fora meu gosto e minha capacidade de escolher, minhas idiossincrasias tão pessoais [...]. Hoje sou costurado, sou tecido, *sou gravado de forma universal*, saio da estamperia, não de casa, da vitrine me tiram, recolocam, *objeto* pulsante, *mas objeto que se oferece como signos de outros*” (Carlos Drummond de ANDRADE, 2007, p. 1252-4, grifo nosso).

Por fim, já estamos minimamente instrumentalizados para tentar um vislumbre mais aproximado sobre o que é o sujeito do [desejo] inconsciente: um *sujeito* que, originado de uma divisão constituinte (*spaltung*) entre saber e verdade, quando despido de demandas imaginárias de completude, é movido pelo desejo singular como falta-a-ser. Sujeito que advém em sua separação simbólica do Outro, cuja potencialização, operada por uma escuta analítica-intercessora, possibilita ao indivíduo a condição de produzir sempre novas significações diante dos também sempre novos impasses da subjetivação. Trata-se de um sujeito que, por ser efeito [do] significante, não é substancial, ontológico; portanto, distinto do indivíduo como *eu* psicológico. A partir da ética que lhe é correlata, *trata-se* de um sujeito para o qual não podemos falar, o qual não podemos interpretar (de forma hermenêutica), dado o fato de ser [e]feito de enunciação; d’isso não se fala: *Isso fala!* (LACAN, 1998d, p. 849). O sujeito evanescente, que transita ao longo da cadeia significante na fala do indivíduo, é como uma estrela cadente em final de queda, ao passo que quando viramos os olhos para avistá-lo o que vemos é somente o seu rastro, também a se apagar; todavia, não sem fazer efeitos: *efeitos de singularização*, já que “[...] o que se chama de desejo, no ser humano, é impensável a não ser dentro dessa relação com o significante e os *efeitos que ali se inscrevem*” (LACAN, 2003d, p. 192, grifo nosso). Dos efeitos-sujeito, destes que vivenciamos não sem sideração, o que podemos ter como legado são seus efeitos de singularização na subjetividade, em termos de produção de sentido novo e contínuo como significação (sentido recuperado do recalco da história individual) e significantização (sentido criado, inédito) ante o gozo angustioso.

## 2.1. A subjetividade como processo de subjetivação

Tal corrente no aparelho [psíquico], que parte do desprazer e visa o prazer, é o que chamamos de desejo. Afirmamos que *nada exceto um desejo é capaz de colocar o aparelho em movimento* (FREUD, 2012, p. 626, grifo nosso).

Máquina é a estrutura [...]. O mundo simbólico é o mundo da máquina (LACAN, 1985, p. 66).

A subjetivação e a subjetividade, [assim] como a saúde, estão sempre em movimento (COSTA-ROSA, 2013a, p. 23).

Em meio aos saberes “psi”, e afins, muito ouvimos falar de subjetividade. E é da concepção de *sujeito*, tal como vimos enunciando até aqui, que derivamos o que concebemos por subjetividade. É por conta da natureza do saber com o qual nos situamos, bem como da ética e da política dele derivadas, que optamos por falar em *processos de subjetivação*. Se o *eu* é o lugar das identificações imaginárias-alienantes, o sujeito em sua singularidade só pode advir pela função simbólica-criativa-desejante do processo de subjetivação/separação, uma

vez que, ao menos em potencial, o efeito de linguagem para todo falante – fal[t]ante – é o efeito de perda de gozo angustioso. Se nos referimos a um sujeito representado por um significante para outro(s) significante(s), é por ele ser produzível a partir da cascata de significantes, *e por esta estar em constante movimento*, que enunciamos a hipótese do *processamento subjetivo*. E é no gerúndio do tempo verbal que se conjuga a dimensão da singularização: o sujeito nunca é; ele está sendo, sempre outro, diante das também sempre outras demandas de subjetivação. Já dizia Heidegger (1969) que “aquilo no que se sustenta o consistente, é o ser do sendo” (p. 88). Se o processo de subjetivação é algo que não cessa é porque o sujeito tem um pezinho no Real, sendo que este é o que nunca cessa de não se inscrever (LACAN, 2008c). Um *estranho* angustioso, mas também pulsante, que alude ao registro do Real e que denota a impossibilidade do significante de significar por completo o sujeito. *Ação impossível* no seu todo, *mas não impotente* em parte. Angústia que é um dos motores das possíveis mudanças subjetivas. Falamos em “processos” também por se tratar de subjetividade ativa: *subjetivação desejante* (vemos, também, que o objeto *a* é o princípio da ação). Lacan percebe que o significante não significa o sujeito: o significante coloca o sentido em movimento. *Movimento significante capaz de dar sentido novo ao que antes era gozo angustioso. Produção de sentido novo a partir dos efeitos singularizantes dos efeitos-sujeito*. No Seminário 4, na aula de 8 de maio de 1957 intitulada “Circuitos”, Lacan (1995) refere que:

[...] a constelação significante opera mediante o que podemos chamar de *um sistema de transformações*, isto é, um movimento giratório que, se examinarmos mais de perto, cobre a cada instante o significado de uma maneira diferente e, ao mesmo tempo, parece exercer sobre este uma *ação profundamente remanejadora* (p. 310, grifo nosso).

Para tal, é preciso que haja deslizamento na cadeia de significantes, aonde estes vão constantemente se recombinar a fim de produzir sempre novos e contínuos efeitos de significação e significantização. Resta-nos enunciar que o objeto *a*, enquanto objeto *causa* do desejo, é o que faz movimentar o sujeito na *incessante* busca do sentido, sendo o desejo o lubrificante do deslize, a propósito do qual “Freud insiste em nos dizer que ele [o desejo] mobiliza o sujeito ao objeto pulsional” (DOR, 1993, p. 142); objeto que só pode ser senão metonímico (LACAN, 1999, p. 240). Desejo, pois, que se renova a cada encontro com o desejado. Se o gozo angustioso, na dimensão imaginária-tautológica-demandante, é a energia psíquica estagnada nas engrenagens da “máquina humana de subjetivar”, “porque o real, justamente, é o que não vai bem, o que se encruzilha [...], *o que não para de se repetir para entrar essa marcha*” (LACAN, 1986, p. 22, grifo nosso), o *sujeito* do inconsciente, na

metonímia [da dimensão simbólica-criativa-]desejante, aparece no *incessante deslizamento criativo de sentido*, já que “o significante é aquilo que faz alto ao gozo” (LACAN, 2008c, p. 30).

Para os efeitos do que propomos apresentar neste tópico, faz-se inevitável retomarmos, mesmo que rapidamente, conceitos-chave da metapsicologia lacaniana. Para Lacan os processos de subjetivação se dariam no entrelaçamento borromeano do que chamou de Real, Imaginário e Simbólico, sendo que “[...] sem esses três sistemas de referência não é possível compreender a técnica e a experiência freudiana” (LACAN, 2009a, p. 101). É a partir desses três registros que vislumbramos a realidade psíquica do fala-a-ser. Primeiramente, o Real não é a realidade psíquica (a *realität* freudiana). Enunciado de forma bastante sucinta, o Real é o que “não tem remédio nem nunca terá”, o que não tem um significante que sirva de socorro, anteparo. O que aparece, portanto, como horror, *gozo*, angústia não significantizada. O Real é também o que foi estruturalmente subtraído, subjetivado, funcionando a partir de então, na dimensão simbólica-criativa-desejante, como pulsação (uma das vertentes do objeto *a*). O Imaginário, como relativo às imagens vindas de um momento lógico-subjetivo que Lacan denominou *estádio do espelho*, auge do narcisismo humano na relação com o Outro da maternagem; é também, em sua tendência à Lógica do Signo, o lugar do *eu* e suas alienações, sistema responsável pelas significações cristalizadas. Por fim, o Simbólico como o que diz respeito a um sistema de representações calcado na linguagem, ao campo do Outro regido pela Lógica do Significante, que estrutura o desejo como falta-a-ser e autoriza nossa ascensão ao campo propriamente humano. O Real, se fosse subjetivamente possível, seria o sentido estático; o Imaginário é o que tende ao sentido estático; e o Simbólico é caracterizado pelo sentido em movimento. Se o Real é todo, o Imaginário quer-ser-todo e o Simbólico é não-todo, segundo uma sutil metáfora de Durval Checchinato (1979), o “homem é estar entre o real (impossível) e o simbólico [possível]. O imaginário é o eixo da gangorra” (p. 12).

Para Lacan, existiriam, portanto, três modos de habitar a realidade imaginária-simbólica; modalidades estruturais do processo de constituição subjetiva, a saber: a) o recalçamento (*Verdrängung*), b) a renegação (*Verleugnung*) e c) a forclusão (*Verwerfung*). Estes modos de constituição estruturais da subjetividade seriam dependentes do desencadear de um momento primordial no processo de constituição subjetiva primária, onde estaria em questão a elevação ao campo Simbólico, ou seja, a Castração Simbólica (advento da Lei do incesto para Freud), que Lacan teoriza como o advento do *significante da falta no Outro* – S (*A*). De cada uma dessas modalidades estruturais de constituição subjetiva deriva um modo específico de relação do sujeito com o significante e com o gozo. Os processos de

subjetivação secundários se dariam ao longo da vida, após a constituição da “máquina humana de subjetivar”<sup>16</sup> segundo um desses três modos. O sujeito constituído por *Verdrängung* ascenderia ao Simbólico acatando a Lei primordial da interdição do gozo (incesto) por meio do que Lacan denominou “Metáfora Paterna” (substituição dos significantes do narcisismo pelo significante Nome-do-Pai. *Substituição de [importância] significante*) ou “processo de separação do Outro”. Tal operação metafórica constituinte suprime a lei dos caprichos maternos – ao passo que seus resquícios nos processos de subjetivação da vida cotidiana do sujeito se dão a ver no supereu feroz e obsceno, aquele que vocifera, desnorteia (FREUD, 2004; LACAN, 2008c), cujo imperativo é: goza! – para fazer advir a Lei Simbólica, como supereu que sussurra, norteia, cujo efeito é a relativização do gozo que se chama desejo. O sujeito constituído por *Verleugnung* também alcançaria o campo Simbólico, mas com uma atitude de renegação da Lei primordial, *buscando gozar por intermédio do desafio e da transgressão* desta. Já o sujeito constituído por *Verwerfung* entraria no mundo Simbólico, sustentado por uma suplência terceira de teor imaginário-simbolizante, por conta da forclusão do significante Nome-do-Pai (malogro do recalque originário, para Freud), significante S<sub>2</sub> em torno do qual se organizaria o estatuto propriamente Simbólico de sua realidade psíquica. Assim, para este último, as injunções da vida cotidiana podem fazer desmoronar (desencadeamento forclusivo) a sua *constituição subjetiva simbólica de teor imaginário* que o protege do Real, restando como possibilidade de defesa o terreno arenoso da experiência do Imaginário sem o anteparo Simbólico da fantasia inconsciente fundamental (que terá que ser reconstruída); neste caso, o sujeito é levado a uma demanda de reconstrução subjetiva, pela via do delírio (FREUD, 2010c, p. 94), diante da qual a psicanálise não recua. Neste ponto, importa destacar, reafirmando nossa hipótese sobre uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva (COSTA-ROSA, 2012) para além dos princípios doença-cura e normal-anormal, que não se trata de atribuir ao modo de estruturação por *Verwerfung* nenhuma deficiência ou anormalidade quanto ao Simbólico. No contexto das suas últimas teorizações, Lacan (2007), inclusive para falar das perversões, faz menção aos modos estruturais de subjetivação como *père-versions* (versões do pai): são modos diferentes de se posicionar frente ao significante da Castração Simbólica, dos quais derivam processos de subjetivação – com seus impasses e possíveis equacionamentos – específicos, bem como, desta forma, demandas também específicas de tratamento que ao

---

<sup>16</sup> O próprio Freud (2012), quando estava a falar dos processos subjetivos oníricos, refere-se a uma “mecânica desses processos” (p. 627), o que legitima nossa metáfora do *aparelho* psíquico como “máquina humana de subjetivar”.

trabalhador da Saúde Mental Coletiva será imprescindível conhecer para melhor interceder. Por fim, as manifestações psíquicas típicas dessas três estruturas subjetivas seriam, respectivamente, o sintoma, o fetiche e a alucinação (QUINET, 2000, 2006); manifestações que poderão se apresentar como impasses de subjetivação, menores ou maiores, diante das quais um trabalhador no contexto da Saúde Mental Coletiva é eticamente demandado ser intercessor.

Contudo, tratando os processos de subjetivação pelo viés estrutural, costumeiramente ouvimos os desavisados que, com o dedo em riste, acusam Lacan de estruturalista. Entendendo o diagnóstico psicanalítico como é – a saber, realizado sob transferência e enquanto função de compreensão (diagnóstica) para o posicionamento quanto à direção do tratamento – sabemos que este não pode ser estritamente fenomenológico-nosográfico (como faz a psiquiatria-DSM, e a psicologia que lhe é correlata, onde cada “personalidade” é de antemão significável por um agrupado de significantes pré-estabelecidos – significantes colados aos seus significados), mas sim estrutural. Mesmo em Freud (2010a), apesar de não haver ainda uma sistematização da noção de estrutura subjetiva – obstante o fato disso já se esboçar –, encontramos o diagnóstico diferencial entre as estruturas subjetivas como ferramenta imprescindível quanto à estratégia de direção do tratamento. Se há uma estruturação psíquica constituinte de uma organização definitiva, há que se considerar que “uma coisa é a estrutura ser irreversivelmente determinada, outra, é ser a economia do seu funcionamento sujeita a ‘variações de regime’” (DOR, 1991, p. 25). Não devemos nos esquecer de que, como sujeitos divididos, somos sempre efeito do significante. Como sugere Bruce Fink (1998, p. 10), temos que pensar onde termina a estrutura e começa algo que é novo, devir, “movimento absoluto do tornar-se” como refere Marx (1984, p. 81). Se em Lacan – ao menos, mais enfaticamente, na primeira parte do seu ensino –, fala-se em estrutura, que é a relativa ao Outro da linguagem, é por este ser-na-fal[t]a que aquela é não-toda (fechada). “De fato, a noção de estrutura só é central na obra de Lacan na medida em que ela é constantemente referenciada à estrutura da linguagem” (DOR, 1989, p. 27). Ou ainda nas palavras do próprio Lacan (1976): “estruturado significa minha fala, meu léxico etc. etc., que é o mesmo que linguagem” (p. 200). Estrutura, isto sim, – por ser a relativa à linguagem – sempre, e necessariamente, aberta a Outras possibilidades de subjetivação. Trata-se de estruturas subjetivas diversas, modalidades da “máquina humana de subjetivar”. O que carregam de comum, mesmo que cada uma ao seu modo, é a possibilidade do processo de subjetivação contínua, seja de significação (deciframento), seja de significantização (ciframento) do gozo angustioso.

A fim de reconduzir a psicanálise ao essencial do discurso freudiano, vislumbrando seu *para-além*, mas servindo-se dele (LACAN, 1992b), entre outras referências, Lacan se utiliza inicialmente de conceitos caros à linguística estrutural – signo, significante e significado, cadeia significante, metáfora e metonímia – para continuamente subvertê-los, ao ponto de ao longo desse percurso dizer que não faz linguística, mas sim *linguisteria* (LACAN, 2008c, p. 24).

### 3. PALAVRAS FINAIS: UMA “CIÊNCIA” SEM PALAVRA FINAL

Não, nossa ciência não é uma ilusão. Seria ilusão, porém, acreditar que pudéssemos conseguir em outra parte aquilo que ela não pode nos dar (FREUD, 2010c, p. 133).

A psicanálise [...] pode mesmo nos esclarecer sobre o que devemos entender por uma ciência (LACAN, 2008b, p. 14).

Com a psicanálise vemos uma revolução paradigmática no campo epistemológico. Diferentemente da Ciência inaugurada por Descartes – que segundo a leitura freudiana alentava a mesma pretensão atribuída aos deuses da religião – a psicanálise enuncia a possibilidade *de-ser* uma “ciência” não tão [oni]ciente: “nosso deus *logos* talvez não seja muito onipotente e cumpra apenas uma pequena parte do que seus antecessores prometeram” (FREUD, 2010c, p. 130). Uma “ciência” que, despida de ideais fálico-narcísicos pode, *sempre a posteriori*, produzir saber sobre a realidade se, e somente se, *primeiramente* faz intercessão, como coadjuvante (porém fundamental), em uma produção subjetiva sempre pela via do *sujeito*. N<sup>o</sup> “O futuro de uma ilusão”, Freud (ibidem) é contrariado por seu opositor fictício a respeito do fato do homem não se encontrar na posição de dispensar a religião como consolo ante o fardo que lhe corresponde, resultado da negação da sua condição de sujeito dividido – condição que não pode ser transposta, senão gestada interminavelmente (FREUD, 1996g). Tal oposição é, de forma entusiástica, respondida por Freud (2010b): seria, indiscutivelmente, mais interessante ao homem ministrar o seu “doce – ou agridoce – veneno desde a infância” (p. 119), condição que exigiria a elaboração das demandas imaginárias do narcisismo e a consequente Castração Simbólica: S (*A*). A diminuição das *demandas narcísicas de completude* corresponderia ao que Freud (ibidem) chamou de “educação para a realidade” (p. 120). Realidade da falta-a-ser, acresceria Lacan. As crenças místicas pautadas em discursos totalizantes de matiz imaginário, seja na religião, seja em uma Ciência messiânica (a exemplo das promessas de curas da farmacologia psiquiátrica respaldadas pelas mitologias cerebrais do discurso neurocientífico), ou ainda nas ofertas do consumismo, viriam ao encontro – e nasceriam – da demanda subjetiva de completude narcísica arraigada em maior ou menor grau

em cada indivíduo. Por um lado Outro, a psicanálise tem como fim a orientação ética de auxiliar o sujeito em análise a se encontrar diante do seu desamparo primordial (horror da castração) e o conseqüente reposicionamento subjetivo. Trata-se de modos de configuração subjetiva, respectivamente, de consistência mais imaginária[-tautológica-demandante] ou mais simbólica[-criativa-desejante] da relação com o mundo (COSTA-ROSA, 2008b).

A concepção de “ciência” psicanalítica arquitetada pelo último Freud, já despido do ideário cientificista (FREUD, 1996f), bem como e principalmente por Lacan, mostra-se como não totalizadora, pois contempla a incompletude estruturante inerente ao campo do Simbólico, uma vez que este é incapaz de proporcionar ao falante a possibilidade de dizer, por completo, o que é e o que quer. Trata-se de uma “ciência” castrada na medida em que a *práxis* psicanalítica é definida como toda ação realizada pelo homem que o coloca em condições de tratar o Real pelo Simbólico (LACAN, 2008b); ação, entretanto, sempre parcial. Parcial, mas não – e por isso mesmo! – impotente (LACAN, 2003b; LACAN, 2008c). Se a Ciência também trata o Real pelo Simbólico é querendo fazer deste uma tampa para aquele; o que evidencia que Ciência e psicanálise não trabalham com a mesma definição de Simbólico. O Simbólico como é concebido pela psicanálise é derivado da teoria do significante, tal como Lacan a define. Já o Simbólico para a Ciência tem como estrutura principal o signo linguístico, onde significante e significado são necessariamente unidos, sendo que Lacan (2008b, p. 203) se refere ao signo, partindo de Peirce, como aquilo que representa alguma coisa para *alguém que sabe o seu sentido*. O cientista sabe; já o psicanalista sabe o *limite ético* do seu saber: não poder saber pelo outro. É desta forma que o psicanalista “fracassa” lá mesmo onde o cientista [con]vence. Segundo Lacan (1970, p. 166), é nesse “fracasso” que consiste o sucesso da psicanálise<sup>17</sup>. Para a Ciência o que não pode ser nomeado pelo seu campo discursivo é refugio, variável descartada. Tratar-se-ia de jogar fora o bebê junto com a água do banho? Sim. O que a Ciência rejeita, ao foracluir o sujeito de seu campo discursivo, é o próprio furo pulsante-desejante inerente ao sujeito *banhado* no campo do Simbólico; em outros termos, é a própria dimensão subjetiva singular. Na situação analítica estaria em questão a *subjetivação* desse furo como resultado da operação da Castração Simbólica ou separação do Outro. De acordo com Fink (1997), ao teorizar sobre o limite entre Ciência e

<sup>17</sup> Nas magníficas palavras da poetisa, temos uma possível definição da psicanálise como tratamento do Real angustioso pelo Simbólico: “Eu tenho à medida que designo – e este é o esplendor de se ter uma linguagem. Mas eu tenho muito mais à medida que não consigo designar. A realidade é a matéria-prima, a linguagem é o modo como vou buscá-la – e como não acho. Mas é do buscar e não achar que nasce o que eu não conhecia, e que instantaneamente reconheço. A linguagem é o meu esforço humano. Por destino tenho que ir buscar e por destino volto com as mãos vazias. Mas, volto com o indizível. O indizível só me poderá ser dado através do fracasso de minha linguagem. Só quando me falha a construção, é que obtenho o que ela não conseguiu” (Clarice LISPECTOR, 2009, p. 176).

psicanálise, Lacan traz os pontos de divergências quanto à verdade: o dizer [a verdade] sobre o desejo, portanto sobre o sujeito do [desejo] inconsciente, é sempre semi-dizer, já que o simbólico não tem o último significante capaz de significar o Real do sujeito. Nada é todo; e é por ser sempre semi-dizer que o desejo é diferir, é devir. Assim, é a partir da perspectiva da Castração Simbólica que podemos conceber um campo “científico” psicanalítico: um discurso sem uma palavra derradeira sobre a verdade, *dado que esta é somente acessível se não-toda e sempre outra*. Aliás, não é ao acaso que os poetas foram os autores mais citados por Freud, pois disso eles bem sabem: “Tenho uma pena que escreve / Aquilo que eu sempre sinto. / Se é mentira escreve leve / Se é verdade não tem tinta” (Fernando PESSOA, 1994, p. 660).

Não podemos deixar de lembrar que toda pesquisa em psicanálise, como é também o caso da Intercessão-Pesquisa na Saúde Coletiva, é, em última instância, clínica, já que implica que o trabalhador-intercessor-pesquisador empreenda a intercessão, como poderíamos afirmar com Elia (2000), “[...] a partir do lugar definido no dispositivo analítico como sendo o lugar do analista, lugar de escuta e sobretudo de causa para o sujeito” (p. 23). Pesquisa que – nunca é demais ressaltar – é sempre *a posteriori* em relação à intercessão. Assim, o ponto central do método clínico/investigativo da psicanálise está em ter reintegrado o sujeito, foracluído pelo discurso científico moderno, tendo a clínica, que inclui o sujeito do [desejo] inconsciente, como o seu “campo de intercessão” e não “campo de pesquisa” (p. 24), como afirma o mesmo autor<sup>18</sup>. Se o sujeito da psicanálise é o mesmo sujeito da Ciência é porque a psicanálise se ocupa com o rebotalho do discurso científico, ou seja, com *isso* que Lacan (1998c, p. 234) chamou de o retorno da verdade do sujeito na falha do saber [científico]. Deste modo, podemos formular que a diferença fundamental entre Ciência e psicanálise consistiria no fato desta se ocupar exatamente daquilo que aquela persiste em deixar fora de seu campo prático e discursivo. Por isso, “é preciso dar-mos conta de que a psicanálise não é uma ciência, não é uma ciência exata” (LACAN, 1992a, p. 11). Neste ponto se faz mister ressaltar que se “a psicanálise faz em seu favor a reivindicação de que, em sua execução, tratamento e investigação coincidem” (FREUD, 2010a, p. 152), não devemos deixar de acrescentar algo fundamental, esboçado em Freud e radicalizado por Lacan: a necessidade de delimitarmos a “psicanálise em intensão”, como a práxis clínica da psicanálise, e a “psicanálise em extensão”, como um saber singular (ignorância douda) produzido após o primeiro momento,

<sup>18</sup> A nós é bastante claro que o prof. Dr. Luciano Elia, no texto em questão, não está afirmando que o “pesquisador-analista”, como ele o denomina, faça pesquisa enquanto está na práxis clínica. Da nossa parte, trata-se apenas de fazer uma pontuação que achamos ser mais precisa quanto à delimitação dos dois momentos, do ponto de vista teórico-técnico e *ético*, *rigorosamente* necessários à Intercessão-Pesquisa. A mesma pontuação fazemos quanto à fala de Birman (1992), quando afirma que “[...] a clínica psicanalítica é o lugar da pesquisa psicanalítica” (p. 22).

que permite ao trabalhador-intercessor-pesquisador questionar e implementar a teoria e ressituar-se novamente em um outro (primeiro) momento da práxis. Isso se dá porque o saber teórico da psicanálise não opera no instante da intercessão, o que seria tomar o outro enquanto objeto de ação tirânica e/ou pedagógica e não enquanto no lugar do trabalho subjetivo: o saber que opera na intercessão é o saber, como sentido novo, produzido pelo sujeito diante do intercessor posicionado como “facilitador” desse processo. “Esse ‘saber de sujeito’ tem uma consistência absolutamente peculiar. Não permite que dele se “faça enciclopédia”, [...] pois pertence ao sujeito que dele necessariamente se apropria no próprio ato da sua produção” (COSTA-ROSA, 2013e, p. 303). Desse saber nada sabe o trabalhador-intercessor-pesquisador, dado ser o inconsciente um saber que não se sabe. Não fazemos pesquisa do inconsciente, fazemos pesquisa *a posteriori* acerca do processo de produção da intercessão primeiramente realizada junto ao sujeito do [desejo] inconsciente.

Em seu Seminário 17, Lacan (1992b) enuncia que o discurso da Ciência Moderna se alicerça no Discurso da Universidade, colocando o saber no comando, ditando teorias universais sobre tudo e para todos, o que deflagra uma tentativa de sutura da divisão do sujeito, na medida em que pretende excluir do seu campo a singularidade subjetiva. Enuncia ainda que o Discurso da Universidade quer “tudo-saber” (ibidem, p. 29). Noutras vezes o discurso da Ciência se assemelha mais ao Discurso do Mestre, quando esse Saber lhe possibilita um Poder sobre outrem (CLAVREUL, 1983). Já “a-cientificidade”<sup>19</sup> da “psicanálise em intensão” propõe um laço social – Discurso do Analista – a partir do qual o sujeito analista se apaga para ser somente *a causa* do desejo, lugar de vazio central de Saber-Poder, possibilitando assim uma transferência de trabalho subjetivo. Aqui, a produção do saber está inevitavelmente atrelada a um “saber-se” que, tendo o sujeito como “protagonista” fundamental, é responsável pela produção de subjetividade capaz de dar equacionamento aos sintomas e outros impasses da subjetivação. Ou ainda, sintônica à ética da psicanálise, uma “ciência Outra”, a partir do Discurso da Histeria, se considerarmos que o psicanalista – que pode ser um trabalhador-intercessor-pesquisador na Saúde Coletiva – é impulsionado pela experiência da práxis *a desejar produzir o saber teórico*<sup>20</sup>, agora no contexto do que Lacan chamou de “psicanálise em extensão”. Uma “ciência Outra” possível em Freud e Lacan se configuraria, portanto, em uma práxis a partir de laços sociais de produção, em dois momentos específicos. É a partir da “psicanálise em intensão”, momento operado no laço

<sup>19</sup> Referência ao livro “A-cientificidade da psicanálise” de Joël Dor (1993).

<sup>20</sup> O *saber teórico* típico à psicanálise, diferentemente do *saber epistêmico* da Ciência (MILNER, 1996, p. 39), caracteriza-se por um saber incompleto e, por isso mesmo, sempre em movimento de construção dialética em relação à práxis de onde ele emerge.

social Discurso do Analista, e da “psicanálise em extensão”, no laço social Discurso da Histeria (JULIEN, 2002; QUINET, 2006), que definimos os dois momentos da Intercessão-Pesquisa: no primeiro momento atuamos a partir do Dispositivo Intercessor como Modo de Produção de subjetividade singularizada, sempre pela via da colocação do indivíduo e o *sujeito* no lugar do trabalho no processo de produção; no segundo momento, impulsionados pelas questões postas pela práxis de intercessão, passamos ao Dispositivo Intercessor como Modo de Produção de “conhecimento”, então situados como sujeitos questionadores da *theoria* no lugar do agente do laço social. Nesse momento do Dispositivo, o trabalhador-intercessor-pesquisador visa tanto uma intercessão na práxis da Universidade quanto à transmissão para formação de novos trabalhadores-intercessores-pesquisadores (COSTA-ROSA, 2008a). A essa altura pensamos ser praticamente desnecessário dizer que o “conhecimento” do qual se trata de produzir, como saber *theórico* de estatuto Outro, é dialeticamente diferente do conhecimento paranoico oriundo da ciência cartesiana, que, como efeito de um “colocar a carroça na frente dos bois”, acaba sempre *achando* exatamente *o que procura*.

Tanto em relação à produção de subjetividade (Intercessão) quanto em relação à produção de *theoria* em psicanálise (Pesquisa), Lacan (apud BERNARDES, 2010) refere: “encontro o suficiente para ter que circular” (p. 37). Circular tanto no sentido de fazer voltas ao furo no saber, quanto no sentido de andar, caminhar, colocar-se em movimento. Viver (subjetivar), assim como escrever (pesquisar), não garante roteiro e acertos pré-estabelecidos; diferentemente de navegar, é impreciso. Como refere o próprio Freud (1996d, p. 72), referenciando outro poeta, não seria outra coisa senão avançar tropeçando, indo até onde o onde *insiste* em deslocar-se. Como, aliás, nos ensina o interessantíssimo dito popular: “tropeçar também ajuda a caminhar!”. Qualquer um que já tenha levado um tropeção, e dificilmente haverá alguém que tenha escapado de tal experiência – claro que no limite nos referimos ao sentido metafórico, como “tropeço” inerente a todo e qualquer ato, posto que “não há nada tão bem sucedido quanto a falha relativa ao ato” (LACAN, s.d., p. 64) –, sabe o quanto o corpo é lançado, impulsionado. “Restaria o fato de eu dizer uma verdade. Não é o caso: eu erro. Não há verdade que, ao passar pela atenção, não minta. *O que não impede que se corra atrás dela*” (LACAN, 2003a, p. 567, grifo nosso). E é correndo atrás e não encontrando que algo se encontra incessantemente. O *sempre* “correr atrás dela” é o que procuramos descrever aqui como processamento subjetivo típico à dimensão simbólica-criativa-desejante de um sujeito situado na falta-a-ser. Uma “ciência Outra” só poderá partir da ética do desejo, que no “campo da intercessão” coloca o *sujeito* no lugar da produção de

saber diante dos impasses na subjetivação, sendo que a produção de *theoria* se dá em um momento posterior, “campo da pesquisa” como reflexão produzida sobre o primeiro momento da práxis. Se a Verdade, que em última instância é a do sujeito do [desejo] inconsciente, “não cessa de não se inscrever” é porque ela também não cessa de se inscrever: a Verdade é o que não cessamos de ao mesmo tempo encontrar [em parte] e não encontrar [no todo]. Pesquisar e subjetivar, não necessariamente nessa ordem, é tentar dizer o indizível, sem nunca conseguir[-se] – com a ressalva de isso nunca pretender[-se]. Do ponto de vista da ética da psicanálise é necessário que seja assim: é porque há o indizível que nunca deixamos de dizer[-se].

E falar de sujeito, subjetividade e “ciência” em psicanálise pressupõe necessariamente dizer da ética em questão nesse campo, completando o tripé (teórico-técnico-ético) do método clínico/investigativo psicanalítico. A ética enunciada pela psicanálise é a relativa ao laço social inaugurado por Freud, a saber, o Discurso do Analista (LACAN, 2003c, p. 539). Este, norteado por aquela, não visa outra coisa que não o diferir constante do desejo. Logo, a ética da psicanálise é referida como “Ética do Desejo” (LACAN, 2008a), ou “Ética da Diferença” (RINALDI, 1996). É somente na medida em que a “posição do analista” – que Lacan (2008b) chamou de “Desejo do Analista” – é sustentada como um vazio central de Saber-Poder, que a *pura diferença* poderá advir do lado do analisante. Trata-se de uma ética da implicação (responsabilização) subjetiva de cada sujeito quanto ao seu desejo, cujo axioma freudiano é *wo es war, soll ich werden*<sup>21</sup>. O “Desejo do Analista”, como expressa Lacan (2008b) nas últimas linhas do Seminário 11, instala as condições para que o sujeito possa advir na singularidade do seu desejo *como absoluto e constante diferir*. No entanto, é um desejo – o do analista – sem sujeito, na medida em que onde o analista é Sujeito Suposto Saber pelo analisante, ele, o analista, deve *fazer fal[t]a* e “estar” apenas como objeto (LACAN, 1992b). Objeto (*a*), evidentemente, que causa o diferir do sujeito. Em outros termos, que causa (reestabelece ou maximiza) a produção simbólica-criativa-desejante de significantes; desejo, como contínuo e infinito movimento produtivo de sentido novo. Quanto ao analista, sua única “demanda”, que é uma demanda precavida teórica, técnica, *subjetiva* e eticamente, é de que o sujeito em análise continue falando, invocando sua condição de falta-a-ser. Trata-se de uma ética que visa à defesa contra o imperativo de *gozo*, ou seja, que implica no reconhecimento simbólico da Lei e, portanto, da falta-a-ser e do conflito pulsante e criativo como base para a subjetivação singular.

<sup>21</sup> Que Lacan (1998a), traduziu por: “lá onde isso estava, lá, como sujeito, devo [Eu] advir” (p. 878).

#### 4. REFERÊNCIAS

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

ALTHUSSER, L. **Freud e Lacan, Marx e Freud**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

\_\_\_\_\_.; BADIOU, A. **Materialismo Histórico e Materialismo Dialético**. Global, São Paulo, 1979.

ANDRADE, C. D. A palavra Mágica. In: **Poesia Completa**. São Paulo: Nova Fronteira. 1. ed. 2007. p. 854. (Volume único).

\_\_\_\_\_. Eu, etiqueta. In: \_\_\_\_\_. **Poesia Completa**. São Paulo: Nova Fronteira. 1. ed. 2007. p. 1252-1254. (Volume único).

BERNARDES, A. C. Pesquisa & Psicanálise: algumas referências lacanianas. **Psicologia: teoria e pesquisa**. v. 26, n. 1, p. 35-38. 2010.

BEZERRA, D. S. **O lugar da clínica na Reforma Psiquiátrica brasileira: Política e Psicanálise** oito anos após a Lei 10.216. Curitiba: Editora CRV, 2013.

BIRMAN, J. A clínica na pesquisa psicanalítica. In: **Atas do 2º Encontro de Pesquisa Acadêmica em Psicanálise - Psicanálise e Universidade**. n. 2. 1992.

CHECCHINATO, D. Introdução à edição brasileira. In: LAMAIRE, A. **Jacques Lacan: uma introdução**. Rio de Janeiro: Campus, 1979. p. 11-16.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COSTA-ROSA, A. A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade. In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: UNESP, 2013a. p. 55-91.

\_\_\_\_\_. Contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. In: DIONÍSIO, G. H.; BENELLI, S. J. (Orgs.). **Políticas públicas e clínica crítica**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. v. 01. p. 15-31.

\_\_\_\_\_. Interprofissionalidade, Disciplinas, Transdisciplinaridade: Modos da divisão do trabalho nas práticas da Atenção Psicossocial. In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: UNESP, 2013b. p. 119-166.

\_\_\_\_\_. Introdução Geral: Reforma, ou além da Psiquiatria? In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: UNESP, 2013c. p. 11-22.

\_\_\_\_\_. **Intercessões e análises sobre o processo de produção saúde-adoecimento atenção no campo psíquico, num território municipal.** Produção de novas tecnologias para o implemento da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde. UNESP/Assis, 2008a. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. O Grupo Psicoterapêutico na psicanálise de Lacan: um novo dispositivo da clínica na Atenção Psicossocial. In: In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva.** São Paulo: UNESP, 2013d. p. 233-269.

\_\_\_\_\_. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

\_\_\_\_\_. Práticas de cura místico-religiosas, psicoterapia e subjetividade contemporânea. **Psicologia USP**, v. 19, n° 04, p. 561-590. 2008b.

\_\_\_\_\_. Subjetividade e usos de drogas. In: **CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO.** Álcool e outras drogas. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia, 2011. Disponível em: < <http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/livro-alcool-drogas/crpsp-alcool-e-outras-drogas.pdf> > Acesso em 18 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Uma ética para a Atenção Psicossocial: o cuidado em análise. In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva.** São Paulo: UNESP, 2013e. p. 271-332.

DELEUZE, G. Os intercessores. In: \_\_\_\_\_. **Conversações.** Rio de Janeiro: ed. 34, 1992. p. 151-168.

DESCARTES, R. **Discurso do Método** (1637). 2. ed. São Paulo: Nova Cultura, 1996.

DOR, J. **A-cientificidade da psicanálise: a alienação da psicanálise** (tomo I). Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

\_\_\_\_\_. **Estruturas e clínica psicanalítica.** Taurus Editora: Rio de Janeiro, 1991.

\_\_\_\_\_. **Introdução à Leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ELIA, L. Psicanálise: clínica e pesquisa. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (orgs.). **Clínica e Pesquisa em Psicanálise.** Rios Ambiciosos. Rio de Janeiro, 2000.

\_\_\_\_\_. Clínica e pesquisa na instituição pública de tratamento de crianças e adolescentes autistas e psicóticos. **Associação Psicanalítica de Curitiba em Revista**, v. 20, p. 87-108, 2010. Disponível em: < <http://www.apccuritiba.com.br/artigos/ed-20-clinica-e-pesquisa-na-instituicao-publica-de-tratamento-de-criancas-e-adolescentes-autistas-e-psicoticos/> >. Acesso em: 09 fev. 2014.

**ESTAMIRA.** Direção: Marcos Prado. Produção: Marcos Prado e José Padilha. Trilha Sonora: Décio Rocha. Rio de Janeiro: Zazem Produções, 2004. DVD (127 min), son., color.

Disponível em: < <http://www.youtube.com/watch?v=KFyYE9Cssuo> >. Acesso em: 09 dez. 2013.

FIGUEIREDO A. C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos**: a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

\_\_\_\_\_. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à Saúde Mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 08, n. 1, p. 75-86, 2004. Disponível em: < [http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume07/n1/a\\_construcao\\_o\\_do\\_caso\\_clinico\\_uma\\_contribuicao\\_da\\_psicanalise\\_a\\_psicopatologia\\_e\\_a\\_saude\\_mental.pdf](http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume07/n1/a_construcao_do_caso_clinico_uma_contribuicao_da_psicanalise_a_psicopatologia_e_a_saude_mental.pdf) > Acesso em 18 dez. 2013.

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

\_\_\_\_\_. Ciência e psicanálise. In: FELDSTEIN, R.; FINK, B.; FOANUS, M. (Orgs.). **Para ler o Seminário 11 de Lacan**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 69-79.

FIORAVANTE, E. Modo de Produção, Formação Social e Processo de Trabalho. In: GEBRAN, P. (Org.). **Conceito de Modo de Produção**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978. p. 31-45.

FREUD, S. Romances familiares (1909-08). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. 9. p. 219-222.

\_\_\_\_\_. Linhas de progresso da terapia psicanalítica (1919[18]). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. 17. p. 201-211.

\_\_\_\_\_. Uma dificuldade no caminho da psicanálise (1917). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. v. 17. p. 167-179.

\_\_\_\_\_. Além do princípio do prazer (1920). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. v. 18. p. 11-75.

\_\_\_\_\_. Algumas notas adicionais sobre a interpretação de sonhos como um todo (1925). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996e. v. 19. p. 141-154.

\_\_\_\_\_. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. (1933[32]) In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996f. v. 22. p. 12-182.

\_\_\_\_\_. Análise terminável e interminável (1937). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996g. v. 23. p. 239-287.

\_\_\_\_\_. Inibição, sintoma y angustia (1926[1925]). In: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu. 2006. v. 20. p. 73-164.

\_\_\_\_\_. **A Interpretação Dos Sonhos** (1900). v. 2. Porto Alegre: L&pm Pocket, 2012. (coleção L&PM pocket).

\_\_\_\_\_. O início do tratamento (1913). In: **Obras Completas de Sigmund Freud**. São Paulo: Companhia das Letras. 2010a. v. 10. p. 163-192.

\_\_\_\_\_. O Eu e o Id (1923). In: **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2004. v. 3. p. 13-66.

\_\_\_\_\_. Observações psicanalíticas sobre um caso de Paranoia [Dementia paranoides] – Relato em autobiografia [“o caso Schreber”] (1911). In: **Obras Completas de Sigmund Freud**. São Paulo: Companhia das Letras. 2010b. v. 10. p. 13-107.

\_\_\_\_\_. **O futuro de uma ilusão** (1927). Porto Alegre: L&PM, 2010c. (coleção L&PM pocket).

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 “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2013.

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o Inconsciente**. 16. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

HEIDEGGER, M. **Introdução à metafísica**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1969.

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

LACAN, J. A ciência e a verdade (1966). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1998a. p. 869-892.

\_\_\_\_\_. A direção do tratamento e os princípios do seu poder (1958). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b. p. 591-652.

\_\_\_\_\_. Do sujeito enfim em questão (1966). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1998c. p. 229-237.

\_\_\_\_\_. Posição do inconsciente (1960). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998d. p. 843-864.

\_\_\_\_\_. Prefácio à edição inglesa do Seminário 11 (1976). In: **Outros Escritos**, 2003a, p. 567.

\_\_\_\_\_. Radiofonia (1970). In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003b. p. 400-447.

\_\_\_\_\_. Televisão (1973). In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003c. p. 508-543.

\_\_\_\_\_. Abertura da Seção Clínica (1977). **Traço Freudiano – Veredas Lacanianas Escola de Psicanálise**, ano 1, n. 0, p. 32-39. p. 1-11. 1992a.

\_\_\_\_\_. A terceira (1974). **Che vuoi?**, Porto Alegre, ano 1, n. 0, p. 13-42, outono1986.

\_\_\_\_\_. Da estrutura como intromistura de um pré-requisito de alteridade e um sujeito qualquer (1966). In: MACKSEY R.; DONATO, E. (Orgs.). **A controvérsia estruturalista: as linguagens da crítica e as ciências do homem**. São Paulo: Cultrix, 1976. p. 198-212.

\_\_\_\_\_. Psychothérapie et Psychanalyse 1968. **Lettres de l'E.F.P**, Paris, n. 7, p. 157-166. 1970.

\_\_\_\_\_. **Meu ensino** (1967-68). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 1**: Os escritos técnicos de Freud (1953-54). 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 2009a.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 2**: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise (1954-55). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 4**: A relação de objeto (1956-57). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 5**: As formações do inconsciente (1957-58). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 7**: A ética da psicanálise (1959-60). 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008a.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 9**: A identificação (1961-62). Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife (Publicação não comercial). 2003d.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 11**: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964). 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008b.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 15**: O ato analítico (1967-68). s/d. Mimeografado [versão anônima]. Disponível em: < <http://pt.scribd.com/doc/111264201/O-Seminario-Livro-15-O-Ato-Psicanalitico> >. Acesso em 20 de nov. 2013.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 17**: O avesso da psicanálise (1969-70). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992b.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 18**: De um discurso que não fosse semblante (1971). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009b.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 20**: Mais, ainda (1972-73). 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008c.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 22**: R. S. I. (1974-5) (Inédito).

\_\_\_\_\_. **O Seminário 23: O Sinthoma** (1975-76). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

LISPECTOR, C. **A paixão segundo G.H.** Rio de Janeiro: Rocco, 2009.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Vozes: Petrópolis, 1975.

MARX, K. **Manuscritos Econômicos Filosóficos** (1844). Lisboa: Ed. 70, 1993.

\_\_\_\_\_. **Formações econômicas pré-capitalistas** (1857-58). 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

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

MILLER, J-A. Produzir o sujeito? In: \_\_\_\_\_. **Matemas I**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. p. 155-161.

MILNER, J-C. **A Obra Clara: Lacan, a ciência, a filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

NIETZSCHE, F. **A gaia ciência**. São Paulo: Escala, 2006. (col. Grandes Obras do Pensamento Universal).

OURY, J. **O Coletivo**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009.

PEREIRA, E. C. **Ensaio de intercessão institucional em um CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2011.

PÉRICO, W.; COSTA-ROSA, A. **Da clínica da Psiquiátrica Organicista à clínica da Atenção Psicossocial: a ampliação da clínica em *intensão* como proposta de transposição paradigmática no campo da Saúde Mental Coletiva**. UNESP - Assis, 2013. Mimeografado [trabalho em construção].

PESSOA, F. **Obra Poética**. Rio de Janeiro. Nova Aguilar S. A., 1994. (Volume único).

QUINET, A. **A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma**. 3. ed. Rio de Janeiro: Florense Universitária, 2008.

\_\_\_\_\_. A Ciência Psiquiátrica nos Discursos da Contemporaneidade. A ciência psiquiátrica nos discursos da contemporaneidade. In: QUINET, A.; PEIXOTO, M. A.; VIANA, N.; LIMA, R. (Orgs.). **Psicanálise, capitalismo e cotidiano**. Goiânia: Edições Germinal. 2002. p. 32-38.

\_\_\_\_\_. **As 4+1 condições de análise**. 8. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

\_\_\_\_\_. **Psicose e laço social**: esquizofrenia, paranoia e melancolia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

\_\_\_\_\_. **Teoria e clínica da psicose**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

RINALDI, D. **A ética da diferença**: um debate entre psicanálise e antropologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

\_\_\_\_\_. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: MELLO M.; ALTOÉ S. (Orgs.) **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. 2005. p. 87-106.

\_\_\_\_\_. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. **Psicanálise e Saúde Mental**: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 141-147.

\_\_\_\_\_.; BURSZTYN, D. C. O desafio da clínica na atenção psicossocial. **Arquivos brasileiros de psicologia**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 32-39, 2008. Disponível em < <http://www.psicologia.ufrj.br/abp/> >. Acesso em: 17 ago. 2011.

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

SOLLER, C. O sujeito e o Outro II. In: FELDSTEIN, R.; FINK, B.; FOANUS, M. (Orgs.) **Para ler o Seminário 11 de Lacan**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 58-67.

SOUZA, A. **Os discursos na psicanálise**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 2008.

STRINGUETA, L.; COSTA-ROSA, A. O grupo intercessor: saber e conhecimento da práxis “psi” na atenção básica. In: CONSTANTINO, E. P. (Org.) **Percursos da pesquisa qualitativa em psicologia**. São Paulo: Arte & Ciência, 2007. p. 145-161.

VERÍSSIMO, L. F. Insônia. In: \_\_\_\_\_. **A Mulher do Silva** (crônicas). Porto Alegre: L&PM, 1984.

VIGANÒ, C. A Construção do caso clínico em Saúde Mental. **Curinga**, Belo Horizonte, p. 50-59, 1999.

## ENSAIO 2

### DO TERAPÊUTICO ALIENANTE AO ANALÍTICO SINGULARIZANTE: CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE DO CAMPO DE FREUD E LACAN E DO MATERIALISMO HISTÓRICO À CLÍNICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL<sup>1</sup>

**Resumo:** O objetivo central desse ensaio é analisar a relação dialética entre os paradigmas de Atenção ao sofrimento psíquico presentes na Saúde Coletiva e os processos de subjetivação implicados neles. Partimos da hipótese de que há, atualmente, dois modos fundamentais de processos de tratamento clínico, com seus respectivos efeitos ético-políticos. O Tratamento Terapêutico Alienante é corolário do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador hegemônico. Tentando se constituir nas brechas instituintes do paradigma hegemônico, o Tratamento Analítico Singularizante desponta no horizonte visando Outro Modo de Produção clínica, resultado do Paradigma Psicossocial, que ainda será (re)definido para-além da Reforma Psiquiátrica. Partindo da psicanálise de Freud e Lacan, do Materialismo Histórico de Marx e de alguns subsídios da Análise Institucional francesa e da Filosofia da Diferença, tentamos trabalhar a hipótese de que se o primeiro modo de tratamento clínico só faz reprodução das relações opressivas típicas do Modo Capitalista de Produção, já que seu efeito ético-político é o tamponamento dos impasses e sintomas e a (re)adaptação social, o segundo modo tem como efeito não somente o equacionamento dos sintomas e a produção de subjetividade singularizada, bem como, e com isso, a possibilidade de produção de “resistência” às práticas opressivas do laço social capitalista. Se no Tratamento Terapêutico Alienante o trabalhador-interventor-disciplinar responde à demanda imaginária de suprimentos (de sentido imaginário-tautológico, de tutela social e de medicamentos) do “sujeito do sofrimento”, mantendo-o no *horizonte ético-político da demanda e da carência*, no Tratamento Analítico Singularizante o trabalhador-intercessor-psicossocial “visa” possibilitar a ele não só a condição de se haver com o “sentido” do que lhe falta, mas também com o “sentido” de que há (estruturalmente) uma falta-a-ser: subjetivação simbólica pelo *horizonte ético-político do desejo* como “bem-dizer”, e do *carecimento* como “movimento absoluto do tornar-se” no intercâmbio social.

**Palavras-chave:** Modos de Tratamentos Psíquicos na Saúde Coletiva; Atenção Psicossocial; Psicanálise; Materialismo Histórico.

---

<sup>1</sup> As ideias centrais desse ensaio foram primeiramente apresentadas na mesa-redonda intitulada “Por uma psicologia não disciplinar: o Dispositivo Intercessor como Modo de Produção de subjetividade e como Modo de Produção de ‘conhecimento’”, no “Encontro de Psicanálise e Filosofia da Diferença”, realizado na UNESP-campus de Assis, em 19 de novembro de 2012.

A volta a Marx não consiste em fetichismo erudito, tampouco o é seguir ao pé-da-letra, nos seus textos [...]. Está fora de questão estabelecer-se, como alguns acreditaram [...] na fortaleza de um marxismo a-histórico, na eternidade dos conceitos [...]. Trata-se, pelo contrário, de armar-nos com os únicos princípios teóricos disponíveis que nos permitirão dominar os gigantescos e difíceis problemas reais que a história apresenta hoje (ALTHUSSER, 1999, p. 13-14).

Trata-se, para mim, de mostrar em que perspectiva, em que alameda se deixa vislumbrar a possibilidade de uma normalização – uma normalização terapêutica – que toda a experiência analítica está aí para lhes mostrar que se choca (LACAN, 1999, p. 330).

## 1. INTRODUÇÃO

Muitas têm sido as formas de tratamentos, como respostas sociais, dadas pelas instituições públicas, sobretudo as de Saúde, às diversas modalidades de sintomas e demais impasses de subjetivação que se apresentam, com maior ou menor grau de sofrimento psíquico, nos sujeitos que demandam tratamento no campo da Saúde Mental Coletiva (SMC). Tais modalidades de respostas vão desde as mais imediatistas, alienantes e estritamente paliativas, rendidas ao (re)produtivismo capitalista – que, pela via de uma *clínica do tamponamento subjetivo*, só fazem ressonância ideológica com a continuidade das relações sociais opressivas do Modo Capitalista de Produção (MCP) –, até às possibilidades, ainda em tímida implementação, de tratamentos psíquicos singularizantes – que, pela via de uma *clínica crítica dos processos de subjetivação*, definitivamente, vão ao encontro dos reais interesses dos “sujeitos do sofrimento”.

Do primoroso trabalho de Michel Foucault temos uma minuciosa elucidação das práticas e dos efeitos das instituições disciplinares, o que nos será muito útil como mais um recurso de análise para a caracterização das duas modalidades de tratamentos psíquicos que pretendemos elucidar. Apesar de já vivermos no bojo do que Gilles Deleuze (1992) nomeou por “Sociedade de Controle”, disciplinarização mais refinada – que no contexto da Atenção<sup>2</sup> pública ao sofrimento psíquico deflagra-se no conhecido “manicômio químico” –, observamos a existência, ainda complementar àquela, de resquícios importantes da “Sociedade Disciplinar” e suas instituições típicas (BENEILLI, 2004). Assim, “na época atual, todas as instituições – fábrica, escola, hospital psiquiátrico, hospital, prisão – têm por finalidade não excluir, mas, ao contrário, fixar os indivíduos” (FOUCAULT, 2003, p. 69). Fixar, reinserir no trabalho e no consumo – alienado e alienante, diríamos com Marx – típicos

<sup>2</sup> O termo “Atenção”, grafado com letra maiúscula, é proposto por Costa-Rosa (2013c) para aludir às modalidades possíveis de conjuntos de ações no campo da Saúde Mental Coletiva; seja a “Atenção Asilar”, seja a “Atenção Psicossocial”: conjuntos de ações dialética e rigorosamente alternativas quanto aos parâmetros mínimos da análise paradigmática propostos pelo autor.

do MCP. Eis o que definimos, a partir de Foucault, como efeitos produtivos das práticas disciplinares: referenciais teórico-técnicos (Saberes científicos), que, estrategicamente, legitimam o Poder Disciplinar cujo intuito ético-político é sempre moldar o comportamento dos indivíduos ao instituído social.

Constatamos, nas últimas décadas do momento histórico contemporâneo, um aumento vertiginoso de terapêuticas ditas alternativas – bem como de práticas místico-religiosas (COSTA-ROSA, 1995, 2008b; QUINET, 2006) – para tratar o mal-estar, igualmente cada vez mais crescente, na civilização (BIRMAN, 1999; NICÉAS, 1997; ROUDINESCO, 2000, 2005). Aumento esse que, inclusive, impeliu o órgão que regulamenta a profissão de psicólogo no Brasil a emitir restrições a certas terapêuticas especificadas como não científicas<sup>3</sup>. Quanto a isso, é por não nos pautarmos na ética deontológica da psicologia que nos posicionamos criticamente em relação às possibilidades de Atenção ao sofrimento psíquico que, histórica e hegemonicamente, vemos prevalecer tanto nas práticas de consultório particular quanto, e especialmente, nas práticas ofertadas nos Estabelecimentos públicos de Saúde.

Considerando-se a especificidade de sua ética, a psicologia, como ciência e profissão, pode no máximo recorrer aos parâmetros científicos tradicionais para dizer o que é ou não pertinente às suas práticas. Logo, tal ética não terá muito a considerar em relação à estrondosa proliferação das Terapias Cognitivo-Comportamental (TCCs), revitalizadas pela sua aliança com as neurociências e, por tabela, com os psicofármacos: bico calado (desconhecimento ou vista grossa?) quanto à natureza dos efeitos terapêuticos e ético-políticos<sup>4</sup> de tais práticas; especialmente, quanto aos efeitos d'*isso*<sup>5</sup> que, ao ser tamponado e capitalizado por tais terapêuticas, acaba sempre por retornar *pior* (LACAN, 2003e). Nas palavras de Costa-Rosa (2013g):

Sob o pretexto da remoção sintomática, pela adição medicamentosa exclusiva ou preponderante, o mais comum é que as terapêuticas do suprimento reforcem o sentido tautológico já presente nas queixas e sintomas [...]. Fora os efeitos de sutura e tamponamento, que também ocorrem, a resultante comum, às vezes escandalosa, é que os sujeitos medicalizados [e/]ou submetidos às psicoterapias “da consciência” e “do comportamento” percebam ressurgir, ou mesmo redobrar-se, a angústia do sintoma (p. 310).

<sup>3</sup> Trata-se da Resolução nº 10 de 1997 do Conselho Federal de Psicologia (1997).

<sup>4</sup> Aqui, nossa hipótese é de que “[...] uma ética desemboca numa política” (LACAN, 2008a, p. 33).

<sup>5</sup> Dimensão Real dos sintomas e dos impasses de subjetivação como gozo angustioso.

As TCCs, como insígnia maior das “psicoterapias da ‘consciência’”, e a medicalização<sup>6</sup>, como resposta *a priori* ante toda demanda de tratamento – ambas os pilares do higienismo e do “controle social-disciplinar” contemporâneos (ROUDINESCO, 2005, p. 89) –, são o carro-chefe dos “‘meios’ de trabalho” (no caso, equipamentos<sup>7</sup> clínicos) típicos do paradigma de Atenção ao sofrimento psíquico hegemônico, não por acaso sintônico com o Modo Capitalista de Produção (COSTA-ROSA, 1987, 2013a, 2013b). Um dos aspectos do produto desse paradigma, desvendado pela análise marxiana das instituições (COSTA-ROSA, 1987; GRUPPI, 1978; LUZ, 1979; PORTELLI, 1977), é a extração indireta da mais-valia; extração que as instituições de Saúde operam ao consumir os produtos de outros setores da produção comum – cujo representante mais emblemático é a gigantesca e próspera indústria químico-farmacêutica. Isso acontece exatamente pelo fato desse paradigma de Atenção conjugar “interesses básicos de um setor social: suas opiniões, suas concepções ideológicas e teórico-técnicas, sua ética, *seus interesses econômicos* e sua forma dominante de produção de saúde e subjetividade” (COSTA-ROSA, 2013b, p. 52, grifo nosso). Assim, o Modo Capitalista de Produção, uma Formação Econômico-Social que incrementa cada vez mais o mal-estar na civilização é, ao mesmo tempo, quem determina o colorido ético-político do paradigma de Atenção ao sofrimento psíquico hegemônico nos Estabelecimentos públicos de Saúde. Disso decorre o fato de que *o produto de tal paradigma de Atenção só poderá ser similar ao produto do Modo de Produção socioeconômico do qual ele deriva.*

O resultado produtivo de tais práticas, por operar a supressão da dimensão subjetiva propriamente singularizante do sujeito – dimensão subjetiva “resistente” à opressão social e, por isso mesmo, essencialmente subversiva (COSTA-ROSA, 2012; 2013g; EVANGELISTA, 1991; MELMAN, 2003) –, somente poderá ser a produção de subjetividade domesticada, adaptada ao instituído social opressor (COSTA-ROSA, 2000, 2013a; GUATTARI; ROLNIK, 1996). Dessa forma, *isso* que emerge nas queixas privatizadas dos indivíduos, privatização que já é efeito produtivo alienante da Formação Econômico-Social no qual estão inseridos,

---

<sup>6</sup> Lançamos mão do termo “medicalização” para fazer referência à prática atual da psiquiatria na sua versão DSM, na qual o remédio (*pharmakon*) é oferecido ao sujeito como Objeto Suposto Curar. Veremos que no Outro paradigma de Atenção proposto a “medicação” é colocada no seu devido lugar de coadjuvante importante em *algumas* situações, sempre no sentido do *fazer falar*, para retomada do potencial simbólico-criativo-desejante, quando se trata de impasses de subjetivação onde o sujeito se vê diante de um gozo limítrofe que emudece e/ou terrifica. A esse respeito ver Costa-Rosa (2013f, 2013g), Laurent (2004) e Melman (2003).

<sup>7</sup> Na Análise Institucional, de tradição francesa, “denomina-se *equipamentos* a uma série de [...] tecnologias muito diversificados [...] cuja finalidade fundamental (mas não única) está a serviço da repressão, do registro ou do controle social. [...] os equipamentos são predominantemente funcionais ao poder. [...] [Por outro lado,] de um *dispositivo* pode, de alguma maneira, dizer-se que é o contrário de um equipamento. [...] caracteriza-se pelo seu funcionamento, sempre simultâneo a sua formação e sempre a serviço da produção, do desejo, da vida, do novo” (BAREMBLITT, 2002, p. 66-67, grifo nosso).

levando-os a formularem uma demanda de tratamento, as “terapêuticas do suprimento” acabam tamponando *e capitalizando*: operação de reinserção do “sujeito do tratamento” à produção e ao consumo (inclusive de psicofármacos!) no laço social capitalista. Por privilegiar estritamente a via terapêutica, o Tratamento Terapêutico Alienante somente poderá produzir (re)adaptação social, já que “[...] não há definição possível da *terapêutica* senão a de *restabelecimento de um estado primário*” (LACAN, 2003d, p. 251, grifo nosso)<sup>8</sup>. Por outro lado, nossa intenção nesse ensaio é mostrar que se outro paradigma de Atenção ao sofrimento psíquico desponta no horizonte ético, operador de um Tratamento Analítico Singularizante, é somente na medida em que coloca a dimensão simbólica-criativa-desejante no centro de sua práxis; pois, em uma das suas muitas definições possíveis, “*o desejo é esse [...] que não deixa descansar, obriga a trabalhar [sempre de forma não alienada e não alienante], a correr, a deslocar, a desobedecer*” (MELMAN, 2003, p. 60, grifo nosso), posto que “para todo o sempre o desejo humano continuará irreduzível a qualquer redução e adaptação. [E] nenhuma experiência analítica [singularizante] irá contra isso” (LACAN, 1999, p. 325).

Já iniciando o necessário debate acerca da ampliação do campo da “psicanálise em intensão”, Freud (1996e) alertava que “uma aplicação desse tipo [ou seja, em outro *lócus* que não o tradicional da psicanálise] pressupõe um conhecimento especializado, que um analista não possui, ao passo que aqueles que o possuem, os especialistas, nada compreendem da [psic]análise” (p. 144). Assim sendo, a utilização da psicanálise e do Materialismo Histórico, como ferramentas teórico-técnicas e ético-políticas no campo da SMC, torna-se urgente, dada a necessidade de ampliação dos referenciais de escuta e intercessão diante dos processos de subjetivação, bem como institucionais, que demandam as mais diversas respostas; processos sempre concebidos, a partir desses referenciais, portanto, como pluri/sobredeterminados (ALTHUSSER, 1984; 1967; FREUD, 1996b; 1996e; LACAN, 2003b; OURY, 2009). Ainda é necessário ressaltar que, se não devemos conceber ingenuamente uma identidade de seus “objetos”, fazendo uma aglutinação simplista desses referenciais, devemos buscar o ponto onde se comunicam e se potencializam (ALTHUSSER, 1984). Se Lacan deve muito a Marx em suas teorizações, partilhamos do ponto de vista de Althusser de que a recíproca – e nos referimos aqui a uma releitura – seja não somente verdadeira, mas necessária<sup>9</sup>.

Postas essas considerações preliminares, o objetivo central desse ensaio é fazer uma discussão cujo ponto de partida se expressa na seguinte questão: em que medida a Formação

<sup>8</sup> Esse ponto será retomado, com outros detalhamentos e acréscimos, sintetizado na **Figura 6** à p. 80.

<sup>9</sup> O próprio Freud já reconhecia que “as investigações de Karl Marx sobre a estrutura econômica da sociedade e sobre a influência de diferentes sistemas econômicos em todos os setores da vida humana adquiriram inegável autoridade nos dias atuais” (FREUD, 1996d, p. 172).

Econômico-Social (que inclui as instituições de Atenção ao sofrimento psíquico) interfere nos processos de subjetivação e vice versa? Especificamente, trata-se de explicitar, a partir de uma *análise paradigmática* dos Modos de Produção da Atenção ao sofrimento psíquico, a existência de dois tipos de tratamentos, dialeticamente contraditórios, como respostas sociais aos sintomas e demais impasses de subjetivação: o Terapêutico Alienante e o Analítico Singularizante. Nossa hipótese base é de que enquanto o primeiro visaria à (re)adaptação ao instituído social opressor, o segundo desponta como possibilidade de oferta de tratamento capaz de ter como efeito – sem que isso seja almejado de forma *a priori!* – a produção de sujeitos “resistentes”<sup>10</sup> a tais relações, orientando-se no horizonte ético da singularização definida como implicação subjetiva e implicação sociocultural.

## 2. UM OUTRO MODO DE PRODUÇÃO DA ATENÇÃO AO SOFRIMENTO PSÍQUICO

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

Não há universal que não deva ser contido por uma existência que o negue (LACAN, 2003c, p. 450).

Muito se tem discutido, e colocado em prática, no contexto da SMC brasileira, no que diz respeito ao campo da Atenção ao sofrimento psíquico no último quarto de século: desde as primeiras críticas ao violento aparato manicomial – sobretudo como eco das pioneiras pesquisas de Foucault (1997) e Goffman (1974), e das experiências de reformas em outros países – até aquelas mais sistematizadas que culminaram no movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1995; YASUI, 1999, 2010). São inegáveis os avanços conseguidos a partir desse percurso. No entanto, nossa hipótese é de que tais críticas e modificações são pautadas em referenciais teórico-técnicos e ético-políticos que ainda não

---

<sup>10</sup> Neste ponto utilizamos o conceito de “resistência” proposto por Michel Foucault (1995), homólogo ao que Deleuze e Guattari (1995) chamam de “linhas de fuga”. Em termos gerais, é definido como a possibilidade dos indivíduos e coletivos escaparem da opressão e da dominação imprimida pelo Poder Disciplinar operado pelas classes sociais dominantes. Apesar de, na maior parte das vezes, utilizar o conceito de “resistência” em um sentido diferente – ou seja, como uma manifestação inconsciente do sujeito no sentido de se contrapor à melhora no tratamento –, temos a hipótese de que às vezes Freud usa o conceito de “resistência” numa acepção próxima a que propõe Foucault. Para ilustrar nossa hipótese, destacamos a seguinte passagem de Freud (1996c): “vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável massa da população. [...] Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos [Atenção Ambulatorial], para as quais serão designados médicos analiticamente preparados, de modo que homens que de outra forma cederiam à bebida, mulheres que praticamente sucumbiriam ao seu fardo de privações, crianças para as quais não existe escolha a não ser o embrutecimento ou a neurose, possam tornar-se *capazes*, pela análise, *de resistência* [*widerstands*]” (p. 180, grifo nosso).

possibilitam uma análise dialética (lógico-histórico-*estrutural*) do campo da Atenção, a ponto de propor *parâmetros de análise* quanto a uma delimitação *eticamente rigorosa*<sup>11</sup> do que se pretende superar (práticas Manicomiais de produção subjetiva alienantes e adaptativas) em relação ao que se pretende criar (práticas Psicossociais de produção subjetiva singularizantes). Desta forma, partindo das produções [prático-]teóricas de Costa-Rosa (1987, 1991, 2000, 2013a, 2013b, 2013d, 2013g; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003) propomos uma análise paradigmática do campo da SMC.

Costa-Rosa (2013a) concebe os paradigmas de Atenção ao sofrimento psíquico como

conjuntos articulados de valores e interesses que se estratificam, criam [equipamentos ou] dispositivos (leves e pesados) e podem chegar à polarização [entre dois paradigmas de produção]. A polarização desses conjuntos de interesses e valores deixa indisfarçável sua função de peças no Processo de Estratégia de Hegemonia, ou seja, de *blocos organizados de interesses e valores sociais específicos que se articulam em contradição dialética. Essa polarização pode chegar à configuração bem nítida de paradigmas contrários* que se digladiam durante tempos indeterminados, até chegarem à substituição de um pelo outro; situação em que poderíamos visualizar um *corte maior* (p. 76, grifo nosso).

Para tal, partimos das contribuições de *experiências de reformas psiquiátricas* localizadas na história e no espaço – A Psicoterapia Institucional (França), as Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e EUA), a Psiquiatria de Setor (França), a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (EUA), a Antipsiquiatria (Inglaterra) e a Psiquiatria Democrática (Itália) (FLEMING, 1976) –, que mesmo não tendo colocado em xeque o paradigma hegemônico de Atenção, no viés da alternatividade dialética, foram inspirações iniciais imprescindíveis, que ao serem metabolizadas e implementadas em conjunto, possibilitam o horizonte de um paradigma de Atenção ao sofrimento psíquico rigorosamente Outro. No que diz respeito à dimensão epistemológica necessária a essa análise paradigmática, bem como à implementação de sua práxis, Costa-Rosa destaca a necessidade de se estabelecer um plano transdisciplinar – referenciais teórico-técnicos e ético-políticos que *superaram dialeticamente* o princípio sujeito-objeto, caro ao Saber-Poder disciplinar – composto basicamente por: 1) uma “Teoria da Análise Política das Instituições”, advinda das produções teóricas de Marx; 2) uma “Teoria da Análise Institucional”, com destaque para os autores franceses Lourau e Lapassade; e 3) uma “Teoria da Constituição Subjetiva”, especificamente a partir da psicanálise do campo de Freud e Lacan, incrementada com algumas inspirações do campo da Filosofia da Diferença. É facilmente constatável que a psicanálise e o Materialismo Histórico são a base epistemológica

<sup>11</sup> Rigor ético, cuja impotência em sustentar, como refere Lacan (1998a, p. 592), nos faz cair no exercício do [Saber-]Poder aviltante sobre o outro.

principal desse novo paradigma de Atenção ao sofrimento psíquico<sup>12</sup>, já que mesmo a Análise Institucional e a Filosofia da Diferença bebem, ou mais ou menos, em uma dessas duas fontes. Essas experiências práticas e elaborações teórico-técnicas e éticas têm possibilitado a designação de um novo paradigma de Atenção ao sofrimento psíquico, como proposta de um *para-além*<sup>13</sup> da Reforma Psiquiátrica no contexto brasileiro.

A análise dos paradigmas de Atenção ao sofrimento psíquico na Saúde Coletiva proposta por Costa-Rosa delimita, portanto, dois Modos de Produção de “saúde” e subjetividade, com suas respectivas modalidades de clínica e efeitos produtivos; ou seja – e isso nos será de extrema importância para diferenciarmos o Terapêutico Alienante do Analítico Singularizante –, “diferentes modos de produzir implicam em diferentes resultados produtivos” (COSTA-ROSA, p. 2013g, p. 299). O autor sugere a designação, por um lado, do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) para o modo atualmente hegemônico e, por outro lado, em contraposição dialética quanto à ideologia, a teoria, a técnica e a ética, o Paradigma Psicossocial (PPS), para designar o conjunto das práticas que pretende superar dialeticamente o PPHM<sup>14</sup>. Partindo da concepção da instituição como “palco de luta social” (LUZ, 1979), a alternatividade desses paradigmas deve ser situada, sobretudo, quanto ao conflito de interesses contraditórios dentro do Processo de Estratégia de Hegemonia capitalista (COSTA-ROSA, 1987; 2013a; GRUPPI, 1978), já que “o projeto psiquiátrico pode ser entendido como parte de uma estratégia global de controle e manutenção da atual ordem social dominante” (BENELLI, 2006, p. 31). Assim, se o PPHM conjuga os interesses sociais e econômicos do polo social dominante, o PPS “visa” à hegemonia dos interesses do polo social dominado<sup>15</sup>. Para a leitura desses paradigmas, em termos diferenciais dialéticos, o autor define *quatro parâmetros de análise mínimos*<sup>16</sup>, quais sejam:

<sup>12</sup> Bem como de um novo paradigma (ou Modo) de Produção de “conhecimento” (sempre a partir da práxis de produção de subjetividade singularizada) no campo das Ciências Humanas, nomeado “Dispositivo Intercessor”. Ver, quanto a isso, o ensaio “Sujeito, subjetividade e “ciência” em Freud e Lacan...” nesta dissertação.

<sup>13</sup> Tomamos de empréstimo aqui a noção de *para-além* proposta por Jacques Lacan (2007, p. 132), que diz respeito ao fato de que a *superação dialética* de algo, como um “ir além”, passa necessariamente por um “servir-se” daquilo que se pretende superar. Assim, propomos que se a Reforma Psiquiátrica brasileira, tal como outras que se deram, ao longo da história, no mundo (FLEMING, 1976), operaram mudanças iniciais em relação ao modo manicomial, apesar de ainda não (eticamente) suficientes, é necessário nos servirmos delas para avançarmos a Outro paradigma de produção de Atenção.

<sup>14</sup> O PPHM e o PPS são especificidades dos paradigmas de produção presentes no âmbito geral do campo da Saúde como um todo, respectivamente, o Paradigma Assistencialista Privatista Medicocentrado (PAPM) e o Paradigma da Produção Social da Saúde (PPSS) (MENDES, 1999). É oportuno dizer que enquanto aquele é o paradigma presente no campo da Saúde Pública, esse diz respeito ao campo da Saúde Coletiva.

<sup>15</sup> Vemo-nos na necessidade de um esclarecimento quanto a esse ponto. Dizer que o PPS “visa” os interesses do polo social subordinado na luta de classes não significa que o trabalhador-intercessor deva (imaginariamente) identificar-se, no sentido psicanalítico do termo, com a causa do “sujeito do sofrimento”. Os referenciais da psicanálise nos possibilitam ver que tal prática somente nos levaria *ao pior* de uma *Clínica do Cuidado* do outro e, portanto, uma prática de subjugação deste pela imposição de padrões de normalidade e cura. É exigência ética

**2.1. Parâmetro um: concepção do ‘objeto’ e dos ‘meios’ de trabalho.** Discorre sobre as 1) “concepções do ‘objeto’” dentro do processo saúde-adoecimento-Atenção (‘objeto’ concebido como estritamente orgânico e passivo no PPHM e “sujeito do tratamento” concebido, no PPS, simultaneamente como indivíduo e *sujeito* posto no lugar do trabalho subjetivo, ou seja, como ser social *entre os homens*<sup>17</sup> e “ser” de sentido em movimento [sujeito *entre significantes* ou sujeito do inconsciente]<sup>18</sup>). Esse parâmetro discorre também sobre os 2) “‘meios’ de trabalho” (medicação, psicot[h]erapias, oficinas, espaços coletivos de tratamento, etc.): equipamentos de *intervenção disciplinar*, no caso do PPHM, e dispositivos de *intercessão analítica*, no caso do PPS. Partindo das teorizações de Costa-Rosa (2008a; 2013g) propomos diferenciar a *intervenção disciplinar*<sup>19</sup> como o adjetivo geral que caracteriza as práticas típicas do PPHM, balizadas pelos laços sociais da Opressão/Reprodução: Discurso do Mestre, Discurso da Universidade e Discurso do Capitalista. Por outro lado, sugerimos especificar a *intercessão analítica*, como o horizonte dos “‘meios’ de trabalho” do PPS, quanto à práxis (em seu

---

do PPS que o trabalhador-intercessor seja coadjuvante (fundamental) nos processos de produção de subjetividade protagonizados pelos próprios “sujeitos do tratamento” (COSTA-ROSA, 2012; 2013g).

<sup>16</sup> Aqui pode ser bastante útil um esclarecimento sobre a relação dos quatro parâmetros que Costa-Rosa propõe, como analisadores dos paradigmas de produção da Atenção, com as quatro dimensões essenciais de análise da Reforma Psiquiátrica propostas por Amarante (1995): dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. Trata-se, no entanto, de duas modalidades de “categorias de análise” de estatuto teórico e epistemológico bem diferente: análise lógico-histórico-estrutural, no primeiro caso, e análise histórica-conjuntural no segundo (COSTA-ROSA, 2013a, p. 68).

<sup>17</sup> Essa dimensão da “concepção do ‘objeto’” contempla justamente o que os autores da *Psiquiatria Democrática* italiana, iniciada por Basaglia (1985), base principal da Reforma Psiquiátrica brasileira, denominam como “‘existência-sofrimento dos pacientes’ e a sua relação com o corpo social” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990, p. 30).

<sup>18</sup> Na escrita de Clarice Lispector (1991) encontramos uma interessante alusão a essas duas dimensões do sujeito: “[...] ser dois: eu para mim e eu para os outros” (p. 32), já que “*nunca chego ao fim de cada um dos modos de existir. Vivo de esboços não acabados e vacilantes. Mas equilíbrio-me como posso, entre mim e eu, entre mim e os homens*” (ibidem, p. 91, grifo nosso). Mesmo Freud (2010) refere que “tal qual um planeta que gira em torno de um corpo central além de rodar sobre o seu próprio eixo, assim o indivíduo também participa do desenvolvimento da humanidade enquanto segue seu próprio caminho” (p. 176). Para Marx (2004), esta é uma dimensão essencial do ser humano como o que lhe é mais característico, singular, ou seja, o seu carecimento (*Bedürfnis*) na relação com o outro. Segundo nossa leitura, Marx refere que o *quantum* de singularização de um sujeito, a ser necessariamente produzido na sua relação com o *socius*, seria expresso nos seguintes termos: “[...] até que ponto o carecimento do ser humano se tornou carecimento humano para ele, portanto, até que ponto o *outro* ser humano como ser humano se tornou um carecimento para ele, *até que ponto ele, em sua existência mais individual, é ao mesmo tempo coletividade*” (p. 105, tradução levemente corrigida). Acerca das duas dimensões do sujeito em sua fruição desejante (o indivíduo e o sujeito do [desejo] inconsciente) confira o ensaio “Sujeito, subjetividade e “ciência” em Freud e Lacan...” nesta dissertação.

<sup>19</sup> Neste ponto, temos que deixar claro que a “intervenção” a qual nos referimos – que especificamos com o adjetivo “disciplinar” – não corresponde conceitual e eticamente ao que alguns importantes autores (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009), partindo da Análise Institucional e da Filosofia da Diferença, chamam de Pesquisa-Intervenção. No entanto, colocamos uma questão, que nos parece deixar em aberto perspectivas de futuras pesquisas: a Pesquisa-Intervenção, sem os referenciais de escuta e de posicionamento estratégico a partir da leitura do laço transferencial possibilitados pela psicanálise do campo de Freud e Lacan, poderia, de fato, alcançar os efeitos ético-políticos singularizantes que coloca em seu horizonte? Acerca dos desdobramentos iniciais dessa questão, confira o ensaio “Sujeito, subjetividade e “ciência” em Freud e Lacan...” nesta dissertação.

sentido marxiano e freudiano do termo) que ocorre nos laços sociais da Singularização, iniciando-se no Discurso da Histeria (também nomeado Discurso do Sujeito) com a intenção de revolução discursiva em direção ao Discurso do Analista, que permanece como horizonte<sup>20</sup>.

## **2.2. Parâmetro dois: formas da organização das relações intra e interinstitucionais.**

Versa sobre a hipótese de que a forma como a instituição está organizada, a partir de um dado Modo de Produção, implica em modalidades de processos e de efeitos produtivos específicos. Trata-se da consideração da instituição como intermediário necessário, como equipamento (ou dispositivo) clínico de tratamento: 1) Modo Capitalista de Produção no caso do PPHM – caracterizado pela verticalização das relações intra e interinstitucionais, estratificação das decisões na gestão, interprofissionalidade fragmentária segundo o princípio taylorista de produção; e 2) Modo Cooperado de Produção (MCoP) no PPS – caracterizado pela horizontalização das relações intra e interinstitucionais, cogestão e autogestão dos coletivos, interprofissionalidade integradora do processo de produção da Atenção segundo o princípio cooperado)<sup>21</sup>;

## **2.3. Parâmetro três: formas do relacionamento com a clientela e o Território.** Diz respeito às diferentes possibilidades de enlaçamento social entre a instituição e os “sujeitos do tratamento”, a população em geral e o Território. Em outros termos, ao que se refere às *modalidades de ofertas transferenciais de tratamento* possíveis. Importam também, quanto a esse parâmetro, os significantes com os quais as instituições se fazem representar no imaginário da população em geral, bem como a maneira como se inserem no Território. No PPHM predominam as relações intersubjetivas verticalizadas (relações *inter* loucos e são), típicas do Modo Capitalista de Produção: relações tipo carente-supridor, ignorante-*sapiente*, onde há nenhum ou pouco espaço para a fala do sujeito. O trabalhador-interventor-disciplinar nesse paradigma se identifica com o lugar de (su)posição de saber e poder imaginário em que é colocado. Em relação à população em geral, esse paradigma apenas responde no nível das encomendas sociais<sup>22</sup> onde seus Estabelecimentos institucionais não passam de lugar

<sup>20</sup> Esses discursos serão explicitados mais à frente no “subitem 3.1.”

<sup>21</sup> Para um exame mais detalhado desse parâmetro de análise confira Costa-Rosa (1987, 2013a, 2013b).

<sup>22</sup> “Demanda Social” e “encomenda social” são conceitos importantes da Análise Institucional (LOURAU, 1975). Primeiramente, é necessário diferenciarmos a Demanda Social da Demanda Subjetiva. Em termos gerais, a demanda subjetiva é definida pela psicanálise como a passagem do desejo inconsciente à linguagem; processo a partir do qual o sujeito pode: alienar-se mais, caso ele se fixe nas demandas que formula de forma linguageira; ou menos, caso a ele seja possível aí não se fixar para, com isso, deslizar em seu diferir (como sujeito em sua fruição desejante). A Demanda Social tem sempre um caráter de dimensão instituinte, dado o fato de ser “hiância em sentido amplo; conjunto das pulsações produzido pelo antagonismo das forças em jogo no espaço socioeconômico e cultural” (COSTA-ROSA, 2013a, p. 39, grifo nosso). As pulsações da Demanda Social emergem de tempos em tempos e delas podem surgir movimentos sociopolíticos contestadores do instituído

depositário dos “sujeitos problemáticos”. O PPS caracteriza-se pelas relações intersubjetivas horizontalizadas (relações de interlocução) a partir da abstenção, por parte do trabalhador-intercessor, de respostas às demandas subjetivas de saber e governo nele supostas pelo sujeito, no intuito de fazer operar as revoluções discursivas que coloquem o indivíduo e o *sujeito* no lugar do trabalho do processo de produção de “subjetividadessaúde”<sup>23</sup> singularizada. Dado que suas instituições são espaços contínuos (de interlocução) em relação ao Território, suas ações não só não respondem diretamente no nível das encomendas sociais que lhe são feitas como visam atingir o nível das pulsações da Demanda Social para, com isso, quando for o caso, referir as encomendas a outras áreas das Políticas Públicas, que não a Saúde;

**2.4. Parâmetro quatro: formas de seus efeitos e desdobramentos em termos terapêuticos e ético-políticos.** Parte do fato de que “será pertinente interrogar a modalidade e os efeitos dessa produção (COSTA-ROSA, 2013d, p. 24) e, principalmente, os “desdobramentos éticos desses efeitos” (ibidem, p. 11). Esse parâmetro visa analisar o estatuto ético-político dos efeitos das práticas de Saúde Mental, em termos de produção de: “subjetividadessaúde” alienada/capitalística – (re)adaptação ao instituído social opressor – no caso do PPHM (ética da adaptação e da carência) e “subjetividadessaúde” desejante/singularizada – implicação subjetiva e implicação sociocultural – no caso do PPS (ética do desejo e do carecimento). Essas duas modalidades de produção de “saúde” e subjetividade são efeitos produtivos dos dois modos de tratamentos aos impasses de subjetivação, operadas pelas instituições de Saúde, respectivamente, o Terapêutico Alienante e o Analítico Singularizante.

Se postulamos que a superação paradigmática deverá, necessariamente, operar mudanças radicais nesses quatro parâmetros, no entanto, é importante deixar claro que não se

---

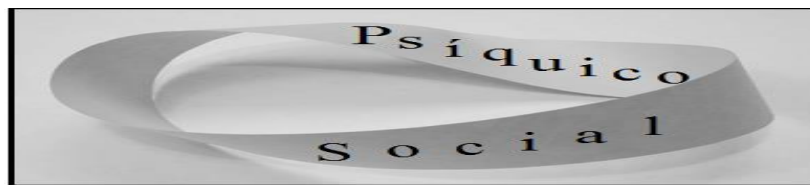
social. No entanto, quando essas pulsações instituintes sofrem a ação da ideologia capitalista, ao serem por ela capturadas (DELEUZE; GUATTARI, 1997), são transmutadas em “encomendas sociais”. No contexto da SMC, as encomendas podem tanto serem feitas diretamente pelos “sujeitos do tratamento” (por exemplo, a encomenda por suprimentos medicamentosos), quanto pelos próprios trabalhadores a outros trabalhadores ou instituições (um exemplo básico desse tipo de encomenda social são os pedidos de tratamentos, feitos à área da Saúde, realizados pelos Estabelecimentos institucionais da Educação, principalmente as escolas de ensino primário, pedidos esses que denotam – *para os que têm recursos teórico-técnicos de apreensão* – a psicologização e a patologização, com a conseqüente medicalização, do *processo* ensino-aprendizagem). Para fins de diferenciação, nesse trabalho, a Demanda Social será referida com iniciais maiúsculas, enquanto que a Demanda Subjetiva simplesmente como “demanda”.

<sup>23</sup> Para ressaltar a *processualidade* inerente à subjetivação singularizada, Costa-Rosa (2013g, p. 300) cunha o significativo “saudeesubjetividade”. Além de denotar a indissociabilidade entre produção de subjetividade e produção de “saúde”, dada a duplicação do “s”, denota a natureza *processual* e *plural* da produção de “saúde”, *produzida e apropriada por aquele que a produz no ato mesmo da sua produção*. Esse conceito também será homólogo, especificamente no campo psíquico, ao de “subjetividadessaúde”, que, igualmente, ao duplicar o “s”, indica a pluralização dos processos de subjetivação: “A pluralização dos termos subjetividade e saúde incluídos nesse novo significativo pretende indicar a pertinência da simultaneidade de diferentes modos da subjetividade e, portanto, de diferentes modos da saúde. Indica também a consideração de processos [tanto de “saúde” quanto de subjetividade] em constante transformação” (COSTA-ROSA, 2010, p. 3).

trata de idealismo teórico; pelo contrário. Considerando a natureza dos seus referenciais teórico-técnicos e ético-políticos, a construção do PPS se dá constantemente no “chão firme” da práxis, no que Costa-Rosa (2013b) refere como “luta paradigmática *in vivo*” (p. 150). Inclusive, é somente no âmbito das práticas cotidianas que podem surgir os embriões da alternatividade *dialética*. É fato, também, que o PPS ainda se encontra no horizonte (ético) e que na atualidade somente podemos falar em transição paradigmática, e ainda em contextos bastante localizados, inclusive historicamente (COSTA-ROSA, 1999; MONDONI; COSTA-ROSA, 2010; COSTA-ROSA; DEVERA, 2008). Pautando-se principalmente na ética da psicanálise, que não cai na impotência exatamente por assumir sua impossibilidade de fazer-se Toda, o trabalhador-intercessor deverá ter claro que “O PPS inicia[-se] como tática micropolítica nas brechas abertas no PPHM e no MCP [...], aspirando à elaboração de uma estratégia de gestão que seja capaz de se tornar hegemônica” (COSTA-ROSA, 2013d, p. 40). No entanto, a fim de destacarmos o viés dialético que ajusta o nosso olhar para os paradigmas de produção presentes na Saúde Coletiva, é preciso deixar claro que “estamos longe [...] de qualquer visão paradisíaca em que se possa exercitar o paradigma psicossocial sem que ele se veja simultaneamente fustigado por pulsações que lhe são antagônicas” (COSTA-ROSA, 2000, p. 166).

O que é imprescindível mencionar, mesmo que de passagem, acerca desse referencial de análise, é que definimos a “Atenção Psicossocial”, como o conjunto de práticas desse novo paradigma (PPS), para além de concepções genéricas como “reabilitação psicossocial” ou “apoio psicossocial” (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003) e, portanto, para além das práticas cuidadoras-pedagógicas-disciplinares ainda comuns nas propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb). Outra importante nuance do significante “Psicossocial” *por nós ressignificado*, para além da concepção costumeira como simples aglutinação do campo *psi* com o social, diz respeito às imprescindíveis contribuições do Materialismo Histórico e, sobretudo, da psicanálise. Lacan (2003f) se utiliza da fita de Möebius – em que as duas superfícies da mesma, unidas em suas pontas após uma ligeira torção, mostram uma continuidade entre o dentro e o fora – para ilustrar topologicamente o fato de que os processos subjetivos e sociais se passam num dentro-fora-contínuo. Dessa forma, redefinimos o significante “Psicossocial” a partir da hipótese da *concepção moebiana da subjetividade*, ao considerarmos a proposição de que a configuração sócio-simbólica da Formação Econômico-Social é uma importante modalizadora dos processos de subjetivação e vice-versa (Figura 1). Ou seja, os efeitos de alienação *ou de singularização*, aí produzidos, são sempre simultaneamente sociais e subjetivos (MELMAN, 1992, 2003): tanto o social é subjetivado,

quanto a subjetividade é sociocultural. Mesmo Freud (2013) já não era alheio a essa constatação na medida em que afirmava que, na vida anímica, a psicologia individual é simultaneamente psicologia social; ou ainda, já no famigerado capítulo sete de *A interpretação dos sonhos* (FREUD, 2012, p. 640) onde deixou explícito que não há nada que chegue à percepção consciente do mundo que antes não passe pelo clivo da censura inconsciente. Eis um dos motivos pelos quais Althusser (1984, p. 77), e o próprio Lacan (1998b, p. 215), afirmam ser a psicanálise, tal como o Materialismo Histórico, uma “ciência” pautada em princípios dialéticos. “Há uma homologia fundamental entre os métodos interpretativos de Marx e de Freud” (ZIZEK, 1996, p. 297). Aliás, essa perspectiva – mas haverá muitas outras – já nos dá argumentos suficientes para justificar a importância da utilização do Materialismo Histórico, juntamente com a psicanálise, como campos de saberes imprescindíveis à práxis do trabalhador-intercessor, bem como à leitura dos paradigmas de Atenção ao sofrimento psíquico na SMC.



**Figura 1: Resignificação do significante “Psicossocial” a partir da concepção dos processos subjetivos e sociais como continuidade moebiana dentro-fora.**

Postulamos ainda que ao horizonte ético-político de produção de subjetividade do PPS, será necessária a formação de novos trabalhadores-intercessores, que passarão a sustentar o adjetivo “Psicossocial” (BENELLI; PÉRICO; COSTA-ROSA, 2013)<sup>24</sup>. Desta forma, um “psicólogo Psicossocial”, tal como os outros intercessores, deverá ser um trabalhador necessariamente possuidor de uma formação intelectual – bem como subjetiva<sup>25</sup> – complexa e transdisciplinar, munido das ferramentas basilares já citadas, para lidar com a complexidade do campo da SMC, já que diante dos horizontes éticos do PPS “[...] ninguém está livre de se confrontar com os limites da disciplina na qual foi formado” (COSTA-ROSA, 2013h, p. 227). Tais trabalhadores, munidos de referenciais transdisciplinares de intercessão,

<sup>24</sup> No mesmo núcleo de trabalho onde realizamos essa Intercessão-Pesquisa, por exemplo, encontra-se em andamento uma importante teorização para o campo da SMC que visa pensar o lugar necessário para a Terapia Ocupacional nesse novo paradigma de produção de ‘subjetividadessaúde’. Trata-se do projeto de pesquisa intitulado “Terapia Ocupacional *Psicossocial*: (re)invenção da clínica a partir das contribuições da psicanálise de Freud e Lacan” (SHIMOGUIRI, 2013). A esse respeito ver também Costa-Rosa (2013h).

<sup>25</sup> Referimo-nos aqui ao tratamento psíquico previamente necessário do trabalhador-intercessor, posto que lhe será exigido, no dia-dia da clínica, posicionar-se de tal forma que suas próprias questões subjetivas não interfiram nos processos de subjetivação dos “sujeitos do tratamento”.

poderão ofertar um modo de tratamento cujo efeito político poderá ser a contraposição às práticas coercitivas disciplinares (FOUCAULT, 1984, 2007). Horizonte ético que “visará” – e aqui sempre temos que destacar as aspas dessa visada – permitir aos “sujeitos do sofrimento” o reposicionamento subjetivo, diante das conflituosas que os atravessam e perante as quais poderão ser também (possíveis) atravessadores: Costa-Rosa (2000, 2013a, 2013g) definiu tal fim, a partir da ética freudiana revisitada por Lacan – necessariamente sem desconsiderar a ética marxiana<sup>26</sup> –, como implicação subjetiva e implicação sociocultural.

Neste ponto é necessário mencionar a originalidade dessa (re)definição da Atenção Psicossocial para além da RPb. Por ter a psicanálise do campo de Freud e Lacan como horizonte teórico-técnico e ético principal, esse paradigma de Atenção faz uma nova leitura da prática da inclusão do “sujeito do sofrimento” psíquico; prática que se encontra sobremaneira no centro da proposta da Reforma Psiquiátrica italiana, que muito influenciou a experiência brasileira. Se atualmente há no campo da SMC *uma tensão entre a clínica*, como propõe a psicanálise, e a *política* de reinserção social, como propõe a RPb (RINALDI, 2005, 2006), é porque esta não parte da *clínica* do sujeito do inconsciente. Ao fazer isso, a RPb acaba operando uma prática que visaria a *implicação sociocultural* sem passar pela via singularizante da *implicação subjetiva*<sup>27</sup>. Tensão essa que o PPS visa superar, já que a ética

---

<sup>26</sup> Ética do “carecimento”, absolutamente sintônica (porque moëbianamente contínua) com a ética da psicanálise, que se opõe à ética da “carência” (MARX, 1984; 2004). O carecimento (*Bedürfnis*) – muito equivocadamente traduzido em língua portuguesa por “necessidade” na obra de Marx (GIANNOTTI, 1985) – e a carência (*Notwendigkeit*) são dimensões sócio-subjetivas claramente explicitadas por Marx (1984) quanto à definição do que seja, para ele, a *riqueza humana*: “Na verdade, entretanto, quando despida de sua estreita forma burguesa, *o que é a riqueza*, senão a totalidade das necessidades, capacidades, prazeres, potencialidades produtoras, etc., dos indivíduos, adquirida no *intercâmbio universal*? [...] O que é, senão a *plena elaboração de suas faculdades criadoras* [...]? O que é a riqueza, *senão uma situação em que o homem não se reproduz a si mesmo numa forma determinada, limitada* [carência], mas sim em sua totalidade, *se desvencilhando do passado e se integrando no movimento absoluto do tornar-se?* [carecimento]. Na Economia Política burguesa – e na época de produção que lhe corresponde – *este completo desenvolvimento das potencialidades humanas aparece como uma total alienação* [...]” (p. 80 – 81, grifo nosso). O que Marx observa é que, com o desenvolvimento do capitalismo, a dimensão da carência, como “necessidades” alienadas (porque ideologicamente incutidas) tem tomado a dianteira sobre a dimensão do carecimento, como “necessidades” propriamente humanas: é a negação da riqueza humana, negação como carecimento alienado/estranhado. Deste modo, será de muita valia a utilização das conceituações sobre a demanda subjetiva e o desejo da psicanálise juntamente com as teorizações acerca da carência e do carecimento tal como propõe o Materialismo Histórico para a leitura tanto do processo quanto dos efeitos dos dois tipos de tratamento que estamos descrevendo (COSTA-ROSA, 1999, p. 18-19). Assim, o Terapêutico Alienante privilegia a via da demanda-carência, absolutamente sintônica com a fixação dos indivíduos nas ofertas de *suprimentos do consumismo capitalista*, enquanto que o Analítico Singularizante tem em seu horizonte ético-político a via desejo-carecimento, sempre na direção do “curar-se” – o *Sorge* de Heidegger (COSTA-ROSA, 2013g, p. 293-5) – por meio do “movimento absoluto do tornar-se”.

<sup>27</sup> Estamos plenamente de acordo com a afirmação de Costa-Rosa (2009) de que a RPb, contrariamente ao seu próprio ideal, desemboca em práticas de “inclusão excludente”. Como refere Rinaldi (2006), apesar da “boa intenção” de “humanizar” o tratamento e “dar voz” àqueles que foram excluídos pelas práticas manicômias, a RPb acaba por cair na “[...] *lógica da cidadania que se reafirma por meio do Discurso do Mestre*, na medida em que se parte de um modelo pré-estabelecido a partir de um saber apriorístico e universal sobre o que é bom para o sujeito” (p. 145, grifo nosso). Quanto a isso, Lacan (1991) nos dirá que não há Bem Supremo (como proposto pela filosofia de Platão e Aristóteles), muito menos *a priori*, pois ao supor tal bem corre-se o risco, muito

presente em sua proposta de *direção do tratamento* (LACAN, 1998a) indica que a produção do cidadão (dimensão do sujeito entre os homens, ou “existência-sofrimento”), *quando fosse uma demanda subjetiva do próprio sujeito*, passaria necessariamente pela produção de sentido novo e contínuo do *sujeito* entre significantes. “Todo projeto endereçado ao coletivo é válido, desde que não encubra a singularidade do sujeito” (MONTEZUMA, 2000, p. 118). No PPS, clínica e política são tomadas como moëbianamente contínuas, sendo que uma não é sem a consideração da outra: nesta perspectiva, o caminho do cidadão (de direitos) passará necessariamente pelo via do sujeito do inconsciente. Nas palavras de Costa-Rosa (2013g):

É a retomada da *potência de produção de sentido radicalmente novo* [*reestabelecimento ou maximização* da dimensão simbólica-criativa-desejante do *sujeito* nos impasses do recalçamento ou a *reconstrução* da “máquina humana de subjetivar” nos impasses da forclusão], que é capaz de mudar a relação do sujeito com o sentido do sofrimento e do sintoma [ou ainda do delírio], e ao mesmo tempo *permitir-lhe outros modos de posicionamento nas relações sociais* (laços sociais), que se encontravam dificultadas ou mesmo impossibilitadas (p. 304, grifo nosso).

Esse aspecto, por exemplo, já é suficiente para observarmos o quanto é necessário que as mudanças se deem simultaneamente nos quatro parâmetros de análise dos paradigmas, se quisermos possibilitar Outra modalidade de produção de “subjetividadessaúde”: retomando uma hipótese que desenvolvemos em outro lugar (PÉRICO; COSTA-ROSA, 2013) – onde tentamos discutir qual o sentido da ampliação da clínica –, se a RPb, em comparação com o paradigma de Atenção que visa superar, operou a necessária diversificação dos “‘meios’ de trabalho” (ampliação da clínica em extensão longitudinal), e apenas em parte ampliou a “concepção do ‘objeto’” – ao incluir a dimensão da “existência-sofrimento” –, resta ainda a indispensável consideração da dimensão do sujeito do inconsciente *entre significantes* como produção de sentido novo e contínuo (ampliação da clínica em Profundidade Latitudinal); *ampliação sem a qual a RPb será apenas reforma do mesmo paradigma* e não avançará na

---

frequente, da imposição de um “modo de gozo” tido como universal; portanto, que desconsidera a singularidade de um sujeito em prol do princípio de normalidade. “Recusamo-nos, da maneira mais enfática, a transformar um paciente, que se coloca em nossas mãos em busca de auxílio, em nossa propriedade privada, a decidir por ele o seu destino, a impor-lhe os nossos próprios ideais, e, com o orgulho de um Criador, a formá-lo à nossa própria imagem e verificar que isso é bom. [...] é esse [inclusive] o lugar adequado para a descrição médica, que, em outros aspectos, somos obrigados a ignorar” (FREUD, 1996c, p. 178). Aliás, como refere Rinaldi (1996), do ponto de vista da ética da psicanálise, a única coisa que pode ser afirmada como universal é a diferença, o diferir – outro nome para o desejo – singular de cada um. Por outro lado, não queremos com isso dizer que o princípio da desinstitucionalização pela via da reinserção social seja prescindível. Pelo contrário, aliás. Somente ressaltamos que as possibilidades de volta ao laço social sem a consideração da especificidade de cada sujeito, no que diz respeito a sua estrutura subjetiva, bem como, e portanto, às respectivas demandas de intercessão e subjetivação, acabam operando um imperativo normativo. Assim, se a “inclusão” conduz *ao pior*, a ética do intercessor, que nunca toma partido, visa um dispositivo que coloque o indivíduo (e o *sujeito*) no comando das suas demandas e possibilidades singulares de subjetivação.

direção de um Outro paradigma de Atenção ao sofrimento psíquico. Tomando de empréstimo um comentário de Freud (1996e) sobre o bolchevismo russo, se a RPb não operar tal ampliação, continuará se configurando como uma “sinistra semelhança com aquilo contra o que está lutando” (p. 175).

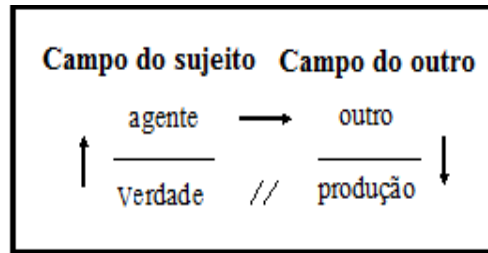
### 3. OS LAÇOS SOCIAIS DE PRODUÇÃO, A FORMAÇÃO ECONÔMICO-SOCIAL E A SAÚDE MENTAL COLETIVA

#### 3.1. Os discursos que fazem laço social e um que não faz

Não há realidade pré-discursiva, cada realidade se funda e se define por um discurso (LACAN, 2008c, p. 37).

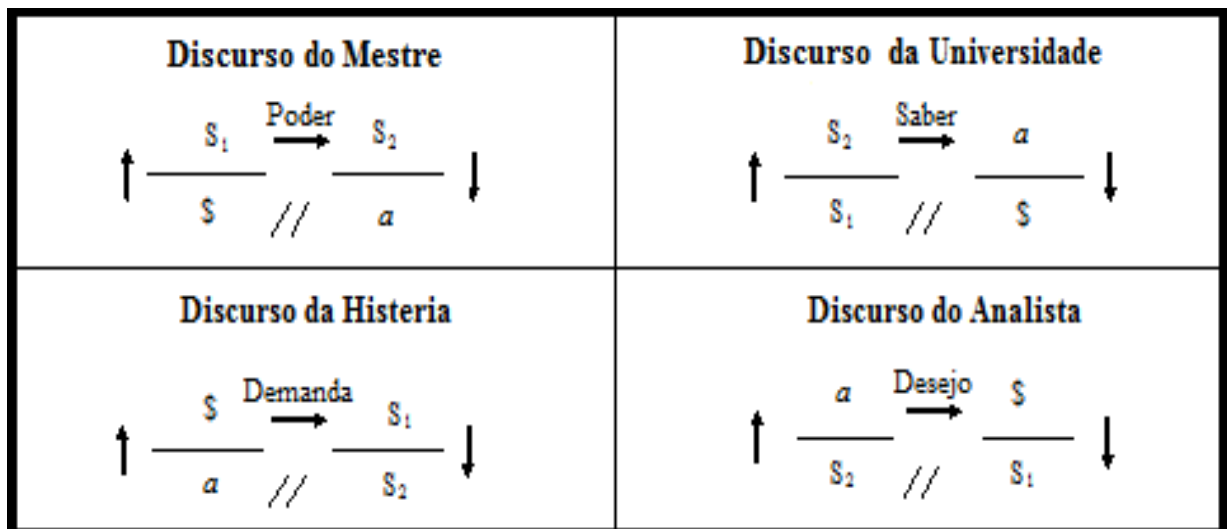
Bem logo à efervescência dos eventos de maio de 1968 na França, Lacan propõe em seu ensino, já tradicional há alguns anos na forma de Seminários, a necessidade ética de pensar “O avesso da psicanálise”, tema que dá título ao seu 17º Seminário (LACAN, 1992). Em um dos vários planos de leitura dos discursos como laços sociais de produção, podemos definir como versões do “avesso da psicanálise” todo laço social cuja consequência seja o agenciamento do outro como objeto de opressão, ou seja, toda prática social que, portanto, não considera o outro como sujeito em sua singularidade subjetiva. Lacan tem a intenção de tornar possível caracterizar, *lato sensu*, toda forma de relação social. Isto quer dizer que, para ele, toda forma de fazer enlace social vai se dar a partir de uma modalidade de discurso, a saber: o Discurso do Mestre, o Discurso da Universidade, o Discurso da Histeria (ou do Sujeito) e o Discurso do Analista.

Utilizando-se do que, na Lógica da Teoria dos Conjuntos da matemática, denomina-se “permutação circular”, Lacan propõe quatro lugares para a estrutura do discurso: o agente, a verdade, o outro e a produção. As barras paralelas (//) indicam haver uma interdição entre produção e verdade, mesmo porque esta não pode ser dita em sua totalidade. As barras horizontais indicam velamento ou supressão do que está abaixo. Assim, lemos a estrutura do discurso: um *agente*, que movido por sua *verdade*, agencia um *outro* que responde com uma *produção*:



**Figura 2: Composição dos quatro lugares da estrutura do discurso como laço social de produção proposta por Jacques Lacan (1992).**

Esses quatro lugares vão ser habitados por quatro elementos da álgebra lacaniana ( $\mathcal{S}$ ,  $a$ ,  $S_1$ ,  $S_2$ ). Cada elemento desses terá uma conotação específica dependendo do lugar onde se encontra na estrutura discursiva. O sujeito ( $\mathcal{S}$ ), umas vezes será o sujeito suprimido no discurso, outras vezes será o sujeito do [desejo] inconsciente, sujeito barrado (e pulsante) pela entrada no simbólico; o objeto  $a$  figurará, às vezes, o objeto causa do desejo, outras vezes o objeto “mais-gozar” como gozo que se goza na dissipação, gozo extraído; o  $S_1$  figurará o mestre imponente quando no lugar de agente do Discurso do Mestre, o mestre a ser derrubado quando posto no lugar do trabalho no Discurso da Histeria, o autor quando no lugar da verdade no Discurso da Universidade, ou ainda [“esse um”] *como (conjunto de) significante(s) capaz(es) de produzir cortes radicais na produção de sentido pelo sujeito* quando no Discurso do Analista;  $S_2$  denotará o saber consciente, saber enciclopédico, ou ainda o conjunto de saber inconsciente para um indivíduo no Discurso do Analista. A cada um quarto de giro em sentido horário na permutação circular destes elementos teremos a configuração de um discurso como laço social de produção:



**Figura 3: Escrita dos quatro Discursos Radicais como laços sociais propostos por Jacques Lacan.**

Assim, no Discurso do Mestre (DM) temos o Mestre ( $S_1$ ) agenciando o outro como detentor de um saber-fazer ( $S_2$ ), impulsionando-o a produzir um saber que será expropriado e útil ao Mestre, pois é a partir deste saber (consciente, racional), extraído do outro, que ele preferirá uma ordem. Este saber é expropriado do outro-escravo e aproveitado apenas pelo mestre. Neste discurso, a verdade escamoteada pelo Mestre é sua condição de sujeito falta-a-ser ( $\mathcal{S}$ ), com o intuito de esconder sua impotência. Devido o fato de que “o mestre surge [*supostamente*] sem divisão, uno, inteiro, completo, [...] é desse semblante de unidade que emana o poder exacerbadamente sugestivo dos significantes que profere” (JORGE, 2006, p. 135). Em tal discurso, o que domina é o poder sobre o outro e a produção é o gozo ( $a$ ), “mais-gozar” que, tal como a mais-valia no bojo da luta de classes, não é apropriado por aquele que produz. Por ser o discurso que toma o outro como portador de um saber consciente – expropriado e a partir do qual o mestre emite uma ordem – esse laço social pode ser referido também como “discurso do poder”: *pois então, faça isso!* ( $S_1 \rightarrow S_2$ ).

No Discurso da Universidade (DU) encontramos o saber enciclopédico ( $S_2$ ) – saber dos livros – agenciando o outro como objeto de pesquisa (inclusive diagnóstica) ou de ensino ( $a$ ), tendo como resultado a supressão da singularidade do sujeito ( $\mathcal{S}$ ). Esse discurso tem como verdade recalcada o autor ( $S_1$ ). É muito interessante notar o fato de que Freud, mesmo ainda não tendo chegado a uma teorização sistematizada acerca dos discursos como laços sociais, já era sensível a essa possibilidade discursiva e a seus efeitos:

Se o conhecimento [enciclopédico] acerca do inconsciente fosse tão importante para o paciente, como as pessoas sem experiência de psicanálise imaginam, ouvir conferências ou ler livros seria suficiente para curá-lo. Tais medidas, porém, têm tanta influência sobre os sintomas da doença psíquica, como a distribuição de cardápios numa época de escassez de comida tem sobre a fome. A analogia vai mesmo além de sua aplicação imediata; pois, *informar o paciente sobre seu inconsciente redundante, em regra, numa intensificação do conflito nele e numa exacerbação de seus distúrbios* (FREUD, 1996a, p. 23, grifo nosso).<sup>28</sup>

<sup>28</sup> Um dos posicionamentos mais contundentes de Lacan – que, apesar de enunciado em seu Seminário 17, já estava esboçado nos primeiros seminários – diz respeito ao fato de considerar a psicologia como um todo, e de passagem a prática operada na *International Psychoanalytical Association*, dado que esta havia caído no revisionismo psicologista (ALTHUSSER, 1984), um erro de perspectiva, já que se “o psicanalista acredita saber alguma coisa, em psicologia por exemplo, já é o começo de sua perda, pela boa razão de que em Psicologia ninguém sabe grande coisa, a não ser que a Psicologia seja ela mesma um erro de perspectiva sobre o ser humano” (LACAN, 2009, p. 362); erro de perspectiva, pois toma o Homem como objeto de *intervenção disciplinar* e não como indivíduo mais o *sujeito* colocados no lugar do trabalho no Modo de Produção do sentido singular; produção do sentido como *o bem que mais-vale ao Homem* (LACAN, 2008a).

Por ser o laço social onde o outro é agenciado como objeto de um saber, esse laço social de produção de subjetividade, no contexto da Saúde Mental Coletiva, pode também ser referido como “discurso do saber” diagnóstico médico-psicológico: *você é/tem isso!* ( $S_2 \rightarrow a$ ).

No Discurso da Histeria (DH) temos o sujeito em sua divisão subjetiva, “sujeito do sofrimento” ( $\mathcal{S}$ ) interpelando o outro-mestre ( $S_1$ ) para que ele produza o saber ( $S_2$ ), supondo que este daria conta do seu sofrimento sintomático ( $a$ ). Vemos que nesse discurso, como refere Lacan (1992), o sujeito coloca o mestre contra a parede demandando dele o saber sobre *isso* que o divide e faz sofrer. Por colocar o outro no lugar da mestria, esse modo de laço social, cujo agente é o “sujeito do sofrimento”, poderia também ser referido como “discurso da demanda”: *dá-me o que preciso!* ( $\mathcal{S} \rightarrow S_1$ ).

No Discurso do Analista (DA), Lacan postula o analista como aquele que, ao não responder à demanda do “sujeito do sofrimento” no DH, posiciona-se como *semblante do objeto (causa) do desejo* no lugar do agente ( $a$ ), impulsionando o sujeito ( $\mathcal{S}$ ) a produzir seus próprios significantes mestres ( $S_1$ ), aqui como *enxame contínuo de sentido novo*. A verdade deste discurso é o fato do analista-intercessor colocar o seu saber enciclopédico ( $S_2$ ) – bem como pedagógico e cuidador – em suspenso, para operar com uma modalidade absolutamente singular de  $S_2$  que Lacan nomeou “ignorância doutra”, como saber intercessor. Na psicanálise não é o saber do analista que opera, mas sim o saber produzido por um sujeito no ato da fala: a posição de analista ( $a$ ), eventualmente encarnada por alguém, enquanto *um lugar central vazio de Saber-Poder*, maximiza a falta-a-ser (*parlêtre*) do lado do analisante. Desta forma, no DA, horizonte ético do PPS,

não há lugar para agenciador tirano, pastor ou quaisquer outras figuras de bondade do “saber-poder”. O agente ( $a$ ) [a partir do Modo de Produção Discurso do Analista] adquire a consistência do intercessor. Aí o saber ( $S_1$  como enxame de sentido) produzido pelo  $\mathcal{S}$  assume textura inconsciente e *potência de transformação sintomática e de ciframento significativa da angústia em suas diferentes formas*; incorporando-se ao seu “patrimônio” simbólico ( $S_2$ ) como aumento da plasticidade de novas respostas às diferentes situações (COSTA-ROSA, 2011, p. 755, grifo nosso).

O  $S_2$ , nesse discurso, representa também as cadeias de significantes de um sujeito como “patrimônio” simbólico inconsciente. Por ser o único laço social cujo efeito é a colocação do outro, concebido então como indivíduo e *sujeito*, no lugar da possível/parcial “mestria-de-si”, poderia também ser nomeado como “discurso do desejo”: *afinal, tem agido conforme o desejar [constante diferir] que te anima?* ( $a \rightarrow \mathcal{S}$ ).

Segundo Quinet (2006) essas modalidades de laços sociais seriam, respectivamente, referentes aos impossíveis (freudianos) de se realizarem em sua totalidade, no que diz respeito aos atos de governar (DM), ensinar (DU), e analisar (DA), aos quais Lacan acrescenta, em termos de teorização, o fazer desejar (DH). Se o DM, o DU e o DH tentam, cada um a seu modo, encobrir o impossível (com a ressalva de que no DH o *sujeito* já estaria a um passo de um des-cobrimento), o DA é o único que evidencia o impossível para com isso não cair na impotência: é ao assumir a impossibilidade de *total* “mestria em sua própria casa” que uma *parte* de “mestria-de-si” *pode vir* a se realizar no indivíduo, a partir do *sujeito*, para além das amarras do “discurso do Outro” (esse que é o outro nome do inconsciente). Analisar[-se] é uma ação impossível como qualquer outra, mas é a única que não cai na impotência, não só por assumir a impossibilidade do não-todo, mas por colocar o próprio impossível (outro nome do Real), no lugar de *causação* do *sujeito*: “o que verdadeiramente somos é aquilo que o impossível cria em nós” (Clarice LISPECTOR, 1978, p. 245).

Ainda no Seminário 17, Lacan refere que o Discurso da Universidade é o discurso do mestre moderno, já que “o mestre foi substituído pelo saber universal científico” (QUINET, 2006, p. 20). No entanto, em uma conferência em Milão na década de 1970, Lacan (1972) vai propor o matema de um quinto discurso, o Discurso do Capitalista (DC), como sendo mais uma variante do Discurso do Mestre. Trata-se do resultado de certas mudanças na Formação Econômico-Social, “mutação capital [...] que confere ao Discurso do Mestre seu *estilo capitalista*” (LACAN, 1992, p. 160, grifo nosso) e da “instauração não só de um novo sistema econômico, mas de uma nova época da história” (ibidem, p. 157). Para caracterizá-lo, Lacan vai propor uma modificação no matema quanto à direção das setas, cruzando-as; o que, como veremos, incorrerá em implicações drásticas no que diz respeito ao tipo de produção final desse discurso. Para pensar o DC, Lacan indicará também uma nomeação diferente para os lugares da estrutura discursiva:

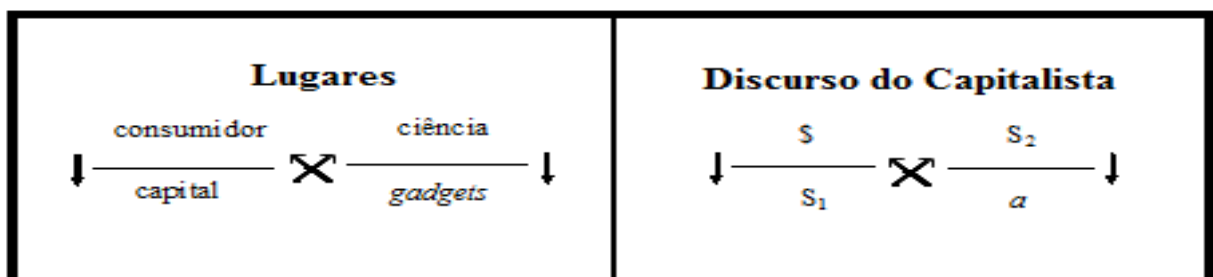


Figura 4: Composição dos quatro lugares da estrutura do Discurso do Capitalista e sua escritura segundo proposição de Jacques Lacan.

Assim, encontramos no lugar do agente o *consumi-dor* ( $\$$ ) que, movido pela verdade do Capital (mais-valia dele mesmo extraída) como *financia-dor* deste discurso ( $S_1$ ), relaciona-se com os objetos de consumo ( $a$ ), produzidos pelo saber da tecnociência ( $S_2$ ). Tudo com que o *sujeito-consumi-dor* se relaciona é *objeto-mercadoria*: poder, sexo, drogas e mesmo pessoas. O DC, como laço social predominante na sociedade hipermoderna, é mais um discurso que um laço social: dentre as modalidades de discursos é o *mais avesso à psicanálise* já que é caracterizado pela *forclusão (rejeição) da Castração Simbólica* e da intersubjetividade, incitando relações imediatas (sem mediação) com os objetos (QUINET, 2006). A grafia “ $\$ \leftarrow a$ ” nos demonstra que o sujeito, não mais em sua divisão subjetiva constitucional, mas em sua fissura, é comandado pelo objeto (COSTA-ROSA, 2013f). Segundo Marx, no capitalismo “a produção não cria somente um objeto para o sujeito mas um sujeito para o objeto” (apud CHEMAMA, 1997, p. 37). Nessa passagem, como em muitas outras, Marx é um visionário, uma vez que depois da crise 1929 a situação se re-ajeita: a indústria produz a mercadoria e os meios de comunicação de massa produzem o consumidor. Assim, reduz-se a possibilidade de crise, ao menos a de superprodução; só há maior possibilidade de crise do lado do consumidor como aquele que “consome dor”. Chama-se essa nova conjuntura Econômica-Social/Subjetiva, que promove uma nova economia psíquica (LACAN, 2008b; MELMAN, 1992, 2003), de Capitalismo Tardio ou Neoliberal Globalizado. Uma conjuntura regida pela predominância de um discurso que não faz laço social, porque tende a excluir a relação do sujeito com o outro, como pode ser observado pelas flechas cruzadas no matema, sendo que o sujeito é impelido a se relacionar diretamente com os objetos-mercadoria<sup>29</sup>. Se no matema do DA também vemos o objeto incidir sobre o sujeito, há uma diferença fundamental em relação ao DC: no primeiro o objeto é *causa* do desejo, posto que é *semblante* do objeto perdido condensador de gozo, enquanto que no segundo o objeto é causa de gozo angustioso para o sujeito: “neste caso o efeito é a redução do *objeto a* a sua feição real (aquele mesmo objeto que Freud já havia assinalado na melancolia como sombra do objeto caída sobre o sujeito, e que faz o sujeito cair como objeto)” (COSTA-ROSA, 2012, p. 25). Um discurso pregador da possibilidade imaginária de se responder à demanda subjetiva de completude do sujeito – daí sua homologia ao discurso totalizador religioso (QUINET, 2006) – fazendo a *oferta ilusória de satisfação plena no gozo* consumista. Gozo

<sup>29</sup> A psiquiatria-DSM entra no DC no exato momento em que oferece ao sujeito um medicamento como mais uma mercadoria (*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; empreitada essa sempre fadada ao fracasso, dado que o objeto do desejo, por definição, é metonímico, sendo o que caracteriza o desejo como esse incessante deslocar-se para objetos outros; deslocar-se responsável pelo equacionamento da angústia.

prometido, mas inalcançável por estrutura. Para Quinet (ibidem), o Discurso do Capitalista promove um “autismo induzido” e um “empuxo-ao-onanismo”. Assim, “a forclusão da castração do discurso do capitalista nos indica que esse ‘laço’ é louco, pois seu discurso é psicotizante na medida em que tira o sujeito de outros laços sociais” (ibidem, p. 40).

### **3.2. Os paradigmas de Atenção na Saúde Mental Coletiva e os dois modos de tratamentos aos impasses de subjetivação**

Dado o fato de serem regidos por uma mesma ética, podemos agrupar e nomear o DM, o DU e o DC como os Discursos da Opressão/Reprodução. Igualmente, segundo o mesmo critério, o DH e o DA podem ser designados como Discursos da Singularidade<sup>30</sup>. Se naqueles temos a produção da supressão da subjetividade, estando com isso mais próximos do tamponamento e da capitalização do sofrimento psíquico, nestes a subjetividade do outro é colocada em relevo para a produção de subjetividade singularizada. Se os Discursos da Opressão/Reprodução são hegemônicos na Formação Econômico-Social, reprodutores da ordem social dominante, não é por acaso que a psicanálise, como enuncia Lacan, seria uma prática que bascularia entre os Discursos da Singularidade, sendo aqueles modalidades do seu avesso. Propomos considerar os Discursos da Opressão/Reprodução como os laços sociais de produção típicos ao PPHM, enquanto que os Discursos da Singularidade os que modalizam os laços sociais que interessam à ética do PPS. No entanto, vamos fazer teorizações de pontos dialeticamente opostos, quanto aos paradigmas de produção, mesmo sabendo que, e essa é uma ressalva importantíssima, “esses pares são *apenas os pontos extremos formal-abstratos* de materialidades que supõem, em sua singularidade, *a convivência com os intermediários*” (COSTA-ROSA, 2000, p. 152, grifo nosso). Neste ponto, inclusive, temos mais recursos para detalharmos e justificarmos nossa definição da Atenção Psicossocial para além da Reforma Psiquiátrica brasileira:

---

<sup>30</sup> Antônio Quinet (2006, p. 58) propõe nomear o primeiro grupo de discursos como “discursos da dominação” e o DH e o DA como os seus avessos. Neste ponto temos que deixar claro que “[...] nenhum destes discursos é em si mesmo [necessariamente] bom ou ruim, ruim é a persistência num deles” (VEGH, 2001, p. 154), o que nos leva ao importante tema das “revoluções discursivas” e das necessárias circulações pelos discursos. Eles não são necessariamente bons ou ruins, mesmo porque eles também aparecem, e se permutam, nos *diferentes tempos do tratamento*. Assim, os agrupamentos que aqui propomos dizem mais respeito à “lógica dos discursos tal como se apresentam na cena social” (ibidem, p. 155).

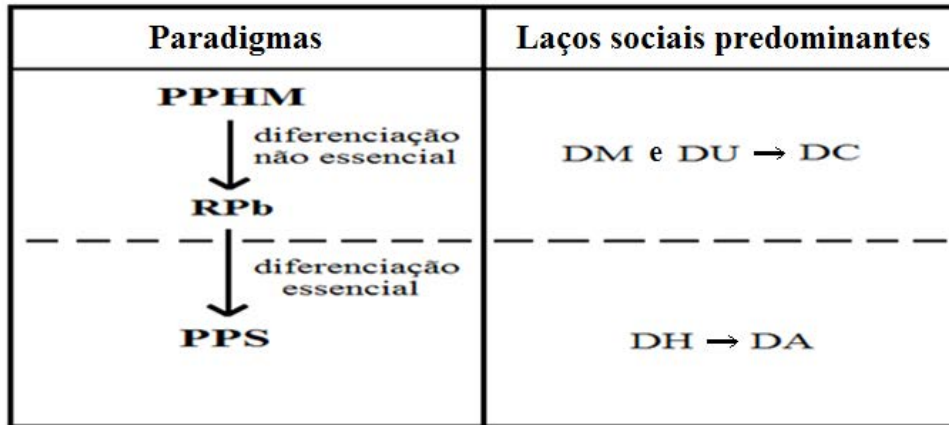


Figura 5: Leitura da transposição paradigmática na Saúde Mental Coletiva a partir da predominância dos tipos de discursos como laços sociais de produção.

### 3.2.1. O Tratamento Terapêutico Alienante

É justamente pelo fato de a onipotência ser do Outro, *enquanto Outro que tem*, que o sujeito instala aí sua demanda (QUINET, 2008a, p. 106, grifo nosso).

Prometer a reabilitação rápida do doente para que ele volte logo ao mercado de trabalho e ao consumo não seria estar ao serviço do discurso capitalista? (QUINET, 2008b, p. 15).

Nesse ponto, dada a apresentação da análise dos discursos como laços sociais de produção, podemos complementar algo que enunciamos na introdução desse ensaio. O referencial da Análise Política das Instituições nos possibilita ver como o PPHM, por fazer sintonia com a ética do capital, por meio dos seus laços sociais de produção típicos, opera a extração indireta da mais-valia (em um segundo momento) como resultado da capitalização do sofrimento psíquico, atuando, para esse intuito, por intermédio do Tratamento Terapêutico Alienante (tamponamento dos impasses psíquicos e sintomas). Assim, a ética do PPHM, munida dos laços sociais Discursos da Opressão/Reprodução, por intermédio das instituições disciplinares, neste caso específico os Estabelecimentos institucionais de Saúde<sup>31</sup>, tem como meta final o tamponamento e a capitalização do sofrimento psíquico e, com isso, a (re)adaptação ao laço social capitalista como volta à produção e ao consumo, visando sempre a contínua extração de mais-valia (Figura 6):

<sup>31</sup> Mostramos em outro lugar (PÉRICO; JUSTO, 2011) como esse processo social opressivo-capitalizador acontece em outros contextos institucionais. Na ocasião, discutimos como as organizações de trabalho, no Modo Capitalista de Produção, tendo o apoio discursivo e prático do saber médico-psiquiátrico (PAPM e PPHM), tendem a desconsiderar sua parcela de responsabilização na “produção” do adoecimento orgânico e, especialmente, de impasses de subjetivação e sintomas psíquicos nos trabalhadores, por meio da estratégia de “culpabilização da vítima”. Tentamos elucidar como a culpa pelo “adoecimento” é atribuída ao trabalhador, não sendo questionadas, entre outras, as condições objetivas/subjetivas de trabalho (biológicas, psíquicas e sociais).

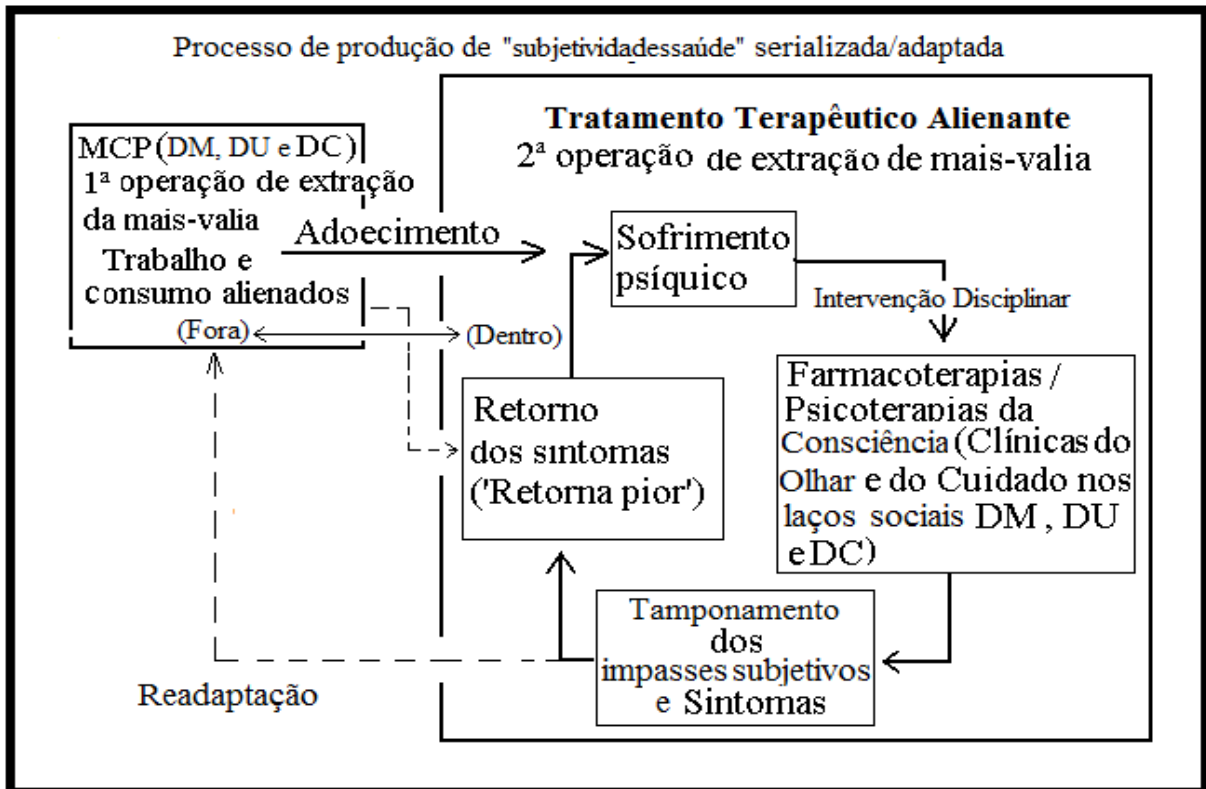


Figura 6: As instituições do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador e os dois momentos de extração da mais-valia no Modo Capitalista de Produção como processo de produção de “subjetividade/saúde” (re)adaptada.

Dentro do princípio doença-cura, o PPHM concebe o seu ‘objeto’ como doente a ser tratado fora do meio social em que vive. Quanto às “Formas do relacionamento com a clientela e o Território”, vemos como o Tratamento Terapêutico Alienante parte da concepção de um dentro (instituições de tratamento) e um fora (laço social). Já é bastante sabido que à diminuição dos espaços físicos de confinamento (manicômios), como resultado das lutas animanicomiais da RPb, vem correspondendo um crescimento dos equipamentos sócio-subjetivos e químicos de confinamento (DELEUZE, 1992). Seus “‘meios’ de trabalho” típicos, permeados pelos Discursos da Opressão/Reprodução, são responsáveis pela configuração de duas modalidades de clínicas regidas por uma mesma ética, a Clínica do Olhar (Psiquiatria Organicista) e a Clínica do Cuidado (Psiquiatria Reformada)<sup>32</sup>. Na perspectiva das relações intersubjetivas verticalizadas, esse modo de tratamento opera, sobretudo, por meio de ações de suprimento medicamentoso (farmacoterapias), ações de suprimenção de sentido tautológico-imaginário (psicoterapias da “consciência”, oficinas terapêuticas, etc) e ações de suprimenção social (tutela social). O PPHM visa, com isso, tamponar (suprimir) os impasses subjetivos e os sintomas, da forma mais direta e rápida

<sup>32</sup> Para uma descrição mais detalhada sobre essas duas modalidades de clínica confira, nesta dissertação, o “subitem 2.2.1.” do ensaio “As psicoterapias em geral e uma Outra...”.

possível, para alcançar seu principal objetivo: a (re)adaptação social. Se o tratamento “falha”, o “indivíduo-paciente” fica preso apenas ao segundo momento da extração da mais-valia, que podemos designar como cronificação ou “doença’ institucional” (MANNONI, 1971); ao passo que se vinga temos a situação de coincidência dos dois momentos da exploração socioeconômica, já que o indivíduo passa não só a ser reintegrado na produção e no consumo comum, como continua na des-implicação subjetiva e sociocultural tipicamente alienada e, portanto, preso à dimensão imaginária-tautológica-*demandante* de suprimentos do mercado. Consumidor *ad Eternum* – condição inclusive garantida pelo direito do Código de Defesa do Consumidor – seja das psicoterapias autoritárias e do assistencialismo paternalista, seja, principalmente, das muletas medicamentosas. Capitalizar e alienar, não necessariamente nessa ordem, parece ser o fim terapêutico e ético-político desse modo de tratamento: “a disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência)” (FOUCAULT, 2007, p. 119).

Nesse ponto, trago uma experiência de intercessão vivenciada na práxis clínica. Ele chega, para atendimento em uma Unidade Básica de Saúde, dilacerado pelo sintoma. Refere dormir muito mal: “minha cabeça não para, é 24 horas, parece um formigueiro de tanto que trabalha. Ela trabalha muito, e isso tem prejudicado meu desempenho lá no trabalho, fico muito distraído”. Após as duas primeiras sessões de sua *psicotherapia*<sup>33</sup>, onde já parece fazer algumas elaborações e equacionamentos iniciais, fica duas semanas sem comparecer. Feito o contato por telefone, diz estar bem e não precisar mais do tratamento. Digo que gostaria de falar com ele, pessoalmente, sobre isso. Comparece ao Estabelecimento de Saúde e, logo ao entrar, diz:

Fiquei internado por duas semanas em uma Comunidade Terapêutica. É da igreja católica, mas não tem padre. Lá *a gente* tem atividades das seis da manhã até às dez da noite. Tem terapeuta, tem até psicólogo. Tem reza e terapia. É ciência e religião tudo junto, é uma maravilha. [...] Eles faziam *a gente* regredir no tempo, até quando éramos pequenininhos, porque o sofrimento *da gente* tem a ver com o nosso passado e até com vidas passadas. Estou tão bem que nem consigo acreditar, é tão bom que parece que eu nem *tô* aqui, que minha cabeça ainda está lá.

Após essa sessão ele é atendido mais duas vezes, mas a demanda de tratamento não se reatualiza. Se o indivíduo em questão, como qualquer um, buscou tratamento devido a uma divisão subjetiva angustiosa limítrofe – sendo que “a força motivadora primária na terapia é o

---

<sup>33</sup> Sugerimos uma nova grafia para a proposta de uma psicotherapia Outra, “‘meio’ de trabalho” sintônico com os horizontes éticos de produção subjetiva do PPS, para fazer frente às “psicoterapias em geral” como “‘meio’ de trabalho” do PPHM. A esse respeito confira o ensaio “As psicoterapias em geral e uma Outra...” nesta dissertação.

sofrimento do paciente e o desejo de ser curado que deste se origina” (FREUD, 1966b, p. 157) – o Estabelecimento institucional em questão, fazendo uma oferta de transferência típica ao PPHM, só fez operar um fechamento (sutura) de tal divisão, a muito custo aberta<sup>34</sup>. Quanto a isso, Costa-Rosa (2013g) refere que “só após o fracasso da operação de sutura, química ou outra, o indivíduo pode reeditar seu pedido” (p. 253). Alguns meses depois, a partir de um contato por telefone, ele retoma o tratamento, mas não sem um redobrimento da angústia, exemplo do *retorno pior* de que nos fala Lacan (2003e).

### 3.2.2. O Tratamento Analítico Singularizante

Se o psicanalista não pode atender a demanda [de cura], é porque *atendê-la é forçosamente decepcioná-la*, uma vez que o que se demanda, de qualquer modo, é Outra Coisa, e que é justamente isso que *é preciso vir a saber* (LACAN, 2003a, p. 343, grifo nosso).

O PPS, partindo do Tratamento Analítico Singularizante, “pretende” “restituir ao sujeito a condução dos processos de subjetivar que lhe são [do ponto de vista da sua ética!] inalienáveis” (COSTA-ROSA, 2012, p. 17); ou seja, possibilitar, sempre a partir de ações intercessoras, as condições para que o sujeito possa se (re)colocar na sua relação com o desejo e o carecimento; portanto, na contramão da dimensão da demanda e da carência, típica aos interesses do Modo Capitalista de Produção. Assim, é a partir da via aberta por Lacan (2003e) em “Televisão”, ao afirmar que o Discurso do Analista é uma saída possível para os impasses colocados pelo Discurso do Capitalista, que esse novo paradigma de Atenção “visará” fazer frente às práticas de opressão/reprodução do MCP. Para tal, começará por eliminar, tanto quanto possível, do seu próprio contexto institucional, os laços sociais típicos da Formação Econômico-Social. A partir dos seus “‘meios’ de trabalho” de intercessão, esse modo de tratamento pode ter como efeito o equacionamento dos sintomas e o reposicionamento subjetivo e sociocultural do sujeito. Em outras palavras, no horizonte ético-político do PPS estão tanto a implementação de práticas de singularização, por intermédio de seus dispositivos clínicos de ação, quanto, e por essa mesma via, a possível produção de sujeitos “resistentes” às práticas de aviltamento do laço social em geral. É desta forma que o PPS pode promover a

---

<sup>34</sup> Nossas reflexões têm a pretensão de mostrar, portanto, o quão alarmante tem sido a tendência da atual “Política de Governo” que, assessorada por agentes intelectuais sintônicos com o ideário do PPHM – confira Laranjeira (2013) –, tem incentivado convênios com os Estabelecimentos Comunidades Terapêuticas, sobretudo para o tratamento dos impasses de subjetivação referidos ao uso de álcool e outras drogas. Quanto a isso, conferir a Portaria nº 131 (BRASIL, 2012) que “Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, *incluídas as Comunidades Terapêuticas*, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial” (grifo nosso).

revitalização da potência criativa das crises, ou seja, conferindo “aos diferentes impasses subjetivos (o sintoma é apenas um desses impasses) seu caráter de *objeção radical ao contexto sócio-cultural-territorial* em que são constituídos e emergem” (COSTA-ROSA, 2012, p. 16, grifo nosso) (Figura 7):

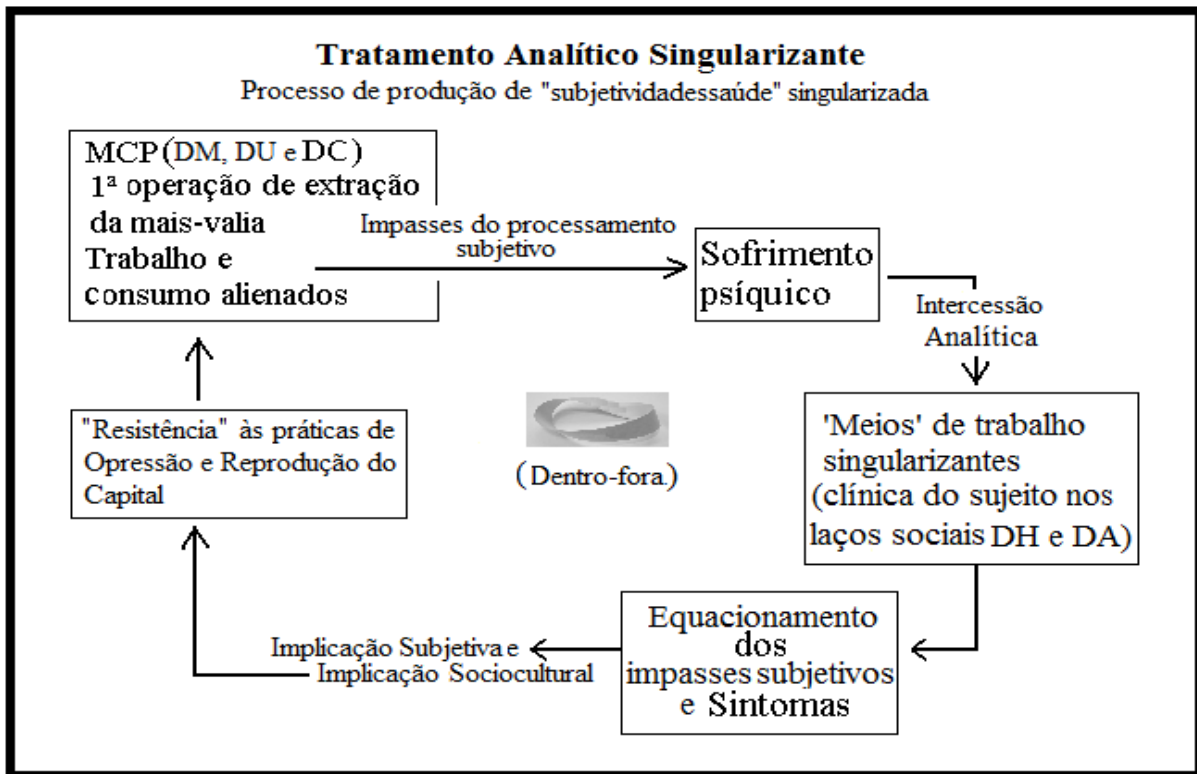


Figura 7: As instituições do Paradigma Psicossocial e o processo de produção de “subjetividadesaúde” singularizada.

É importante destacar como a psicanálise é uma proposta de laço social sem um personagem encarnado no lugar da mestria (QUINET, 2006). Se o significante-mestre ( $S_1$ ) é figurado por vários personagens nos Discursos da Opressão/Reprodução (o Mestre no DM, o Autor no DU e o Capital no DC) é somente no DA que ele não é o representante de nenhuma figura, sendo apenas um significante, ou ainda, *esse um (l'essaim)* significante que sempre puxa uma cascata de outros significantes (LACAN, 2008c); significante que representa um *sujeito* para outro(s) significante(s), fazendo o sujeito deslizar na sua cadeia significante para, somente por essa via (da subjetivação simbólica-criativa-desejante), equacionar o sofrimento que o acomete por intermédio da *produção de novos-sentidos*. “Se o analista[-intercessor] não toma a palavra, o que pode advir dessa produção fervilhante de  $S_1$ ? Certamente muitas coisas” (LACAN, 1992, p. 35). De tal modo, o DA (passando inicialmente pelo DH) é o único laço social de produção em que o outro é agenciado como sujeito em sua singularidade.

No que diz respeito à discussão da análise dos paradigmas de Atenção ao sofrimento psíquico na SMC, Costa-Rosa (2011a, 2013e, 2013f, 2013g) chama a atenção para o movimento das revoluções discursivas. Na melhor das hipóteses o “sujeito do sofrimento” chega à instituição de Saúde no DH<sup>35</sup>. Ao demandar o Mestre, ou o Saber enciclopédico, no DH o sujeito pode tanto encontrar alguém que se identifica com tal (su)posição, respondendo à sua demanda subjetiva, quanto pode encontrar um intercessor. Em ambas as situações haverá revolução de discurso. Na primeira situação, como efeito dos laços sociais típicos ao PPHM, o sujeito passará ao lugar de agenciado em um dos Discursos da Opressão/Reprodução (DM, DU, ou DC), cujo efeito produtivo será o tamponamento dos sintomas, ficando com isso mais distante da possibilidade de produzir o saber singular que de fato poderia equacionar seus impasses de subjetivação. A segunda situação é a que expressa os laços sociais de produção sintônicos com o PPS (DH e DA), por serem as únicas formas de laços sociais que consideram a produção subjetiva singular do sujeito<sup>36</sup>. Na primeira situação temos um interventor-disciplinar e a operação do Tratamento Terapêutico Alienante, enquanto que na segunda um intercessor-psicossocial operando a partir do Tratamento Analítico Singularizante.

---

<sup>35</sup> Na melhor das hipóteses, pois, como refere Costa-Rosa (2013f), o sujeito pode chegar no que enunciou como *Discurso do Consumidor* – que Souza (2008) chamou de *discurso do a-viciado* –, com uma demanda subjetiva maciça de medicação – efeito imediato (colateral?) da Psiquiatria no DC; *não mais sujeito dividido, mas fissurado*: o que pode ser referido como “‘toxicomania’ farmacológica” criada pela própria Psiquiatria-DSM. Após ouvir que aquele espaço, a psicoterapia, era um lugar do tratamento pela fala, ela responde de chofre: “Ah, falar eu falo com Deus, e nem ele resolve. Falar não resolve, eu preciso de remédio!”. Uma das formas possíveis de dialetizar essa demanda maciça poderia ser o encaminhamento ao psiquiatra – esse que então concebemos no PPS como sendo de um tipo Outro (COSTA-ROSA, 2013h) – que *escutaria* o sujeito e, quando oportuno, reencaminharia (encaminhamento *na* transferência) novamente à psicoterapia. Outro caso que atendi figurava de forma escancarada a *impotência do discurso médico*, na sua versão atual como psiquiatria-DSM, diante de um sujeito que, em sua neurose obsessiva bastante acirrada, falava de uma impossibilidade de ingerir os medicamentos prescritos pelo médico, já que mesmo um “simples” banho já era motivo de terror, dado o medo de envenenamento (se um sabonete poderia matá-lo, que dirá uma droga!). Vê-se claramente, quanto a isso, uma discussão possível e necessária a partir do Parâmetro Três da análise paradigmática, ou seja, as “Formas do relacionamento com a clientela e o Território”: a demanda maciça por medicação, com a qual boa parte dos sujeitos se apresenta nas instituições, é efeito direto da *modalidade de oferta transferencial* típica do paradigma de Atenção hegemônico. Se se oferta sobremaneira a resposta medicamentosa como equipamento de tratamento a todo tipo de impasses subjetivos, tanto nas instituições como, e *sobretudo*, *na mídia de massa*, será isso que os sujeitos irão buscar de forma *a priori*: a modalidade da oferta tem um efeito direto sobre a modalidade da demanda e, portanto, sobre a *modalidade da transferência inicial*. Esses são desdobramentos da famosa tese básica de Marx, retomada por Lacan, de que a oferta cria a demanda.

<sup>36</sup> É importante mencionar, neste ponto, que mesmo que em algum momento seja (eticamente) necessário a um trabalhador-intercessor se posicionar no DM ou DU, a exemplo do “psiquiatra psicossocial” (COSTA-ROSA, 2013h) quando encaminha um sujeito para *psicoterapia*, será um ato no DM norteado por uma ética Outra, que não a típica a esse discurso. Freud (1996d) corrobora nosso posicionamento: “a possibilidade de influência analítica repousa em condições bastante definidas, que podem ser resumidas sob a expressão ‘situação analítica’ [...]. Onde estas faltam [...] algo diferente da análise tem de ser utilizado, *embora algo que seja uníssono com a análise em seu intuito*” (p. 314, grifo nosso).

Partindo da Análise Política das Instituições é fácil percebermos que o PPHM é nada menos que uma extensão do próprio MCP, devido ao fato de que, no extremo da sua ação, ele se configura como uma prática no laço social Discurso do Capitalista (tendo os demais laços sociais opressores/reprodutivos como seus assessores). No sentido da medicalização, o *pharmakon* é oferecido como objeto de gozo imediato, sem (re)mediação simbólica, para um sujeito não mais dividido, mas fissurado ( $\$ \leftarrow a$ ) (COSTA-ROSA, 2013f). O PPHM, como braço armado do MCP, opera o tamponamento do gozo angustioso dos indivíduos, cujo efeito, ao anestesiá-los a angústia e atravancar os processos de subjetivação em curso, é a criação de “zumbis” cada vez mais refêns dos “objetos ao alcance das mãos” produzidos e ofertados (não necessariamente nessa ordem) pelo MCP: manutenção (ou reinserção) dos indivíduos na dimensão imaginária-tautológica-*demandante* de objetos-suprimentos, operada pelo Tratamento Terapêutico Alienante. Isso é suficiente para afirmarmos que, da mesma forma que o DM é o avesso da psicanálise o PPHM é o avesso do PPS; vejamos por quê.

De fato, parece ser pertinente concebermos que um sujeito situado na dimensão simbólica-criativa-desejante, dimensão que o Tratamento Terapêutico Alienante visa suprimir, estará menos à mercê das armadilhas aprisionantes das ofertas de gozo do imperativo consumista característico ao MCP e do PPHM como sua extensão. Em sua fruição desejante, o sujeito tem como característica o fato de que a relação que estabelece com os objetos é sempre mediada pelo Simbólico; o que, em termos marxianos (MARX, 1982), significa dizer que essa relação se processa mais na vertente do que denominamos “valor de uso” (dimensão do desejo e do carecimento) e menos na vertente do “valor de troca” (dimensão da demanda e da carência). Na dimensão do desejo e do carecimento, o sujeito não é refém do objeto; pelo contrário, ele é objeto *causa* da criação desejante responsável pelo diferir constante: como uma “máquina de guerra”, o Simbólico é uma “máquina de dar sentido” às constantes injunções do Real e da realidade subjetiva. Assim, esse “diferir constante” é, também, o que possibilita ao sujeito os recursos necessários para fazer frente às modalidades de laços sociais opressivos/reprodutivos típicos ao MCP.

É inegável que os impasses colocados pela Formação Econômico-Social capitalista têm peso sobre o sofrimento psíquico dos indivíduos nela inseridos, como o que faz redobrar impasses subjetivos potencialmente presentes. Por hipótese, esses indivíduos serão tanto mais afetáveis pelos impasses da Formação Econômico-Social capitalista quanto mais apresentarem dificuldades de processar *simbolicamente* as conflitivas que os atravessam, bem como, e por isso, menos possibilidades terão de serem atravessadores ativos nas mesmas. Segundo a perspectiva da psicanálise concebemos que um indivíduo, ante os impasses do

Real pulsional e da realidade cotidiana (que inclui os impasses colocados pela Formação Econômico-Social), pode apresentar possibilidades de respostas subjetivas em duas modalidades (respostas possíveis que também poderão guardar relações com as *modalidades de ofertas de Tratamento Psíquico* das instituições): respostas subjetivas 1) de natureza mais imaginária, cujo efeito ético-político é o tamponamento dos sintomas; ou 2) de natureza mais simbólica, relativas aos equacionamentos dos sintomas e ao reposicionamento subjetivo e sociocultural. Desta forma,

[...] é fato que diferentes modalidades de produção de subjetividade implicam em diferentes modalidades de saúde psíquica. Desde já enunciamos dois modos contraditórios [respectivamente ao PPHM e ao PPS]: reposição dos indivíduos nos processos de produção saúde-adoecimento, o que em termos do Modo de Produção atualmente dominante significa repor o indivíduo na reprodução do Capital ou no consumo, efeitos homólogos; e reposicionamento dos indivíduos nos conflitos e contradições de que vieram se queixar (COSTA-ROSA, 2013d, p. 24).

Nossa hipótese ressalta que é somente a partir da segunda possibilidade de resposta subjetiva que um indivíduo poderá ser atravessador ativo nas conflitivas sócio-simbólicas que o atravessam, alcançando, com isso, o que denominamos implicação sociocultural (que passa, necessariamente e simultaneamente, pela implicação subjetiva). É o que definimos como uma das faces do protagonismo e da singularização como fim ético-político do PPS. É deste ponto de vista ético que o trabalhador-intercessor no PPS poderá ser demandado a interceder nas demandas de *alargamento das possibilidades de subjetivação simbólica* de um sujeito que a ele recorre nas instituições de tratamento.

Antes desse atendimento, ele sempre havia sido atendido em psicoterapias no DU e DM. Sua psicoterapia durou por volta de oito meses, o tempo em que trabalhei no Estabelecimento de Saúde em questão. Após esse período, dada minha saída, ele voltou a fazer tratamento psicoterápico com outro psicólogo. Depois de um tempo ele pergunta ao psicoterapeuta se seria possível localizar onde eu estava trabalhando. Feito o encaminhamento, retoma o seu tratamento comigo, agora em uma cidade vizinha. Na ocasião, ele me fala do quanto, depois do primeiro período de atendimento comigo, não se permitia mais receber direcionamento, aconselhamento, etc., do mestre-psicoterapeuta. No seguimento do seu tratamento, inclusive, ele pôde começar a questionar as instituições religiosas que frequentava como algo que restringia sua vida. Dizia não mais permitir ser submetido a discursos que ditassem a ele quem era, bem como as regras para sua conduta. Mesmo se tratando dos efeitos de um tratamento de poucos meses, essa passagem parece mostrar, de forma interessante, o início de um processo de singularização em termos de implicação

subjetiva e implicação sociocultural; efeito ético-político de um Tratamento Analítico Singularizante.

#### 4. ALGUMAS CONCLUSÕES

A ética psicossocial, *derivada das heranças do materialismo histórico e da psicanálise freudiana*, parte do princípio de que não há saída possível dos impasses sintomáticos e do sofrimento psíquico, de que os indivíduos vêm se queixar, que não passe necessariamente pela *autoprodução do saber e da ação*. Nesse caso fica reservado ao [...] trabalhador da Saúde Mental, o lugar de um sujeito intercessor, ou seja, um sujeito co-adjuvante nos processos de produção da saúde subjetividade que se trata de produzir [...]; *o termo intercessão é o único capaz de dar conta das relações sociais de produção da Atenção, na perspectiva do Modo Psicossocial* (COSTA-ROSA, 2013e, 227, grifo nosso).

Esse ensaio objetivou apresentar e distinguir dois modos de tratamento aos impasses de subjetivação no campo da SMC, o Terapêutico Alienante e o Analítico Singularizante. Concluimos que o primeiro, a partir de “um *cura*” ativo, tem como efeito o tamponamento dos sintomas e demais impasses subjetivos, como operação de sutura química e/ou imaginária da angústia, ou seja, uma forma transitória e *capitalizada* de estancamento do sofrimento – sendo por isso mesmo que ele sempre se reinstala, e de forma *pior* –, enquanto que o segundo modo tem como horizonte uma *operação* de efeitos de consistência simbólica (criativa e desejante) que possibilite o equacionamento dos impasses e o reposicionamento subjetivo e sociocultural do sujeito, bem como a maximização das possibilidades de simbolização de futuros impasses. Se o primeiro visa os interesses sociais do polo social dominante, no Processo de Estratégia de Hegemonia capitalista, o segundo acaba tendo como efeito, sem visar de forma *a priori*, os interesses (por trás das demandas imediatas de suprimentos) do polo social subordinado.

Na Formação Econômico-Social capitalista, o trabalho alienado (como *efeito social* do processo de produção) e alienante (como *efeito ético-político* do processo de produção) se dá na relação diretamente proporcional ao tamponamento da via do desejo e do carecimento; ou seja: quanto mais um sujeito é submetido ao trabalho alienado – tanto no que se refere ao aumento da carga horária de trabalho (extração da mais-valia absoluta) quanto referente à maximização do processo de trabalho capitalista pela intensificação do ritmo de trabalho (extração da mais-valia relativa) – mais a “humanidade” do seu desejo e do seu carecimento lhe é negada. Dessa Forma, “a produção [capitalista] produz o homem [...] precisamente como um ser *desumanizado*” (MARX, 2004, p. 92, grifo do autor). Aqui, a mais-valia é extraída no

processo de *produção* do trabalho. Mas é fato que a extração continua – sendo que depois de 1929 passa a se concentrar sobremaneira – na esfera do *consumo*, igualmente alienado e alienante. A esse mesmo sujeito, cuja “humanidade” (desejo e carecimento) lhe é negada – extraída e transferida à mercadoria que “se anima” pelo processo de fetichização –, por isso mesmo jogado na dimensão da demanda e da carência, somente resta a *ilusória tentativa* de restituir algo de satisfação nas ofertas de gozo do consumismo. No MCP, *a mercadoria é objeto-suprimento* ilusoriamente ao “alcance das mãos”. “Impedido do prazer no trabalho o indivíduo buscaria desesperadamente formas de prazer imediato. Aliás, trata-se exatamente do que necessita a outra face da moeda da produção, o consumismo” (PÉRICO; JUSTO, 2011, p. 165) fechando, com isso, o ciclo perverso do processo de extração da mais-valia. É diante desse quadro que enquanto o Tratamento Terapêutico Alienante faz da “crise psíquica” mais uma oportunidade de operar o seguimento do projeto capitalista, o Tratamento Analítico Singularizante teria como efeito não somente o equacionamento subjetivo do sofrimento presente na “crise psíquica”, mas, por consequência, também a maximização das possibilidades de os indivíduos e os coletivos se reposicionarem no laço social de forma singularizada; ou seja, de forma a poder produzir críticas ao meio sociocultural-territorial, cuja dinâmica, aliás, incide constante e radicalmente na produção das “crises”.

Se a tendência da Formação Econômico-Social capitalista é sempre manter (reproduzir) o *status* social opressivo de uns poucos sobre muitos (ALTHUSSER, 1984, p. 87), enquanto manutenção do instituído social opressor, nossa hipótese é de que o campo da Saúde Mental Coletiva poderá ser um lugar privilegiado de produção de “subjetividadesaúde” singularizada, que é, por definição, potencialmente “resistente” (no sentido foucaultiano do termo) às práticas de opressão/reprodução socialmente imprimidas pelo Modo Capitalista de Produção. Se há alguma possibilidade de “resistência” a tais práticas, tal como estava no horizonte ético-político de Marx, não será sem a consideração dos fatores subjetivos (ALTHUSSER, 1984), bem como a recíproca: as possibilidades de intercessões produtoras de “saúde” e subjetividade de natureza singular, a partir principalmente da clínica psicanalítica, não poderão de forma alguma deixar de lado uma leitura acerca das implicações tanto da Formação Econômico-Social como, e portanto, dos Modos de Produção que regem as instituições de Atenção ao sofrimento psíquico.

Refém da alienação psíquica e social, o indivíduo disciplinarizado, em uma “reprodução de si” imaginária-tautológica, tem sua “humanidade” reduzida à dimensão da carência (falta) e da demanda, situação que o Modo Capitalista de Produção visa tanto quanto possível reproduzir. Por outro lado, o sujeito em sua singular[iz]ação pode advir na dimensão

do desejo (falta-a-ser) e do carecimento, já que, nessa perspectiva, em uma “*autoprodução de si*” simbólica-criativa, o sujeito é “ser” de *sentido em movimento*, é – como diz a [po]ética do desejo: diferir constante como um “ir-se até onde o onde se desdobra em continuar-se” (Annibal Augusto GAMA<sup>37</sup>, 2002, p. 95). É nessa segunda perspectiva que “Lacan sublinha a dimensão da pulsão como produção de diferença criativa capaz de permitir ao sujeito atingir a fruição propriamente desejante, superando a demanda repetitiva do gozo estritamente ligado aos objetos da realidade imediata” (COSTA-ROSA, 2013g, p. 297). Se, por intermédio do Tratamento Terapêutico Alienante, o trabalhador-interventor-disciplinar visa responder à demanda de suprimentos (de medicamentos, de sentidos e de tutela social) do “sujeito do sofrimento”, no Tratamento Analítico Singularizante o trabalhador-intercessor-psicossocial tem como horizonte ético fazer dessa demanda em estado bruto uma demanda de análise. Lacan (2008a) afirma que é “ao persuadir o outro de que ele tem o que pode nos completar, [que] nos asseguramos de poder continuar a desconhecer precisamente o que nos falta” (p. 132); ao que poderíamos suplementar: a “desconhecer” precisamente *que nos falta-a-ser*<sup>38</sup>! Assim, se o Tratamento Terapêutico Alienante assegura ao “sujeito do sofrimento” a condição alienante de poder continuar a “desconhecer” o que lhe falta, respondendo (suprindo) de forma *a priori* sua demanda – demanda que *também* é ideologicamente nele incutida –, o Tratamento Analítico Singularizante *poderá* ter como efeito ações intercessoras na direção (ética) de possibilitar a ele não só se haver com o “sentido” do que lhe falta, mas sim com o “sentido” de que há (estruturalmente) uma falta-a-ser: única condição que, desvencilhada tanto quanto possível da alienação social e subjetiva, torna plausível o horizonte do desejo como falta-a-ser criativa, e do carecimento, “movimento absoluto do tornar-se”, como *singular ação* no intercâmbio social.

## 5. REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica na Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995.

ALTHUSSER, L. A querela do humanismo. **Crítica Marxista**, São Paulo, n. 9, p. 9-51, 1999.

---

<sup>37</sup> Poeta curitibano.

<sup>38</sup> Na dimensão simbólica-criativa-desejante o objeto do desejo não é algo que falta, pois não é objeto-*telos* (*τέλος*), mas sim objeto-causa. Sua função, como semblante sempre cambiante no horizonte, é a de algo que *faz falta* constitutiva: “o meu mistério é que eu ser apenas um meio, e não um fim, tem-me dado a mais maliciosa das liberdades” (Clarice LISPECTOR, 1977, p. 84).

\_\_\_\_\_. Contradição e Sobredeterminação (1962). In: \_\_\_\_\_. **Análise Crítica da Teoria Marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1967. p. 75-113.

\_\_\_\_\_. **Freud e Lacan, Marx e Freud**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BENELLI, S. A instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 237-252, 2004. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v21n3/v21n3a08.pdf> >. Acesso em: 10 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. **Pescadores de Homens: estudo psicossocial de um seminário católico**. São Paulo: UNESP, 2006.

\_\_\_\_\_.; PÉRICO, W.; COSTA-ROSA, A. **Por uma Psicologia não disciplinar e um psicólogo não normalizador no contexto da Saúde Mental Coletiva**. UNESP - Assis, 2013. Mimeografado.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria 131, de 26 de janeiro 2012. Disponível em < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html) >. Acesso em: 31 dez. 2013.

CHEMAMA, R. Um sujeito para o objeto. In: GOLDENBERG, R. (Org.). **Goza! capitalismo, globalização e psicanálise**. Salvador: Agalma, 1997. p. 23-39.

COSTA-ROSA, A. A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade. In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: UNESP, 2013a. p. 55-91.

\_\_\_\_\_. **Carta de Fundação do “Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e ‘Subjetivadessaúde’”**. UNESP/Assis, 2010. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. Contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. In: DIONÍSIO, G. H.; BENELLI, S. J. (Orgs.). **Políticas públicas e clínica crítica**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. v. 01. p. 15-31.

\_\_\_\_\_. Ética e Clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 032, p. 743-757, 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/18.pdf> >. Acesso em: 10 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. **Intercessões e análises sobre o processo de produção saúde-adoecimento-Atenção no campo psíquico, num território municipal: produção de novas tecnologias para**

o implemento da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde. UNESP/Assis, 2008a. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. Interprofissionalidade, Disciplinas, Transdisciplinaridade: Modos da divisão do trabalho nas práticas da Atenção Psicossocial. In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013b. p. 119-166.

\_\_\_\_\_. Introdução Geral: Reforma, ou além da Psiquiatria? In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013c. p. 11-22.

\_\_\_\_\_. Modo Psicossocial um novo paradigma nos Tratamentos Psíquicos na Saúde Coletiva. **Revista Vertentes**, UNESP, Assis, v. 05, p.11-22, 1999.

\_\_\_\_\_. Modos de Produção das Instituições na Saúde Mental Coletiva: efeitos na terapêutica e na ética, ou a subjetividade capitalística e a Outra. In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013d. p. 23- 54.

\_\_\_\_\_. O Grupo Psicoterapêutico na psicanálise de Lacan: um novo dispositivo da clínica na Atenção Psicossocial. In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013e. p. 233- 269.

\_\_\_\_\_. O Modo Psicossocial: elementos para uma caracterização da essência das práticas em Saúde Mental alternativas ao “modelo asilar”. In: **II Congresso de Psicologia**, 1, 1991, São Paulo. Anais..., 1991. p. 242-252.

\_\_\_\_\_. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

\_\_\_\_\_. Para uma crítica da Razão Medicalizadora: o consumo de psicofármacos como Sintoma Social Dominante. In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013f. p. 167- 212.

\_\_\_\_\_. **Práticas de cura nas religiões e tratamento psíquico em Saúde Coletiva**. 1995. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1995.

\_\_\_\_\_. **Práticas de cura místico-religiosas, psicoterapia e subjetividade contemporânea**. Psicologia USP, São Paulo, v. 19, n. 04, p. 561-590, 2008b. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v19n4/v19n4a12.pdf> >. Acesso em: 15 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental Comunitária**: análise dialética das práticas alternativas. 1987. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1987.

\_\_\_\_\_. Uma ética para a Atenção Psicossocial: o cuidado em análise. In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013g. p. 271-332

\_\_\_\_\_. Um olhar para a Atenção Psicossocial. In: RABELO, I. V. M.; TAVARES, R. C.; FARIA, Y. R. A. (Org.). **Olhares: experiências de CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Goiânia: Kelps, 2009. p. 9-20.

\_\_\_\_\_. Um psiquiatra não tão médico: o lugar necessário da psiquiatria na Atenção Psicossocial. In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013h. p. 213-232.

\_\_\_\_\_.; DEVERA, D. **A Reforma Psiquiátrica no Estado de São Paulo**: contribuições à Reforma Psiquiátrica Brasileira. UNESP/Assis, 2008. Mimeografado.

\_\_\_\_\_.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma em Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

**CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA**. Resolução do CFP nº 010/97, de 20 de outubro de 1997. Disponível em < [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1997/10/resolucao1997\\_10.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1997/10/resolucao1997_10.pdf) >. Acesso em: 31 dez. 2013.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: ed. 34, 1992.

\_\_\_\_\_.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34, 1995. v. 01.

\_\_\_\_\_.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34, 1997. v. 05.

EVANGELISTA, W. J. Psicanálise e História: inconsciente, temporalidade e História da Psicanálise. In: **Revista de Psicologia e Psicanálise**. Instituto de Psicologia da UFRJ, n. 3, 1991. p. 37-52.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

\_\_\_\_\_. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: NAU, 2003.

\_\_\_\_\_. **Doença Mental e psicologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

\_\_\_\_\_. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P.; DREYFUSS, H. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

FREUD, S. Psicanálise Silvestre (1910). In: **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. 11. p. 231-241.

\_\_\_\_\_. Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I) (1913). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. 12. p. 135-148.

\_\_\_\_\_. Linhas de progresso da terapia psicanalítica (1919[18]). In: **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. v. 17. p. 201-211.

\_\_\_\_\_. Prefácio à “Juventude Desorientada” de Aichhorn (1925). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. v. 19. p. 310-314.

1925/1996

\_\_\_\_\_. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. (1933[32]) In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996e. v. 22. p. 12-182.

\_\_\_\_\_. **A Interpretação Dos Sonhos** (1900). Porto Alegre: L&PM, 2012. v. 2. (coleção L&PM pocket)

\_\_\_\_\_. **O mal-estar na cultura** (1930). Porto Alegre: L&PM, 2010. (coleção L&PM pocket).

\_\_\_\_\_. **Psicologia das massas e análise do eu** (1921). Porto Alegre: L&PM, 2013. (coleção L&PM pocket).

FLEMING, M. **Ideologias e práticas psiquiátricas**. Porto: Afrontamento, 1976.

GAMA, A. A. **50 anos falando sozinho: poemas reunidos**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2002.

GIANNOTTI, J. A. **Origens da dialética do trabalho: estudos sobre a lógica do jovem Marx**. Porto Alegre, L&PM, 1985.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

GRUPPI, L. **O conceito de hegemonia em Gramsci**. Rio de Janeiro: Graal. 1978.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1996.

LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios do seu poder (1958). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a. p. 591-652.

\_\_\_\_\_. Intervenção sobre a transferência (1951). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b. p. 214-225.

\_\_\_\_\_. A psicanálise. Razão de um fracasso (1967). In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003a. p. 341-349.

\_\_\_\_\_. A psicanálise verdadeira e a falsa (1958). In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003b. p. 173-182.

\_\_\_\_\_. O Aturdito (1973). In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003c. p. 448-497.

\_\_\_\_\_. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola (1967). In **Outros Escritos**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 2003d. p. 248-264.

\_\_\_\_\_. Televisão (1973). In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003e. p. 508-543.

\_\_\_\_\_. **Du discours psychanalytique. Conférence à l'université de Milan** (1972). Disponível em < <http://espace.freud.pagesperso-orange.fr/topos/psych/psysem/italie.htm> >. Acesso em: 15 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 1: Os Escritos Técnicos De Freud (1953-54)**. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 5: As formações do inconsciente (1957-58)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 9: A identificação (1961-62)**. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife (Publicação não comercial). 2003f.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008a.

\_\_\_\_\_. **O Seminário livro 16: De um Outro ao outro**. (1968-69). Rio de Janeiro: Zahar, 2008b.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise (1969-70)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 20: Mais, ainda (1972-73)**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008c.

\_\_\_\_\_. **O Seminário 23: O Sinthoma (1975-76)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

LARANJEIRA, R. Recomeço: direito a uma nova vida. **Jornal Folha de São Paulo** (Caderno Mais!), São Paulo, 20 maio, 2013. Disponível em < <http://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2013/05/1281466-ronaldo-laranjeira---recomeco-direito-a-uma-nova-vida.shtml> >. Acesso em: 01 jan. 2014.

LAURENT, E. Como engolir a pílula? In: MILLER, J-A. (Org.). **Ornicar?** De Jacques Lacan a Lewiw Carroll. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004. p. 32-43.

LISPECTOR, C. **A maçã no escuro**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

\_\_\_\_\_. **Um Sopro de Vida**. 9. ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1991.

\_\_\_\_\_. O Ovo e a Galinha. In: **A Legião Estrangeira**. São Paulo: Ática, 1977. p. 81-84.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Vozes: Petrópolis, 1975.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MANNONI, M. **O psiquiatra, seu “louco” e a psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1971.

MARX, K. **Formações econômicas pré-capitalistas (1857-58)**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

\_\_\_\_\_. **Manuscritos econômico-filosóficos (1844)**. São Paulo: Boitempo, 2004.

\_\_\_\_\_. **Para a crítica da economia política (1857)**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

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

\_\_\_\_\_. **O homem sem gravidade: gozar a qualquer preço**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da Saúde. In: \_\_\_\_\_. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 233- 300.

MONDONI, D.; COSTA-ROSA, A. Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, São Paulo, v. 26, n. 01. p. 39-47. 2010. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n1/a06v26n1.pdf> >. Acesso em: 28 mar. 2013.

MONTEZUMA, M. A. A clínica na saúde mental. In: QUINET, A. (Org.). **Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. p. 133-141.

NICÉAS, C. A. Respostas ao saber suposto. In: Forbes, J. (Org.). **Psicanálise ou psicoterapia**. São Paulo: Papirus, 1997. p. 21-27.

OURY, J. **O Coletivo**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PÉRICO, W.; JUSTO, J. S. **O mal-estar no trabalho: a culpa como mal-estar e a culpa do mal-estar**. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 11, n. 01, p. 135-169. Disponível em < [http://www.unifor.br/images/pdfs/subjetividade/2011.1\\_artigo5.pdf](http://www.unifor.br/images/pdfs/subjetividade/2011.1_artigo5.pdf) >. Acesso em: 13 jun. 2013.

\_\_\_\_\_.; COSTA-ROSA, A. **Da clínica da Psiquiátrica Organicista à clínica da Atenção Psicossocial: a ampliação da clínica em *intensão* como proposta de transposição paradigmática no campo da Saúde Mental Coletiva**. UNESP - Assis, 2013. Mimeografado [trabalho em construção].

PORTELLI, H. **Gramsci e o bloco histórico**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

QUINET, A. **A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma**. 3. ed. Rio de Janeiro: Florense Universitária, 2008a.

\_\_\_\_\_. Perante o sintoma todo relógio é mole. In: **Anais do V Encontro de Internacional da Internacional dos Fóruns-Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano – Os tempos do Sujeito do Inconsciente: a psicanálise no seu tempo e os tempos na psicanálise**. São Paulo, 2008b. p. 15-16. Disponível em <<http://www.campopsicanalitico.com.br/biblioteca/anais.pdf>> Acesso em: 13 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

RINALDI, D. L. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: MELLO M.; ALTOÉ S. (Orgs.) **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. 2005. p. 87-106.

\_\_\_\_\_. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.) **Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 141-147.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização: uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: \_\_\_\_\_. (Orgs.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 21-59.

ROUDINESCO, E. **O paciente, o terapeuta e o Estado**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

\_\_\_\_\_. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. **Terapia Ocupacional Psicossocial: (re)invenção da clínica a partir das contribuições da psicanálise de Freud e Lacan**. (Projeto de Pesquisa – Mestrado em Psicologia) – UNESP/Assis, 2013. Mimeografado.

SOUZA, A. **Os discursos na psicanálise**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 2008.

VEGH, I Os discursos e a cura. In: VEGH, I (Org.). **Os discursos e a cura**. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2001. p. 141-157.

YASUI, S. A. **A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico**. 1999. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. 1999.

\_\_\_\_\_. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ZIZEK, S. Como Marx inventou o sintoma? In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Um mapa da ideologia**. Rio de Janeiro, Contraponto Editorial, 1996. p. 297-333.

## ENSAIO 3

### AS PSICOTERAPIAS EM GERAL E UMA OUTRA: DISCUSSÕES PRELIMINARES ACERCA DE UMA PSICOTHERAPIA NA SAÚDE COLETIVA A PARTIR DA PSICANÁLISE DO CAMPO DE FREUD E LACAN

**Resumo:** A oferta de psicoterapia na rede pública de Saúde no Brasil é relativamente recente, datada no meado da década de 1970. O termo psicoterapia foi cunhado já no século XIX, sendo que mais de setecentas escolas de psicoterapia surgiram no mundo a partir de 1950, sobretudo nos Estados Unidos, onde a psicanálise teria sido transposta em uma teologia da exaltação do *eu*, apesar do esforço contínuo de Freud contra esse tipo de promessa. Assim, as psicoterapias em geral se pautam em princípios refutáveis do ponto de vista da ética psicanalítica da singularização, sendo tributárias de uma crença de cura depositada no psicoterapeuta, que posa de Outro do Saber-Poder-curar. Portanto, ao partirem da negação da falta-a-ser fundamental, responsável pelos movimentos simbólico-criativos do sujeito, fazem recapeamento do imaginário, cuja consequência política se expressa na alienação e na consequente adaptação ao instituído social opressivo. O Paradigma Psicossocial de Atenção ao sofrimento psíquico, em constante contraposição dialética ao ainda hegemônico Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, tem por finalidade ética e política a produção de subjetividade singularizada, o que demanda a urgente implementação de novos dispositivos clínicos. Partimos das conceituações fundamentais da psicanálise – o sujeito e o inconsciente, a transferência e a interpretação – bem como da experiência como psicoterapeuta na Saúde Coletiva, para fundamentar uma modalidade de psicoterapia Outra em substituição às psicoterapias autoritário-alienantes. A orientação ética do trabalhador-intercessor referido à psicanálise na Saúde Mental Coletiva, ao partir do retorno ao essencial da práxis freudiana operado por Lacan, visa inserir o *sujeito do inconsciente* na clínica, posto que o *sujeito*, tal como o definimos a partir da psicanálise, não está em questão no mote das psicoterapias como um todo, nem mesmo em algumas daquelas ditas psicanalíticas que, ao passarem ao largo desses conceitos fundamentais, distanciam-se da experiência psicanalítica. Por fim, uma psicoterapia Outra na Saúde Coletiva, por ser referida à psicanálise, terá em seu horizonte a ética do desejo, visando o mesmo horizonte ético de produção subjetiva da psicanálise *stricto sensu*, apresentando-se, portanto, como ampliação da “psicanálise em intensão”.

**Palavras-chave:** Psicoterapias; Processos de Subjetivação; Psicanálise de Freud e Lacan; Saúde Mental Coletiva.

Devemos comparar o tratamento psicanalítico com *outros tipos de psicoterapia* (FREUD, 1996j, p. 150, grifo nosso) [para constatarmos definitivamente que] a psicanálise não é uma terapêutica como as outras (LACAN, 1998h, p. 326).

A psicoterapia é uma manipulação bem-sucedida, enquanto a psicanálise é uma operação em sua essência destinada ao fracasso. É isso que constitui o seu sucesso (LACAN, 1970, p. 166, tradução nossa<sup>1</sup>).

## 1. INTRODUÇÃO

Após afirmar que cabe aos psicoterapeutas, bem como aos psicólogos e psiquiatras, trabalhadores da Saúde Mental, a dura tarefa de aguentar “toda a miséria do mundo”, Jacques-Alain Miller interroga Lacan, no famoso programa realizado pela televisão francesa que encontramos publicado em seus “Outros Escritos”, quanto ao que a psicanálise teria a ver com isso (LACAN, 2003h, p. 516). Tal interrogação não faz senão retomar o projeto ético-freudiano de possibilitar a um contingente maior de indivíduos o acesso à psicanálise, sobretudo aqueles excluídos das vias tradicionais do consultório particular, ou seja, os que além da “miséria neurótica” (FREUD, 1996a) têm que subjetivar a “miséria econômica-social” na qual estão imersos<sup>2</sup>. Aliás, tanto retoma o projeto freudiano, primeiramente enunciado nas “Linhas de progresso da terapia psicanalítica” (FREUD, 1996i), que Lacan chega a dizer que “é uma pergunta sobre o futuro da psicanálise” (LACAN, 2003h, p. 517). Ao responder a tal indagação, de forma enigmática como sempre, Lacan sugere que “*aguentar a miséria*”, no entanto, é contribuir com o discurso (laço social) que a sustenta, a saber, o Discurso do Capitalista, esse que é o discurso do mestre moderno: “de resto, os psi que se dedicam ao seu suposto aguentar, sejam eles quem forem, não têm que protestar e sim colaborar. Sabendo ou não é o que fazem” (ibidem, p. 516). Também para Marx (2004), no Modo Capitalista de Produção (MCP), “a justiça criminal, *os médicos*, a religião, as tabelas estatísticas, a política e o *curador da miséria social*” (p. 30, grifo nosso) são os guardadores da ordem social instituída e, portanto, os incumbidos de tal “aguentar”. No campo da Saúde Mental Coletiva (SMC) “aguentar a miséria”, portanto, é se ater somente à via terapêutica (alienante), em detrimento da analítica (singularizante), corroborando *o pior*<sup>3</sup>.

Em um importante ensaio dedicado ao prolongamento dessa discussão, Jacques-Alain Miller (1999) destaca que “o psicanalista, como tal, não é um trabalhador da saúde mental”

<sup>1</sup> No original em francês: “La psychothérapie est un tripotage réussi, au lieu que la psychanalyse, c’est une opération dans son essence vouée au ratage. Et c’est ça qui fait sa réussite”.

<sup>2</sup> Sendo que, como refere o próprio Lacan (2003h), “ao referir essa miséria ao discurso do capitalista, eu o denuncio” (p. 516).

<sup>3</sup> Quanto a isso, conferir o ensaio “Do Terapêutico Alienante ao Analítico Singularizante...” nesta dissertação.

(p. 16), e diz também que “a saúde mental tem, portanto, como objetivo – *não posso imaginar outro* – o de reintegrar o indivíduo à comunidade social” (ibidem, p. 15, grifo nosso), ou seja, (re)adaptá-lo ao instituído social. Nossa suposição é a de que se Miller atribui ao campo da Saúde Mental tal objetivo, é porque ele só consegue visualizar um único paradigma de Atenção ao sofrimento psíquico: o hegemônico. Partimos da hipótese de que assim como não cabe à psicanálise se adequar aos princípios científicos (positivistas) tradicionais – cabendo a ela a intenção (ética) de subverter a própria Ciência (LACAN, 2003d) –, deverá ser o campo da Saúde Mental igualmente subvertido; o que, em outros termos, significa *subverter* (tomar pelo avesso) a *psicoterapia*, a psicologia, e a psiquiatria (entre outros saberes e práticas profissionais nele incluídos<sup>4</sup>). Se tais práticas profissionais, por estarem pautadas no saber científico positivista – e, portanto, em “formações teóricas da ideologia burguesa” (ALTHUSSER, 1984, p. 86) em sintonia com interesses privados do MCP – acabam sempre caindo em ações disciplinares de aviltamento do outro (FOUCAULT, 2007; LACAN, 1992, 1998h), caberá à psicanálise, e não somente a ela, a subversão do próprio Modo de Produção da Atenção ao sofrimento psíquico como um todo. A esse novo paradigma de produção da Atenção, que nomeamos Psicossocial, caberá uma Outra prática “psi”, para além das terapêuticas da consciência, que Lacan (2003a p. 179) enunciou como psicoterapias autoritárias.

Entre as “psicoterapias ‘da consciência’”, além das classicamente advindas das várias teorias psicológicas, podemos incluir as psicoterapias de base analítica (ou psicodinâmicas), e, *rigorosamente*, as práticas promulgadas pela *International Psychoanalytical Association* (IPA) que, apesar de serem recheadas de conceitos psicanalíticos, distanciaram-se do “rigor ético” (LACAN, 1998h, p. 326) fora do qual toda prática só poderá operar uma clínica do imaginário – portanto, alienante –, caindo, com isso, na reprodução de subjetividade adaptada ao instituído social opressor. Aliás, constata-se que a medicalização, como resposta *a priori* a toda demanda de tratamento psíquico, já vem colocando as psicoterapias em segundo plano. Nesta toada, somente quando a medicação não “resolve” é que se costuma encaminhar para uma psicoterapia. Ou ainda, como vemos na fala de um trabalhador psicólogo em reunião de equipe multiprofissional da qual fizemos parte: “quando o paciente está muito angustiado, eu encaminho para o psiquiatra. Depois, se for necessário, eu faço uma psicoterapia com ele”. Diante disso, nossa hipótese é de que se a eficácia do tratamento é sobremaneira depositada

---

<sup>4</sup> A exemplo desse, outros trabalhos acerca de tais subversões (versões Outras) necessárias já se encontram em andamento. Trata-se de trabalhos que se propõem (re)pensar a Psiquiatria e a Terapia Ocupacional que convêm à ética do insurgente paradigma de Atenção ao sofrimento psíquico. Confira, respectivamente, Costa-Rosa (2013d, 2013f) e Shimoguiiri (2013).

na medicação, a consequência será a dessubjetivação da queixa do sujeito (TENÓRIO, 2000) – isso quando ela já não chega assim, como efeito direto do tipo de oferta de transferência do paradigma hegemônico; o que faz curto-circuito da linguagem (COSTA-ROSA, 2013c): tamponamento e não equacionamento do sofrimento psíquico expresso no sintoma e demais impasses da subjetivação; fim ético do paradigma de Atenção ao sofrimento psíquico atualmente hegemônico onde, dado o determinismo biológico que rege sua clínica, psicoterapia é “para aqueles que não têm nada”.

Partimos da leitura de Costa-Rosa acerca dos paradigmas de produção da Atenção ao sofrimento psíquico na Saúde Coletiva, com o intuito de versar sobre uma modalidade de psicoterapia<sup>5</sup>, incluída no âmbito maior de uma variada gama de ofertas transferenciais (singularizantes) de tratamento – variada, mas sempre regida por uma mesma ética –, que, de fato, vá ao encontro dos reais interesses dos “sujeitos do sofrimento” (muitas vezes camuflados em suas demandas subjetivas). Partimos da hipótese de que é possível, bem como eticamente imprescindível, fundamentar – a partir de Outro paradigma de Atenção ao sofrimento psíquico na Saúde Coletiva – uma psicothetapia que faça a vez de um dispositivo fundamental de produção de subjetividade singularizada/desejante, para fazer frente à modalidade de subjetividade adaptada/alienada produzida pelo MCP, por intermédio de suas instituições, incluindo as de Saúde situadas em um desses paradigmas. Nossa hipótese também parte do fato de que a psicanálise do campo de Freud e Lacan, dado seu alcance, é o referencial teórico-técnico e ético mais pertinente a esta pretendida práxis, já que entre as bases possíveis para fundamentar as práticas “psi” é, *fundamentalmente*, a que mais dá subsídios para a superação dialética do princípio sujeito-objeto; em outros termos, que efetivamente possibilita *um laço social de produção onde o sujeito advém em sua singularidade* ao ser colocado no *lugar do trabalho* da produção do sentido necessário às injunções (impasses) do Real pulsional e da sua realidade cotidiana (que, por definição, inclui também a realidade social subjetivada): produção de sentido em movimento – não tautológico, portanto –, única modalidade de produção de sentido capaz de proporcionar respostas de eficácia simbólica, tanto ante os sintomas-que-fazem-sofrer, quanto em relação aos agenciamentos opressivos do MCP.

Temos por objetivo nesse ensaio refletir, em nível de teorizações preliminares, a partir de uma inserção como psicoterapeuta-intercessor em Estabelecimentos públicos – entre eles, Centros de Atenção Psicossocial e, principalmente, Unidades Básicas de Saúde –,

---

<sup>5</sup> A justificação de uma nova grafia para o significante “psicoterapia” será elucidada ao longo deste ensaio.

conceituações fundamentais mínimas para a caracterização de uma psicoterapia referida à psicanálise freudiana revisitada por Jacques Lacan. Trata-se, portanto, de refletir sobre uma psicoterapia na Saúde Coletiva sintônica com os horizontes de produção subjetiva prezados pela *ética da singularização* do Paradigma Psicossocial (COSTA-ROSA, 2000, 2013a, 2012), sendo este a proposta de Outro Modo de Produção da Atenção ao sofrimento psíquico. Nossa hipótese parte da releitura lacaniana de alguns conceitos freudianos fundamentais: o inconsciente e o *sujeito*, a transferência e a interpretação (COSTA-ROSA, 2013c); reconceituações que possibilitam uma ampliação das teorizações acerca da técnica – ampliação sempre norteada pela ética – a partir das quais a psicanálise, como já era do desejo de Freud (1996i), encontra-se melhor instrumentada para dar uma contribuição singular à clínica da Saúde Coletiva. Dada a complexidade do tema, o nosso recorte de Intercessão-Pesquisa se restringirá à clínica do recalçamento (clínica das neuroses). Assim, este ensaio se ocupa da reflexão, *a posteriori*, sobre um processo de intercessão realizado em Estabelecimentos públicos de Saúde, no que se refere às psicoterapias realizadas, bem como à necessária *prática entre vários* profissionais (COSTA-ROSA, 2013a; DI-CIACCIA, 1999; OURY, 2009) no contexto institucional desses Estabelecimentos. Ressaltamos ainda – e aqui partimos dos ensinamentos fundamentais da psicanálise e da dialética marxiana – que não se trata, nesse momento, de escrever sobre o saber produzido pelos sujeitos, mas sim sobre o processo de produção da intercessão, já que ao saber produzido no primeiro momento da Intercessão-Pesquisa não se pode ter acesso, dado ser [o inconsciente] “um saber que não se sabe”. O trabalhador-intercessor-pesquisador, agora no momento da reflexão teórica, não confunde o saber produzido pelo sujeito na “psicanálise em intensão” com os “dados” da pesquisa para reflexão na “psicanálise em extensão”.

## 2. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

### 2.1. Afinal, psicanálise ou psicoterapia na Saúde Coletiva?

Pela psicanálise é a noção mesma de psicoterapia que se acha subvertida  
(CLAVREUL, 1983, p. 181).

Muito se tem escrito sobre a dicotomia psicanálise/psicoterapia. Neste ponto, nos vemos diante da necessidade de alguns esclarecimentos a despeito do fato de Lacan [d]enunciar que “*a psicoterapia, seja ela qual for, estanca, não porque não exerça um certo bem, mas por ser um bem que leva ao pior*” (LACAN, 2003h, p. 513, grifo nosso). Aqui, Lacan faz referência ao pior da alienação, pela cristalização do sintoma, operada no sujeito, já

que as psicoterapias, por se darem nos laços sociais da Opressão/Reprodução<sup>6</sup>, pautam-se na negação da falta-a-ser fundamental (*parlêtre*) que marca a constituição do sujeito e a hiância que constitui a pulsação que causa seus movimentos criativos, necessários ao equacionamento dos impasses de subjetivação. “O inconsciente se havia fechado sobre sua mensagem graças aos cuidados desses ativos ortopedutas em que se tornaram os analistas de segunda e terceira geração, que se dedicam, no que psicologizando a teoria, a suturar essa hiância” (LACAN, 2008b, p. 30-1). Lacan faz referência a *Isso* que, ao ser reprimido pela mestria do psicoterapeuta, retorna *pior* (LACAN, 2003h; FINGERMANN; DIAS, 2005). Nossa hipótese é de que essa clássica dicotomia já expressa algo do impasse para o qual tentaremos esboçar equacionamentos iniciais neste ensaio: se a psicanálise não pode ser simplesmente transposta para a Saúde Coletiva, dadas as especificidades tanto do novo *lôcus* de operação quanto do público que aí demanda tratamento, como pensar essa possibilidade sem abrir mão do rigor teórico, técnico e ético inaugurado por Freud e maximizado por Lacan? Primeiramente, se não se trata da prática da *intensão* típica à psicanálise, e sim da inserção desta em outro *lôcus* de atuação, com atravessamentos outros, propomos não falar de “psicanalistas na instituição”, mas sim – e até por motivos estratégicos<sup>7</sup> – de *trabalhadores (diversos) precavidos teórico-técnica e eticamente pela psicanálise* (e, necessariamente, por outras “coisitas” mais). Mas nem por isso serão menos psicanalistas, pois o que define um analista não é seu *lôcus* de atuação, mas sua formação – imprescindível ao trabalhador-intercessor – a partir do 1) estudo rigoroso da teoria (dos processos de subjetivação, da técnica e da ética), 2) da práxis clínica com os “sujeitos do sofrimento”, 3) da supervisão clínica dessa práxis e, *principalmente*, 4) do percurso de sua própria análise. O psicanalista é um tipo de intercessor, capacitado para atuar no seu contexto específico, ou seja, o do consultório particular. Da mesma forma, onde houver um trabalhador-intercessor atuando a partir da ética da psicanálise, junto à demanda de um sujeito em sofrimento, poderá haver psicanálise. Ora, e por que o trabalhador-intercessor inserido na Saúde Coletiva, ao qual eticamente são exigidos referenciais que, inclusive, extrapolam o campo estrito da psicanálise (FREUD, 1996j, p. 143), não poderá ser

---

<sup>6</sup> Os *Discursos da Opressão/Reprodução* englobam o Discurso do Mestre e o Discurso da Universidade, teorizados por Lacan (1992) em seu seminário 17, e o Discurso do Capitalista, esboçado nesse seminário e melhor caracterizado em outros momentos.

<sup>7</sup> Quanto a isso, concordamos com Figueiredo (1997): “considero que não é imprescindível instituir a psicanálise como mais uma especialidade na lista de ofertas [...] porque a clínica psicanalítica é praticada por profissionais com diferentes designações como psicólogos, psiquiatras e outros. Ao instituí-la, é como se só aqueles designados como psicanalistas pudessem praticá-la. Quem designaria?” (p. 10, grifo nosso).

considerado um tipo de psicanalista tentando, nesse contexto – e haverá outros<sup>8</sup> –, “alcançar em seu horizonte a subjetividade da sua época” (LACAN, 1998g, p. 322)?

Que a psicanálise não é uma psicoterapia – ao menos não uma psicoterapia cujo laço social se dê nos Discursos da Opressão/Reprodução e na ética em que resultam, *e eis aí a nossa “carta na manga”* – isso nos é absolutamente claro e constatável. No entanto, colocamo-nos uma questão, que tentaremos responder a partir dos desdobramentos da conclusão de Lacan acerca da psicanálise ser ou não uma Ciência<sup>9</sup>: como definir uma práxis “psi” na Saúde Coletiva que inclui a [ética da] psicanálise? Mais especificamente, para o intuito central desse ensaio, como definir uma “psicoterapia” na Saúde Coletiva em cuja práxis a psicanálise do campo de Freud e Lacan é “aplicada” sem a conspurcação dos seus fins ético-políticos?

Se por um lado não se trata, de forma alguma, de reduzir a psicanálise a uma [psico]terapêutica, por outro vemos que “a questão não é recusar à psicanálise seu estatuto de psicoterapia, e sim diferenciá-la [rigorosamente] das demais psicoterapias” (FIGUEIREDO, 1997, p. 10). De forma alguma se trata de uma “quase psicanálise” na Saúde Coletiva, o que nos faria cair na dicotomia: psicanálise para os ricos e psicoterapia – que faz algum bem, mas conduz *ao pior!* – para os pobres (QUINET, 2008b). A ética da psicanálise não admite concessões. Da nossa parte, não podemos deixar de lado a “crítica assídua” contra “os desvios e concessões que amortecem o progresso da psicanálise” (LACAN, 2003b, p. 235). Se propomos uma “psicoterapia” referida à psicanálise na Saúde Coletiva é na medida em que discorreremos sobre uma prática *rigorosamente* analítica e não psicoterapêutica aos moldes clássicos, ou seja: é na medida em que caracterizamos uma “psicoterapia” cuja prática tem em seu horizonte a ética psicanalítica; portanto, *o mesmo horizonte ético de produção subjetiva singularizada*. Se a necessidade ética de pensar os dispositivos de ação na Saúde Mental Coletiva, a partir da psicanálise, diz do próprio futuro da psicanálise (FREUD, 1996i; LACAN, 2003h), propomos, neste ponto, uma hipótese segundo a qual tal empreendimento –

---

<sup>8</sup> Quanto a isso ver, por exemplo, o pioneiro trabalho do prof. Dr. Silvio José Benelli (BENELLI, 2014; BENELLI; COSTA-ROSA, 2011, 2012, 2013) que, partindo das produções de Costa-Rosa, vem iniciando uma proposta de análise paradigmática do campo da Assistência Social. Benelli parte da sugestão de Costa-Rosa (2013e) segundo a qual “esse conjunto de proposições [o PPS] pode ser desdobrado para referenciar situações de outras demandas do campo social e institucional, e para *outros intercessores e outros processos de intercessão*, além das clínicas e das práticas ‘psi’” (p. 321, grifo nosso).

<sup>9</sup> Segundo Lacan (2003d), quanto ao Modo de Produção de subjetividade e de “conhecimento” inaugurado por Freud, a pergunta que sempre retoma seu “projeto radical” não é “que condições a psicanálise deve satisfazer para se transformar numa ciência”, mas, ao contrário: “o que é uma ciência que inclua a psicanálise?” (p. 195). No mesmo sentido, Althusser (1984) nos indaga: “em que medida a descoberta de Freud [...] pode, pela simples definição do seu objeto [que é *sujeito!*], e de seu lugar, repercutir nas disciplinas de que ela se distingue (tais como a psicologia [...]) e provocar nelas questões sobre o estatuto (por vezes problemático) do objeto das mesmas?” (p. 70).

não esquecendo a necessidade enunciada por Freud (1996i) de “[...] adaptar a técnica às novas condições” (p. 181), *sempre a partir da práxis* –, expressa o que podemos propriamente chamar de ampliação do campo da “psicanálise em intensão” (COSTA-ROSA, 2012; ELIA, 2010)<sup>10</sup>. Pautamo-nos, para tal, em Freud (1996j) quanto ao fato de que “as aplicações da [psic]análise são, também, confirmações dela” (p. 143). Neste contexto, a fim de evitarmos querelas da dicotomia psicanálise/psicoterapia, propomos o significante *psychotherapia* para esse novo dispositivo de produção de subjetividade singularizada na Saúde Coletiva. O *th* presente nesse novo significante fará ressonância com aquilo que Lacan (2007) definiu como o mais singular da produção de um sujeito, a saber, a construção de um Sinthoma, ou seja, de um “saber-fazer com o sintoma” (*savoir faire avec ce symptôme*), sempre pela via da [inquiet]ação *criativa-desejante*. A própria *ressignificação* de Lacan do Sintoma em Sinthoma nos parece um ponto que corrobora a nossa proposta de uma *psychotherapia* Outra. Ou não seria a psicoterapia, que é um equipamento clínico já legitimado no discurso médico científico, aquilo que – e eis aqui nossa visada estratégica –, ao incluir a psicanálise, transpõe-se em seu avesso (*psychotherapia*), tal como o *sinthoma*, *alcançável tanto quanto possível* em um trabalho analítico, é o avesso do sintoma-que-faz-sofrer? Se a psicoterapia é o avesso da psicanálise, a *psychotherapia*, por ser nossa proposta de materialização de “uma ciência que inclua a psicanálise” (LACAN, 2003d, p. 195), é, como ampliação da psicanálise, também confirmação dela (FREUD, 1996j, p. 144). Já que Lacan (1998h) – ao discutir a importância de privilegiar o “rigor ético” em detrimento do “formalismo prático” – enfatizou o *não* do “padrão ou não”, a proposta de uma *psychotherapia* Outra *rigorosamente* se apresenta como sendo uma das *variantes* do “tratamento que se espera de um psicanalista” (p. 331).

---

<sup>10</sup> Com a exceção dos trabalhos de Costa-Rosa (2012) e Elia (2010), não encontramos, na literatura a que tivemos acesso, outros autores que coloquem a questão precisamente nesse plano. O mais aproximado, o que apoia *em parte* nosso posicionamento, foi a afirmação de Figueiredo (1997) de que se trata de “ampliar as possibilidades do exercício da psicanálise” (p. 31) e Rinaldi (2005) quanto à necessidade de “ampliação do âmbito da incidência psicanalítica” (p. 87), bem como a de Birman (1994) ao enunciar que “*a experiência psicanalítica admite diversas possibilidades de clínica*, desde que nesta diversidade sejam reconhecidas as condições epistemológicas e éticas para a construção do espaço psicanalítico” (p. 27, grifo nosso). Sobre a “ampliação da psicanálise em intensão”, para ficarmos somente em um exemplo, como não ver que o tratamento psicanalítico de sujeitos estruturalmente constituídos por forclusão (*Verwerfung*), em franco processo de reconstrução subjetiva, tem sua exequibilidade maximizada no contexto do tratamento institucional? Se “esses quadros clínicos demandam uma resposta social, em termos institucionais, que um analista na solidão de seu consultório não poderia dar” (RINALDI, 2005, p. 103), é porque – e aqui temos que recorrer principalmente às importantíssimas contribuições da “Psicoterapia Institucional francesa” (OURY, 2009) – faz-se necessário um “Coletivo” que, a partir de uma oferta de múltiplos pontos de transferência, dialetize tanto quanto possível o modo de vinculação totalizante do sujeito com o Outro da experiência da psicose deflagrada. Partindo das produções teóricas de Costa-Rosa, podemos afirmar, seguramente, que quando o trabalhador-intercessor está atuando no trabalho clínico com os “sujeitos do tratamento” (intercessão nos processos de subjetivação), trata-se mesmo de “psicanálise em intensão” *ampliada*, ao passo que a práxis do dia-dia do trabalhador-intercessor junto à “prática entre vários” outros trabalhadores – possíveis outros intercessores – (intercessão nos coletivos de trabalho inter/transdisciplinar) diz respeito à “psicanálise em extensão”.

## 2.2. Os Modos de Produção da Atenção ao sofrimento psíquico na Saúde Mental Coletiva

Partimos da hipótese de que há, no campo da SMC, dois paradigmas de Atenção ao sofrimento psíquico em constante contradição dialética. Segundo a proposta de Costa-Rosa, a análise dos paradigmas é realizada a partir da perspectiva de quatro parâmetros básicos, a saber: 1) “concepção do ‘objeto’” e dos “‘meios’ de trabalho”, 2) Formas da organização das relações intra e interinstitucionais, 3) Formas do relacionamento com a clientela, a População e o Território e 4) Formas de seus efeitos em termos terapêuticos e ético-políticos. Em linhas gerais – tendo a psiquiatria médico-positivista como base epistemológica e as demais disciplinas como coadjuvantes – temos o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), que aparece como o conjunto, atualmente hegemônico, de práticas de Atenção ao sofrimento psíquico, baseado: 1) em uma visão biologizante (médica) de “sujeito” e “‘meios’ de trabalho” adaptativos-aprisionantes; 2) em *modalidades estratificadas* tanto das relações intra e interinstitucionais (entre os trabalhadores), quanto 3) da relação com a clientela (entre os trabalhadores e os “sujeitos do tratamento” e a população); e 4) na produção de subjetividade capitalística/adaptada como efeitos de suas práticas (ética da adaptação). Por outro lado, tentando se instaurar nas brechas abertas no instituído do paradigma hegemônico, vislumbramos o Paradigma Psicossocial (PPS) como o que desponta, ainda no horizonte, dialética e *rigorosamente* alternativo ao seu antípoda: partindo das inovações iniciais de várias propostas de reformas no campo da SMC em vários países (FLEMING, 1976), bem como de referenciais teórico-técnicos e ético-políticos transdisciplinares (Psicanálise, Materialismo Histórico, Análise Institucional francesa e Filosofia da Diferença), o PPS parte dos princípios de: 1) uma visão complexa de sujeito (sujeito *entre social* – “existência sofrimento” – e “ser” de sentido em movimento *entre significantes* – sujeito do [desejo] inconsciente) e “‘meios’ de trabalho” singularizantes; 2) modalidades horizontalizadas tanto das relações intra e interinstitucionais (entre os trabalhadores), quanto 3) da relação com a clientela (entre os trabalhadores e os “sujeitos do tratamento” e a população); e 4) produção de subjetividade desejanse/singularizada, no que diz respeito aos efeitos de suas práticas (ética da singularização)<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Para um exame mais detalhado desta proposta de análise paradigmática no campo da SMC, confira Costa-Rosa (1987, 1991, 2000, 2013a, 2013e) e Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), bem como o ensaio “Do Terapêutico Alienante ao Analítico Singularizante...” nesta dissertação.

### 2.2.1. As modalidades de clínica na Saúde Mental Coletiva

Ao longo da história, podemos identificar três modalidades de clínica que ocuparam a dianteira das instituições públicas de Atenção ao sofrimento psíquico, e que, muitas vezes, continuam dividindo os mesmos espaços no momento histórico atual (BEZERRA, 2013; MONDONI; COSTA-ROSA, 2010; MONTEZUMA, 2001). Nossa hipótese é de que tais modalidades de clínicas, respectivamente, resultam do PPHM, da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) e do PPS. Primeiramente, identificamos uma Clínica do Olhar, que calcada no princípio doença-cura exclui a subjetividade, na medida em que parte de uma relação estritamente vertical entre médico e doente, *na qual aquele possui o Saber-Poder sobre este tomado como objeto passivo* no tratamento. Nessa perspectiva clínica, *o paciente não tem, muitas vezes, sequer o reconhecimento como indivíduo* (FOUCAULT, 1980), que dirá como *sujeito* em sua singularidade, já que “o doente é convidado, assim, a se desprender de qualquer interpretação subjetiva sobre o que lhe ocorre” (CLAVREUL, 1983, p. 97).

Inspirada na experiência italiana, desde o final da década de 1970, a RPb vem propondo uma modalidade de tratamento que, dadas suas características, podemos chamar de Clínica do Cuidado, como proposta de substituição à Clínica do Olhar. A principal contribuição da RPb se verifica no fato dela ter diversificado os “‘meios’ de trabalho”, bem como ter ampliado *em parte* a “concepção do ‘objeto’”. No entanto, se a Clínica do Cuidado concebe seu ‘objeto’ para além do orgânico – contudo, apenas na sua versão racional, ainda *eu* do ente, cidadão de direitos como “existência-sofrimento” na sua relação com o corpo social (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990) – isso ainda não é suficiente para o horizonte de *produção subjetiva Outra* proposto pelo PPS. Sem a ampliação da “concepção do ‘objeto’” até o ponto de se considerar a dimensão propriamente subjetiva do Homem, como sujeito do [desejo] inconsciente entre significantes, as ações de Atenção continuarão tendo o caráter tutelar e alienante, como efeito imediato do “saber enciclopédico-pedagógico-cuidador”, típico do princípio sujeito-objeto presente nas disciplinas profissionais (COSTA-ROSA, 2013e; FOUCAULT, 2004). Sem a inclusão dos referenciais teórico-técnicos e éticos necessários para a efetiva transposição paradigmática, partindo da bandeira da luta política por resgate dos direitos dos “sujeitos do tratamento”, a RPb acaba desembocando em um ímpeto por incluir a todo custo (RINALDI, 2005, 2006) sem ver que “O ‘Manicômio Químico’ é a forma mais sofisticada dessa lógica [manicomial]: exclusão sem reclusão, com inclusão (na comunidade e na família, como se costuma dizer, *elidindo que* é na ‘comunidade de consumidores’)” (COSTA-ROSA, 2013f, p. 217). Assim, as clínicas do *Olhar* e do *Cuidado*, além dos efeitos empiricamente vislumbrados como subjetivos em termos de

*tamponamento dos impasses psíquicos*, no que diz respeito ao plano da política – que também é subjetivado –, corroboram a manutenção do instituído social opressor dentro do Processo de Estratégia de Hegemonia (PEH) capitalista. Um dos aspectos mais importantes a destacar nessas modalidades de clínica, típicas do PPHM – mesmo que a Clínica do Cuidado da RPb já seja uma (primeira) diferenciação importante, apesar de ainda não dialética, da Clínica do Olhar –, é o fato de não ocorrer, por parte dos “sujeitos do sofrimento”, a apropriação do produto final do processo de produção da Atenção (COSTA-ROSA, 2013a): o produto final, em última instância, continua sendo a extração indireta da mais-valia, pela via do consumo do produto de outras instituições do MCP (COSTA-ROSA, 1987, 2013a; MERHY, 1987; LUZ, 1979), bem como, e conseqüentemente, a produção de subjetividade serializada/adaptada (GUATTARI; ROLNIK, 1996), igualmente interessantes ao MCP. Se a Clínica do Cuidado vem tentar superar a anterior, é fato que se apresenta apenas como *diferenciação não essencial* (COSTA-ROSA, 1987, 2000). É isso que nos permite englobar a Clínica do Olhar do PPHM, e mesmo ainda a Clínica do Cuidado da RPb, como fazendo parte do que propomos nomear como Tratamento Terapêutico Alienante. Com isso, enunciamos a modalidade de clínica que convém ao PPS como *Clínica do Sujeito*, tal como propõe a psicanálise do campo de Freud e Lacan (BEZERRA, 2013; COSTA-ROSA, 2013c, 2013e, 2012; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; FIGUEIREDO, 1997; RINALDI, 2005, 2006; VIGANÒ, 1999), para, somente assim, colocar em ação um Tratamento Analítico Singularizante capaz de ter como efeito possível a produção de subjetividade singularizada, simultaneamente nos planos subjetivo e político-social<sup>12</sup>.

Ao propor uma modalidade de psicoterapia Outra, como dispositivo imprescindível para tal clínica, partimos do fato de que o *sujeito*, tal como o definimos a partir da psicanálise, *não está em questão* no mote das psicoterapias em geral, nem mesmo naquelas ditas de “orientação psicanalítica” que, ao passarem ao largo dos conceitos fundamentais da psicanálise (o *sujeito* e o inconsciente, a transferência e a interpretação), distanciam-se da experiência singularizante psicanalítica.

---

<sup>12</sup> Para um exame mais detalhado sobre a diferenciação dos dois tipos de tratamentos presentes no campo da SMC, dialeticamente contrários, ver o ensaio “Do Terapêutico Alienante ao Analítico Singularizante...” nesta dissertação.

### 3. DAS PSICOTERAPIAS EM GERAL A UMA PSICOTHERAPIA OUTRA: REFERENCIAIS TEÓRICO-TÉCNICOS E ÉTICO-POLÍTICOS NECESSÁRIOS A UMA CLÍNICA DA SINGULARIZAÇÃO

Há muitas espécies de psicoterapias e muitos meios de praticá-las (FREUD, 1996a, p. 246).

A oferta de tratamento psicoterápico na rede pública de Saúde no Brasil é relativamente recente, iniciada em meados da década de 1970 (COSTA-ROSA, 1987) e substancialmente implantada, como Política Pública, no programa de Saúde do Governo do Estado de São Paulo, na gestão do Governador Franco Montoro, no início da década seguinte (TOZONI-REIS, 1994); e anos depois em outros Estados da Federação. No entanto, se por um lado a oferta de psicoterapias nos Estabelecimentos de Saúde pode, *a priori*, ser considerado um ganho para a população que não pode arcar financeiramente com os custos desse tipo de tratamento, por outro se faz necessário discutir o estatuto ético-político dos efeitos das modalidades de tratamentos “psi” dentre as possíveis.

Partimos da distinção entre pintura e escultura feita por Leonardo da Vinci, utilizada de maneira muito eloquente por Freud (1996a), no intuito de diferenciarmos as muitas formas de psicoterapias em geral – que operam pela ação sugestiva e alienante de mestre – da psicanálise: “há entre a técnica sugestiva e a analítica a maior antítese possível, aquela que o grande Leonardo da Vinci resumiu, com relação às artes, nas fórmulas *per via di porre* e *per via di levare*” (ibidem, p. 247). A pintura trabalha *per via di porre*, posto que o pintor deposita na tela em branco pigmentos de tinta que não estavam lá. Ao contrário, a escultura trabalha *per via di levare*, já que tal arte consiste em retirar um *excesso que não deixa ver* a escultura já existente lá: que não deixa “ver” o que lá ex-siste. Assim, *pela via de colocar*, os operadores das psicoterapias em geral – em maior ou em menor grau, mas sempre em algum grau – dizem, convencem e, no mínimo, sugerem ao sujeito o que ele supostamente teria e o que deve fazer; em uma palavra: sempre têm algo a acrescentar. Em contrapartida, *pela via de tirar*, “a terapia analítica, [...] não pretende acrescentar nem introduzir nada de novo, mas antes tirar, trazer algo para fora” (ibidem, p. 247). Posto isso, ao psicoterapeuta cabe *apenas* (o que de forma alguma é pouco!) interceder sempre no sentido da ação – “protagonizada” pelo próprio sujeito – de retirada do que há em excesso, como o que oblitera, não deixa ver, que envelopa as formas do seu diferir desejante. Ou seja, enquanto as psicoterapias em geral, na perspectiva do cura[ativo], fazem enxerto de sentido imaginário-tautológico, na tentativa de remendar a fenda aberta pela angústia, uma psicoterapia Outra deverá fazer *operação* de

retirada de excesso de sentido imaginário, ao passo que as intercessões são o que possibilita ao sujeito as condições de equacionamento simbólico do real angustioso que fez irrupção.

### 3.1. As psicoterapias em geral

[...] objeto pulsante, mas *objeto que se oferece como signos de outros* (Carlos Drummond de ANDRADE, 2007, p. 1254, grifo nosso).

Narrei-me à sombra e não me achei sentido [...]. Não sou eu quem descrevo. Eu sou a tela. E *oculta mão colore alguém em mim* (Fernando PESSOA, 1994, p. 127, grifo nosso).

O termo psicoterapia foi cunhado em 1872 (ROUDINESCO, 2000) e, segundo Costa (1989), a psicanálise é a matriz da maioria das psicoterapias. Para Roudinesco (2000), mais de setecentas escolas de psicoterapia surgiram no mundo a partir de 1950, sobretudo nos Estados Unidos onde a psicanálise teria sido lida e revisionada (LACAN, 1998d; 2003a; ALTHUSSER, 1984), desembocando no que se convencionou chamar de “psicologia do ego”, como uma teologia da “libertação” e da exaltação do *eu*, apesar do esforço contínuo de Freud contra esse tipo de promessa: psicanálise capturada e virada pelo avesso, pasteurizada pela psicologia, que é por definição uma ciência que desemboca em uma prática ideológica (ALTHUSSER, 1984) e disciplinar (FOUCAULT, 1984). Mesmo que de calibre consideravelmente menor, a escola inglesa de psicanálise – a partir de Melanie Klein, passando por Bion e Winnicott – não escapou das críticas de Lacan (2009, 1999), cuja prática situou no bojo das psicoterapias em geral. Dessa forma, veremos como tais psicoterapias se pautam em princípios refutáveis do ponto de vista da ética psicanalítica da singularização, sendo tributárias de uma crença de cura milagrosa depositada no psicoterapeuta, enquanto Outro *supostamente* poderoso e sabedor: clínica do [reforçamento do] imaginário, portanto, que produz (re)adaptação a favor do instituído social opressor.

Em termos gerais, o que agrupa as psicoterapias em um balaio comum é o fato de partirem da 1) crença no poder de [um] cura[ativo] depositado na figura do psicoterapeuta, que se identifica com [e se posiciona de] tal lugar, daí agindo por intermédio da 2) sugestão imaginária sobre o “sujeito do sofrimento”. Os psicoterapeutas desconhecem o que Freud em sua sagacidade soube muito cedo, tendo, por isso mesmo, abandonado o método sugestivo-hipnótico: o fato de que tanto a crença no poder de cura quanto o efeito de sugestão dele derivado são resultados (prévios) da própria alienação do sujeito: alienação do fato de que somente ele é quem realmente detém o (único) saber que poderá fazer frente, *de forma efetiva e singularizante*, ao sofrimento que o atravessa (implicação subjetiva), para, inclusive, poder

ser um atravessador nas conflitivas do entorno sociocultural-territorial onde se encontra (implicação sociocultural). Aqui já temos uma primeira constatação do caráter estritamente terapêutico/alienante típico das psicoterapias em geral. Se, pela perspectiva da Lógica do Signo, o saber sobre o sofrimento vem pela interpretação laudatória, por intermédio da boca do psicoterapeuta, isso só pode ter como efeito a produção de sentido imaginário-tautológico, tendente ao estático, que produz, no máximo, rearranjo sintomático (efeito estritamente terapêutico), mas não opera nada de *equacionamento simbólico* do sintoma-sofrimento como *trabalho subjetivo que possibilita mudanças na economia de gozo do sujeito* (efeito terapêutico *a posteriori* que, por outro lado, passaria pelo simbólico-analítico). O recapeamento do imaginário do sujeito operado pelas psicoterapias em geral somente pode levar à adaptação e nunca à singularização, exatamente por ser o imaginário, como o define Lacan (2003a, p. 176), aquilo que se opõe (resiste) ao deciframento significativo dos sintomas pelo [desejo] inconsciente, e por tanto, à dimensão simbólica-criativa-desejante. Enfim, o que caracteriza as psicoterapias em geral é o fato de se pautarem nas modalidades de laços sociais aqui nomeados Discursos da Opressão/Reprodução, sobretudo no Discurso do Mestre (quando o psicoterapeuta ordena, governa o paciente) e no Discurso da Universidade (quando nomeia *isso* que o paciente teria). Eis o que define a especificidade do posicionamento do psicoterapeuta-interventor-disciplinar como sabedor-*supridor* do outro colocado como objeto (terapêutica do suprimento), seja de governo, seja de ensino, em detrimento da possibilidade de produção de subjetividade e “saúde” singularizadas. As psicoterapias em geral só podem (re)produzir subjetividades amordaçadas ao Poder e ao Saber do outro. Portanto, é nesses termos que as psicoterapias, juntamente com a medicalização, são a base do conjunto de equipamentos clínicos do PPHM, que visam ortopedias psíquicas, sendo por isso mesmo que sua ética é definida como adaptação. Outro fato a considerar quanto a esse ponto é o de que na maioria das vezes – e esse é um traço típico do MCP como modo básico das instituições deste paradigma – os operadores de tais equipamentos de produção de subjetividade, os psicoterapeutas, na condição de trabalhadores alienados do processo de produção, desconhecem a natureza dos efeitos éticos e políticos do que produzem. Michel Foucault (2004), quanto a isso, há muito já ressaltou que as instituições disciplinares – e, portanto, os seus agentes – acabam criando exatamente aquilo que ideologicamente propõem combater, e sem disso se darem conta. Mas é importante dizer que não se trata de atribuir qualquer maldade necessariamente intrínseca a esses trabalhadores, pois se trata mesmo do resultado do fato de terem sido forma[ta]dos no princípio disciplinar típico à ciência médica e psicológica

(COSTA-ROSA, 2013e, p. 286). No entanto, retomando a citação de Lacan (2003h) acima: “sabendo *ou não* é o que fazem” (p. 516, grifo nosso).

### 3.2. Uma psicoterapia Outra: discussões a partir da Intercessão-Pesquisa

E raspar a tinta com que me pintaram os sentidos (Alberto CAEIRO, 1994, p. 226).

É somente sobre a base de fatos clínicos que a discussão pode ser fecunda (LACAN, 1998e, p. 693).

Partimos da hipótese de que uma psicoterapia Outra na Saúde Coletiva, como ampliação do campo da “psicanálise em intensão” – para que seus “ingredientes principais” continuem sendo “aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa” (FREUD, 1996i, p. 181) – deverá partir de conceituações mínimas, a saber: o *sujeito* e o inconsciente, a transferência e interpretação; conceitos freudianos fundamentais à clínica psicanalítica cujas teorizações foram expandidas por Lacan (COSTA-ROSA, 2013c). A nosso ver, esses conceitos elencados por Costa-Rosa, não por acaso, não deixam de tangenciar *os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* tal como propostos por Lacan (2008b) em seu décimo primeiro Seminário: o inconsciente, a repetição, a transferência e a pulsão. Nessa ocasião, Lacan situa “estes conceitos em relação a uma função mais geral que os engloba [...], isto é, a função do significante” (ibidem, p. 20). De tal modo, considerando que “não é com a faca que dissecamos, mas com conceitos” (LACAN, 2009, p. 10) e que essa proposta de uma psicoterapia Outra na Saúde Coletiva se insere no bojo maior do trabalho de restauração da “sega cortante” da práxis psicanalítica (idem, 2003b, p. 235), partimos da (re)leitura da psicanálise realizada por Lacan, a partir da Lógica do Significante, como o que nos permite vislumbrar uma rede de *conceituações mínimas fundamentais* rizomaticamente imbricadas umas as outras:



Figura 8: Composição da rede de conceituações mínimas fundamentais da psicanálise rizomaticamente imbricadas a partir da Lógica do Significante.

Com Lacan ultrapassamos dialeticamente a ideia de inconsciente como “Outra cena”, recalçado da história do indivíduo, para chegarmos, considerando a noção de *sujeito*, à concepção do inconsciente como produção dinâmica de sentido novo e contínuo a partir da precipitação da cascata de significantes. Para que o inconsciente venha a emergir como tal, colocando o indivíduo e o *sujeito* do [desejo] inconsciente no lugar do trabalho da produção subjetiva, faz-se importante por parte do psicoterapeuta saber identificar e manobrar a transferência em suas dimensões imaginária e simbólica, sendo que, para tal, sua principal ferramenta é a interpretação definida como *ato analítico* – ou *intercessão* – que produz (ou maximiza) a *significa[ntiza]ção*<sup>13</sup> como produção de sentido novo.

### 3.2.1. O sujeito e o inconsciente

Oculto ao fundo o Minotauro, / mas o labirinto sou eu. / Corredores e corredores, / eu esconso, eu escuro, e ele / nem mesmo touro, só espanto. / O monstro que nunca demonstro / o labirinto é que o faz, / [...] De noite ouço o seu bramido. (Annibal Augusto GAMA, 2002, p. 524, grifo nosso).

O Eu nunca é senão metade do sujeito (LACAN, 1998h, p. 348).

Se os conceitos fundamentais da psicanálise são rizomaticamente articulados entre si, isso se radicaliza quanto ao sujeito e o inconsciente, pois ao nível deste há algo homólogo em

<sup>13</sup> Ao propor esse jogo de palavras temos a intenção de ressaltar que, *em certa medida*, a significação (ordem da decifração do sintoma) e a significantização (ordem da cifração de gozo para além do recalçado da história) podem se dar simultaneamente; ou seja: ao passo em que se decifra, como ato que possibilita efeitos de desalienação, abrem-se também possibilidades para o processo [simbólico-]criativo[-desejante] que se pode experimentar no trabalho analítico para-além da decifração. Mas é fato que há, no processo analítico, um ponto onde se alcança *certo* esgotamento dos conteúdos do recalçado da história do sujeito, posto que, a partir de então, a significantização se coloca em primeiro plano.

todos os pontos ao que se passa ao nível daquele (LACAN, 2008b, p. 31); o que nos leva à locução “sujeito do [desejo] inconsciente”. Lacan opera, em relação a Freud, uma potencialização das teses fundamentais psicanalíticas acerca do inconsciente a partir das teorizações sobre o sujeito, à medida que este é concebido como articulado ao significante como sendo nada menos que o seu *efeito*. Mas o que significa dizer que o sujeito do [desejo] inconsciente é efeito do significante?

No campo da psicanálise não confundimos o *eu (moi)* com o *sujeito (je)*, pois uma coisa é aquilo que apresentamos ao Outro social, como imagem supostamente ideal, e outra coisa é o que em nós sempre aparece como desejo inconsciente, desvelando a divisão subjetiva constituinte do sujeito a partir de um “isso fal[h]a”<sup>14</sup>: *impossibilidade* de totalização da experiência humana, que Lacan articulou no axioma da “inexistência da relação sexual”. Em termos freudianos, trata-se do fato de não sermos mestres em nossa própria casa, uma vez que *sob a predominância do registro Imaginário* “o indivíduo humano se fixa numa imagem que *o aliena* de si mesmo” (LACAN, 1998a, p. 116, grifo nosso). Vejamos como Rinaldi (1996), de forma bastante precisa, diferencia o *eu*, objeto de intervenção da psicologia e da sociologia científicas, do sujeito tal como a psicanálise o postula:

O sujeito da psicanálise, portanto para Lacan, é um sujeito descentrado, *sujeito do inconsciente* que se distingue do *eu* enquanto inserção do indivíduo num sistema de comportamentos sociais. O *sujeito do inconsciente* desloca-se na cadeia significante, que numa ‘outra cena’ se repete e insiste. Por oposição, *o eu, pelas suas inércias imaginárias, opera justamente para acobertar esse deslocamento que é o sujeito* (p. 30, grifo nosso).

De tal forma, quanto mais um sujeito se afirma como *eu*, numa identidade fixa, mais se aliena, tanto em relação a si mesmo como em relação ao tipo, e aos efeitos, dos vínculos que estabelece com o grupo social no qual se insere, pois a consciência individual-egóica sempre faz sombra ao instituído social (ALTHUSSER, 1984, p. 84-5). Fixação que *o aliena* da possibilidade de ser *sujeito no deslize significante*, criativo e subversivo, como o que surge, sempre devir Outro, a partir desse “isso fal[h]a”, contingente ao registro Simbólico:

Tropeço, desfalecimento, rachadura. Numa frase pronunciada, escrita, alguma coisa se estatela. Freud fica siderado por esses fenômenos e é neles que vai procurar o inconsciente. Ali alguma outra coisa quer se realizar – algo que aparece como intencional, certamente, mas de uma estranha temporalidade. O que se produz nessa

<sup>14</sup> Mais uma vez, no dizer do poeta (que Freud diz sempre se antecipar ao psicanalista): “[...] este rosto de frente sorri / com todos os seus trinta e dois dentes; / o outro é que amargou com o que sofreu, / mordido da vida cruelmente. / O rosto careável e social / é só o meu lado condescendente; / o outro, selvagem, turvo e amoral, / salta para os outros de repente. [...]” (Annibal Augusto GAMA, 2002, p. 43, grifo nosso).

hiância, no sentido pleno do termo *produzir-se*, se apresenta como *um achado*. É assim que a exploração freudiana encontra o que se passa no inconsciente (LACAN, 2008b, p. 32, grifo do autor).

O diferir desejante, para além do que comumente se entende por esse termo, é o que aí aparece como achado de sentido novo, colocando a “máquina humana de subjetivar” em movimento. Na lógica não-toda do significante é exatamente porque o sentido está sempre escapando, *falhando* em significar o todo, que há possibilidade de novos sentidos, pois, se o diferir advém da falta-a-ser é porque “só existe *causa* para o que manca” (ibidem, p. 29, grifo nosso). No entanto, ao agarrar-se predominantemente aos recursos de subjetivação do registro Imaginário, nostalgia do todo, o sujeito se distancia de tal possibilidade. Um tratamento psicanalítico permite ao sujeito assumir seu *impossível* (de significação toda) para não cair na *impotência* (de significação parcial e, por isso mesmo, sempre Outra): destituição subjetiva, efeito de uma análise, como remoção do excesso de imaginário. Somente assim o sujeito pode *tornar-se* mais dono e menos inquilino da casa que habita, cujos efeitos poderão ser vistos também no seu reposicionamento no laço social. Nesses termos, o dito “ego forte” é, rigorosamente, fraco, dado o fato de que um *eu* pautado em significações tautológicas – e, portanto, cristalizadas, fixadas – está mais longe de produzir a subjetivação singularizante, para além da adaptação, como possibilidade de respostas de teor simbólico aos impasses do Real e da realidade subjetiva e social subjetivada.

Segundo Freud, algum tipo de intenção estranha/familiar parece constantemente forçar entrada, batendo à porta da consciência. Mas esse sujeito concebido como retorno do recalçado descreve o sujeito freudiano, sendo necessárias outras formulações para vislumbrarmos o sujeito tal qual enuncia Lacan. A concepção lacaniana de sujeito não exclui a freudiana, mas a transcende de forma dialética, principalmente como consequência da teoria do significante:

O sujeito é, então, tanto o homem em sua divisão (às vezes dito “eu do enunciado” e “Eu da enunciação” ou sujeito) quanto os efeitos-sujeito, evanescentes, dessa divisão. *Esses efeitos-sujeito* podem produzir deciframento na dissolução sintomática, e *podem permitir a inscrição pulsional nas situações angustiosas, ainda não associadas às representações inconscientes já recalçadas* (COSTA-ROSA, 2013c, p. 260-1, grifo nosso).

Assim, o sujeito freudiano está para a significação (decifração do sintoma via recordação e elaboração do recalçado da história) assim como o sujeito lacaniano está para a significantização (cifração de angústia para além do recalçado da história do indivíduo). Se a clínica, até onde Freud conseguiu avançar, era definida como o ato de recuperar o sentido

recalcado, a partir de Lacan passamos a conceber o inconsciente também, e sobretudo, como produção de sentido novo, e não apenas como retorno do recalcado. Se o sujeito do [desejo] inconsciente é efeito do significante é porque, como veremos no seguimento desse ensaio, “o sujeito [somente] pode ser a figuração dos próprios efeitos de sentido advindos do processo de enunciação, *pelo encontro dos significantes*” (ibidem, p. 260, grifo nosso), posto que “o inconsciente é o significante em ação” (LACAN, 1999, p. 111)<sup>15</sup>.

### 3.2.2. Enlace transferencial: o tratamento de ensaio ou as entre-vistas preliminares

Não há entrada possível na análise sem entrevistas preliminares (LACAN, 2011, p. 41).

E o que temos no início de cada novo tratamento? Temos um “tratamento de ensaio” (FREUD, 1996f), que Lacan redimensionou ao designar as “entrevistas preliminares”. Trata-se de algumas entrevistas iniciais onde o psicoterapeuta não faz outra coisa senão fazer com que o analisando continue falando, ou seja, um posicionamento que consiste no fato de que “se deixa o paciente falar quase todo o tempo e não se explica nada mais do que o absolutamente necessário para fazê-lo prosseguir no que está dizendo” (ibidem, p. 140). Antônio Quinet (2000) divide as funções das entrevistas preliminares em: 1) função sintomal; 2) função diagnóstica, e 3) função transferencial.

O sintoma, do ponto de vista da psicanálise, pode ser vislumbrado em três tempos (MILLER, J.-A. 1989): 1) um primeiro tempo que diz respeito ao sintoma não reconhecido como tal, ou seja, identificado à realidade cotidiana do sujeito. Aqui ele aparece em seu estatuto imaginário, ao confundir-se com o próprio *eu* do sujeito; o sintoma faz parte da vida do sujeito, estando bem adaptado a ele. Leves acelerações do pensamento que, às vezes, tiram o sono, enxaquecas ou distúrbios gastrointestinais eventuais, “inofensivos” medos de animais ou situações específicas, para citarmos apenas alguns exemplos; 2) um segundo tempo, de estatuto Real, onde algo da ordem do impossível se desvela por intermédio de “um abalo na rotina do sujeito” (ibidem, p. 10). É o tempo relativo à perda da funcionalidade adaptativa do sintoma<sup>16</sup>, como isso que faz o gozo angustioso vazar; e 3) o terceiro tempo do sintoma, de

<sup>15</sup> Para um aprofundamento das teorizações acerca do sujeito e do inconsciente confira o ensaio “Sujeito, subjetividade e “ciência” em Freud e Lacan...” nesta dissertação.

<sup>16</sup> (Re)adaptação que as psicoterapêuticas do PPHM tentarão restituir quando do segundo momento do sintoma: terapêuticas que operam o “recapeamento” do imaginário do sujeito, que podem ser definidas como *tratamento do Real angustioso pelo Imaginário*. Já o “meio” de trabalho” medicamentoso, usado nos termos da medicalização, delinea uma prática que visa “tratar” a angústia diretamente no corpo por meio da química com exclusão total da (re)mediação da linguagem: *tratamento do Real angustioso pelo Real da química* (COSTA-ROSA, 1995, p. 150-151). O tratamento do Real angustioso, seja pelo Imaginário (psicoterapias da “consciência”), seja pelo Real da química (psicofarmacoterapia-DSM), típicos ao PPHM, operam (re)adaptação

estatuto simbólico-analítico, quando se coloca no horizonte a sua decifração/cifração. Na função sintomal (sinto-mal) está em questão fazer do sintoma inicial – manifesto, sintoma em estado bruto (segundo tempo) – um “sintoma analítico” (terceiro tempo). No início não há demanda de *psico*terapia, só de psicoterapia: demanda de alívio (terapêutica). No entanto, não basta querer se desvencilhar do sintoma. Esta demanda deverá ser questionada pelo psicoterapeuta até o ponto em que “essa queixa se transforme numa demanda endereçada àquele [intercessor-]analista e que o sintoma passe do estatuto de resposta ao de questão para o sujeito, para que este seja instigado a decifrá-lo” (QUINET, 2000, p. 16). É assim que o psicoterapeuta completa o sintoma, já que “quanto mais explico a causa de meu sofrimento, mais aquele que me escuta torna-se o Outro de meu sintoma” (NASIO, 1993, p. 15): após tomar uma importante decisão – decisão que já expressa algo inicial de efeito analítico – que mudaria significativamente o rumo de sua vida, a senhora J diz: “Ele me batia, me humilhava demais. Foi assim por muito tempo. O senhor não sabe como foi difícil, mas quando tomei de vez a decisão de sair de casa, a primeira pessoa em quem pensei foi no senhor”. Freud (1996d) chamou tal demanda endereçada ao analista, que o integra na questão fantasmática do sujeito ( $\$ \diamond D$ ), de “neurose de transferência”: “neurose que amarra nos seus fios a pessoa imaginária do analista” (LACAN, 2009, p. 150). A entrada em psicoterapia, desta forma, está condicionada à construção deste “sintoma analítico”.

A posição do psicoterapeuta-intercessor nas entrevistas preliminares é de constante questionamento do sintoma, maximizando com isso a divisão subjetiva do sujeito expressa no “o que será *isso?*”; questão iniciada quando da perda da funcionalidade adaptativa do sintoma, na passagem do primeiro para o segundo tempo (MILLER, J.-A., 1989). O sintoma tornado pergunta (*Che vuoi?*), a partir de uma escuta intercessora, restabelece a dimensão subjetiva significante, (re)colocando o sujeito na trilha produtiva do [desejo] inconsciente. Para tal, cabe ao psicoterapeuta se abster de responder à demanda de governança e de saber do sujeito e manter a estrutura da falta-a-ser inerente à dimensão enigmática desejante. Lá mesmo onde o sujeito no Discurso da Histeria visa encontrar o mestre governante e sabedor, ele deverá encontrar um psicoterapeuta-intercessor.

Na função diagnóstica, o diagnóstico diferencial estrutural se coloca por um motivo indispensável: a direção do tratamento (LACAN, 1998d). A primeira, e principal, função do diagnóstico, como afirma Freud (1996f), é saber se o sujeito está ou não situado do lado da

---

ao laço social hegemônico, ao passo que a clínica do PPS visa *tratar o Real angustiioso pelas ferramentas do Simbólico* (LACAN, 2008, p. 14) como única possibilidade de produção [clínica-]subjetiva singularizada. Quanto a isso confira o ensaio “Do Terapêutico Alienante ao Analítico Singularizante...” nesta dissertação.

psicose, principalmente porque isso auxiliará o psicoterapeuta decidir quanto à melhor forma de se posicionar no laço transferencial. E, em relação à “cura”, em *se tratando* de psicose, o psicoterapeuta tem a orientação ética do que ele não pode prometer – e muito menos pretender – ao final, a saber: inserir o sujeito na normalidade fálica, ou seja, fazer dele um neurótico. Quinet (2000) refere que “é a partir do simbólico, portanto, que se pode fazer o diagnóstico diferencial estrutural por meio dos três modos de negação do Édipo – negação da Castração Simbólica no Outro – correspondentes às três estruturas clínicas[-subjettivas]” (p. 19). Na estrutura subjetiva do recalramento a “negação” da Castração Simbólica se dá através do mecanismo do recalque (*Verdrängung*) em que o elemento negado é conservado inconscientemente no sintoma. Na estrutura subjetiva da renegação a “negação” da Castração Simbólica se dá por meio do mecanismo da renegação (*Verleugnung*), que conserva o elemento negado no fetiche. O terceiro modo de “negação” da Castração Simbólica é o da constituição subjetiva por foraclusão (*Verwerfung*), que possui uma característica singular que a diferencia significativamente das duas primeiras: a foraclusão não mantém o elemento “negado” no Simbólico: “ela não conserva, arrasa” (ibidem, p. 19). A cada modo de “negação” corresponde um tipo de retorno na realidade subjetiva, percebido como invasivo em menor ou maior intensidade. Nos impasses das estruturas subjetivas recalramento e renegação, o que é “negado” retorna no Simbólico, respectivamente na forma do sintoma e do fetiche, enquanto que na psicose (foraclusão desencadeada) o que foi negado no Simbólico retorna no Real na forma de alucinações e delírios. Desta forma, no diagnóstico psicanalítico não é o fenômeno “sintomático” que identifica a estrutura subjetiva, mas sim o posicionamento operado pelo sujeito frente ao Outro; posicionamento esse que se atualiza no modo de vinculação transferencial estabelecida com o psicoterapeuta. Juntamente com o diagnóstico estrutural voltamos o olhar para a percepção diagnóstica referente aos tipos clínicos. Assim, por exemplo, depois de levantada a hipótese de um sujeito constituído pela estrutura subjetiva do recalramento, se faz necessário levantar hipóteses sobre o tipo clínico-subjetivo dentre os possíveis, no caso: neurose obsessiva ou histeria/fobia<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Dentro da *estrutura subjetiva recalramento* (*Verdrängung*) há duas possibilidades gerais de tipos clínico-subjetivos: a *neurose obsessiva* e a *neurose histérica* (sendo que esta ainda pode se apresentar em duas modalidades, a *histeria de conversão* e a *histeria de angústia*; esta última também referida como *fobia*). Para Freud a neurose é uma resposta manca (porque imaginária-tautológica), uma defesa do sujeito diante de um gozo intolerável advindo de um conflito que se apresenta como impasse de subjetivação. Freud (2004a) define o recalramento em três momentos: 1) o *recalramento primário* (*Urverdrängung*), momento fundamental que diz respeito à instauração da Metáfora Paterna para Lacan, onde o *significante do Desejo do Outro-incondicional*, significante da completude, é primariamente recalcado advindo em seu lugar o significante Nome-do-Pai como organizador do campo Simbólico para o sujeito; 2) o *recalramento propriamente dito* (*Nachdrängung*), que se dá quando algo da experiência subjetiva cotidiana é expulso da consciência – no caso, os representantes ideativos (*Vorstellungrepräsentanz*), que Lacan (2008a) chamou de significantes, ou seja, “[...] uma representação ou um

O mais fundamental a dizer sobre o diagnóstico em psicanálise é que ele não é nosográfico-fenomenológico, mas sim estrutural e, por isso, *feito sob transferência* (MILLER, J.-A., 1989). A cena analítica é uma estrutura que engloba o psicoterapeuta como fazendo parte. Se o psicoterapeuta é na transferência convocado a ocupar o lugar do Outro, o diagnóstico é realizado a partir da percepção do modo de relação que o sujeito estabelece com ele. Como exemplo, tomemos a análise da consistência do Outro – que aparece transferencialmente na figura do psicoterapeuta – para um sujeito constituído por recalçamento, em comparação com um constituído por forclusão: enquanto o primeiro mais duvida da existência do Outro, e, portanto do saber nele suposto, o segundo, quando no momento do desencadeamento de sua psicose, *tem certeza* da sua existência; Ele existe e goza [dele]; ou, ainda, em momentos de reconstrução subjetiva já estabilizada, onde o Outro já se coloca de forma mediada, o psicoterapeuta passa, transferencialmente, a ser aquele que escuta: é, portanto, o endereço, testemunha ativa, do delírio do sujeito. Jefferson é trazido ao Estabelecimento de Saúde por um familiar. Logo que se senta diz:

Eu estou aqui porque estou preso, amarrado. Isso é obra do ‘coisa ruim’, da maldade. Mas Deus tem uma grande revelação pra mim, que está por um triz. Descobri uma nova forma de cura. Eu quem curo! Outro dia eu estava no corredor esperando ser atendido pelo médico, porque eu estava com uma terrível dor no ouvido. Todo o meu lado direito estava apodrecido e caindo aos pedaços. *Dai* saiu um morcego do ouvido e com ele saiu toda maldade, toda doença. Desde então eu tenho o dom da cura, de me curar e de curar os outros.

Após ouvi-lo, já situado em uma hipótese diagnóstica, disse que iria marcar uma sessão semanal para que ele continuasse vindo *me* falar do seu dom, no que responde: “sim, virei para *te* falar sobre esse meu dom de curar”. No impasse psicótico, mais radicalmente do que na neurose, além do fato primordial de que o enredo delirante já é uma reconstrução subjetiva-singular, o sujeito não demanda interpretação do Outro, posto que é ele quem se

---

grupo de representações investido pela pulsão” (FREUD, 2004a, p. 182) –, sendo que – o que nos leva ao terceiro momento como 3) *retorno do recalçado* (*Wiederkehr*) – os conteúdos qualitativos da pulsão (*Affekt*) são deslocados e transformados em *inibições, sintomas e angústia* e demais formações do inconsciente: sonhos, chistes e lapsos (FREUD, 2006). Neste ponto temos que fazer a ressalva de que a angústia não é propriamente uma das formações [substitutivas] do inconsciente, mas sim o sinal de que estas não conseguiram por completo realizar a função escamoteadora que lhes cabem: “se um recalque não consegue impedir que surjam sensações de desprazer ou medo [angústia], podemos dizer que ele fracassou, ainda que seu objetivo tenha sido alcançado com relação à parcela representacional” (FREUD, 2004a, p. 183). Assim, os três tipos clínico-subjetivos neuróticos são modos de defesa ante um gozo angustioso intolerável: os conteúdos afetivos (energia pulsional), cujos respectivos significantes foram recalçados, são, na *neurose obsessiva*, deslocados para o pensamento, enquanto que na *neurose histérica de conversão* são deslocados para a inervação somática e na *fobia* para o mundo externo, em objetos, animais, ou situações específicas. Para uma elucidação *introdutória* desse aspecto da *teoria da clínica psicanalítica dos impasses do recalçamento* confira Nasio (1991), Garcia-Roza (1998, 2008) e Freud (2004a, 2006).

auto fornece uma interpretação (SOLER, 1995, p. 36). Diante dos impasses da clínica da forclusão, trata-se de atenção [livremente flutuante] às soluções lançadas pelo próprio sujeito, restando-nos, na direção do tratamento, acolhe-las e “manejá-las”. Assim, a importância do diagnóstico consiste no fato de que é somente a partir dele que o psicoterapeuta-intercessor poderá saber a melhor forma de se situar na transferência e, com isso, na *direção do tratamento* (LACAN, 1998d). Mas é preciso deixar claro que o psicoterapeuta não espera uma certeza diagnóstica para somente a partir daí se posicionar, ou seja: tão logo ele vai tendo clareza da *hipótese* diagnóstica, já vai se posicionando na direção do tratamento; é também por isso, inclusive, que em psicanálise diagnóstico e tratamento coincidem (DOR, 1991). Aqui, enunciamos a função transferencial das entrevistas preliminares.

Quanto à função transferencial, “permanece sendo o primeiro objetivo do tratamento ligar o paciente a ele [psicoterapeuta]” (FREUD, 1996f, p. 154), já que “no começo da psicanálise está a transferência” (LACAN, 2003e, p. 252). Dado que discutiremos mais abaixo o tema da transferência, cabe-nos nesse ponto dizer, quanto à função transferencial das entrevistas preliminares, que diante da primeira versão da transferência, que é imaginária-demandante, cabe ao psicoterapeuta possibilitar a passagem a sua segunda versão: a transferência simbólica-analítica ou significativa (QUINET, 2000; MILLER, D., 1989): se a primeira incide na resistência em saber (FREUD, 1996f, p. 154), a segunda é abertura simbólica para o sentido novo. Veremos.

Ainda sobre as entrevistas preliminares, Quinet (2000) chama atenção para uma última função, que é mais uma transição à entrada em análise: a retificação subjetiva. Retificação que traz em seu bojo uma dimensão ética, relativa à ética da psicanálise, que é a do sujeito do [desejo] inconsciente. Ética que exprime que sempre se é responsável por sua dimensão de sujeito (LACAN, 2008a, 1998b). A retificação subjetiva consiste, então, no ato interpretativo do psicoterapeuta, inaugural do processo analítico. E é a partir da retificação subjetiva que o sujeito passa à implicação subjetiva, isto é: por um lado, há a percepção, por parte do sujeito, de que há uma responsabilização sua na “escolha” da neurose, *de que há desejo seu exatamente nisso que ele acusa ser a causa do seu sofrimento atribuída a outrem* e, por outro, temos, com isso, a possibilidade de mudanças pela via do “protagonismo” e da singularização: “antes eu falava, falava, e a culpa era sempre dos outros, dos pais, de todos. Agora não. Não culpo os outros. Mas o que eu faço com isso? Não tenho mais desculpas para os meus sofrimentos e o que faço com isso?”. É aonde chega um sujeito em psicoterapia, após

aproximadamente um ano de trabalho, marcando com isso o fim das entrevistas preliminares e início do seu processo psicoterapêutico.

Apesar de termos falado das entrevistas preliminares em funções diferentes, é imprescindível mencionar que estas se dão em um mesmo plano, ocorrendo ao mesmo tempo na cena analítica, ou seja, por serem articuladas entre si é que se dão mais em um tempo lógico que cronológico. Elas andam lado a lado, e se complementam, de tal forma que à medida que o sintoma bruto vai sendo questionado (função sintomal), o sujeito vai se ligando transferencialmente ao psicoterapeuta (função transferencial), sendo ainda a partir da transferência que ele elabora as hipóteses diagnósticas (função diagnóstica) para a direção do tratamento.

### 3.2.2.1. Entrada em psicoterapia: uma clínica sob transferência

Quando falo, dirijo minha palavra a quem suponho poder me ouvir, e que não me responda, porque é só do seu silêncio que preciso para certificar-me de que aqui eu falo (NAZAR, 1985, p. 109).

Ela foi uma paciente assídua, que muito raramente faltava. Logo nas primeiras sessões de sua psicoterapia, ao perceber uma diferença radical em meu posicionamento em relação à postura da psicóloga que a atendia anteriormente, sua fala passou a girar principalmente em torno de uma questão: o quanto eu era um mau psicólogo, pois, diferentemente da psicóloga anterior, eu não dizia a ela o significado de seus sintomas e o que deveria fazer. Mas nem por isso deixava de vir pontualmente a todas as sessões para me falar de sua insatisfação: dessa e de *tantas outras insatisfações*. Não é preciso muito esforço de compreensão clínica para apreender que esse sujeito repete, em sua *transferência inicial imaginária*, seu modo típico de fazer laço social. Passados quatro meses de tratamento, a partir da notícia da minha saída do Estabelecimento onde realizava os atendimentos, o sentido do seu enunciado discursivo fez um giro de 180 graus: a partir do momento em que lhe comuniquei que não seria mais atendida por mim, e que teríamos apenas um mês para finalizar o trabalho de seu tratamento comigo, ela passa a vir para me dizer o quanto eu era o melhor psicólogo com quem fez tratamento, pois, como nenhum outro, eu havia sido aquele que mais soube ouvi-la. Suponhamos que, na situação inicial dessa psicoterapia, o operador ficasse abalado com as constantes críticas do sujeito. Aí teríamos um complemento imaginário: o crítico e o criticado, ou o insatisfatório e o insatisfeito. Por outro lado, o trabalhador-intercessor, precavido pelas referências da psicanálise, bem sabe que isso não lhe diz respeito, pois a transferência como repetição imaginária não é senão a forma ainda velada com que o sujeito “recorda” (FREUD,

1996g). O sujeito pode também – o que é mais constante no início do tratamento – demandar do trabalhador-intercessor, às vezes de forma bastante incisiva, um saber de mestre sobre a sua condição. No entanto, este se abstém de responder no imediato da relação social mais típica, na linha do imaginário ( $a - a'$ ) que constitui a barreira da Outra cena, para maximizar as possibilidades de o sujeito ( $\mathcal{S}$ ) vir a “experimentar” os efeitos-sujeito singularizantes das formações do inconsciente (A), a partir do quê se inicia o processo de decifração do sintoma, como podemos visualizar no “esquema L” (figura 9). O mínimo necessário à configuração de uma situação analítica depende das possibilidades do psicoterapeuta não responder no imaginário; por isso se diz que em psicanálise não se trata de intersubjetividade<sup>18</sup>. “O analista intervém concretamente na dialética da análise se fazendo de morto [...], seja por seu silêncio, ali onde ele é o Outro, *Autre* com *A* maiúsculo, seja anulando sua própria resistência, ali onde ele é o outro, *autre* com *a* minúsculo” (LACAN, 1998c, p. 431). Eis o necessário posicionamento analítico que possibilita a passagem da transferência inicial imaginária para a transferência simbólica-analítica.

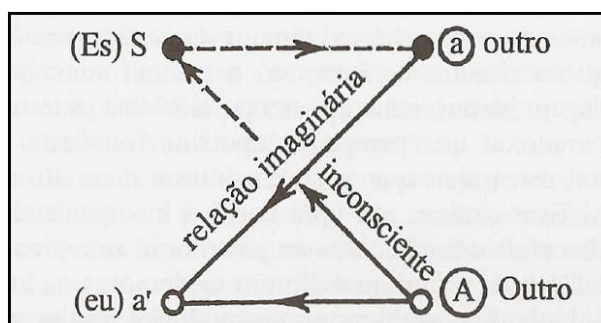


Figura 9: Representação gráfica do esquema L proposto por Jacques Lacan (1985)

A entrada em psicoterapia na Saúde Coletiva é indicada pelo *estabelecimento da transferência*, fundamental e *única condição* para o que se costumou considerar como “analizabilidade”, sendo que Lacan atribui ao Sujeito Suposto Saber o seu pivô. Para Lacan (2008b) a transferência é, sobretudo, transferência de saber. O amor de transferência por parte do analisando é o amor que se dirige ao saber, resultado de um “erro” subjetivo inicial: o de

<sup>18</sup> É claro que não responder no nível intersubjetivo do *eu* imaginário ( $a' - a$ ) não depende exclusivamente de se estar avisado teórica, técnica e eticamente. Há ainda a fundamental necessidade do *trabalho subjetivo prévio* necessário ao trabalhador de Saúde Mental, como condição *sine qua non* para as possibilidades de instrumentar posições intercessoras. “Mas onde e como pode o pobre infeliz adquirir as qualificações ideais de que necessitará em sua profissão? A resposta é: na análise de si mesmo [...]” (FREUD, 1996l, p. 282). Mesmo porque somente uma análise é capaz de fornecer ao sujeito, possível trabalhador-intercessor, uma firme convicção acerca das teses sobre o inconsciente. Se em última instância a resistência é do analista, como propõe Lacan (1998d, p. 601), é porque este consegue “levar” o “paciente” somente até onde ele mesmo avançou em sua própria análise. Este ponto vem sendo desenvolvido por nós em outro ensaio (PÉRICO, 2013), ainda em construção, que visa discutir, a partir de experiências de intercessões falhas (como consequência da saída da posição intercessora-analítica) a necessidade do trabalho subjetivo do intercessor.

supor no outro, no psicoterapeuta, um saber que só pode ser o seu próprio. Trata-se, aqui, da *primeira versão da transferência*, que é imaginária. “O analista completa o sintoma” na medida em que o sujeito confia ao analista o que ele ignora saber sobre si mesmo: “toma, pois que fique com você!”. O analisando ama o psicoterapeuta porque supõe que ele detém todo o saber sobre o sentido da sua existência (SILVESTRE, M., 1989). O amor é o efeito inicial, e não a causa, da transferência. E o que o psicoterapeuta faz com a delegação do saber sobre ele? O psicoterapeuta não desbanca tal suposição; nem, muito menos, identifica-se com ela – o que seria responder à sua demanda imaginária. “Cabe ao [psicoterapeuta-]analista fazer surgir nessa demanda a *dimensão* do desejo” (QUINET, 2000, p. 29, grifo nosso): diz-mensão (*dit-mension*) do diferir. É se abstendo de responder à demanda do sujeito, portanto, de saber por ele – e operando a partir das manobras técnicas que possibilitam as revoluções discursivas – que se abre a possibilidade da *segunda versão da transferência*: a simbólica-analítica, onde o sintoma passa de resposta angustiante para o estatuto de enigma a ser decifrado e cifrado. “Ninguém até hoje me *escutou* como você. No começo eu achava muito estranho, porque só eu falava; você só falava às vezes. Mas depois eu comecei a perceber o quanto isso é importante, pois só assim eu descobri coisas que nem sabia que sabia”; é o que me diz um sujeito em psicoterapia. “Que minhas palavras digam mais do que sei porque penso mais do que aquilo que digo e estou onde não penso poder dizer” (NAZAR, 1985, p. 109). Com isso o psicoterapeuta-intercessor, sustentando a posição analítica-intercessora, mantém a estrutura *diferenciante* da falta-a-ser, inerente ao campo simbólico-criativo, como abertura para o sentido novo do saber inconsciente.

### 3.2.3. O desejo e [su]a interpretação

No centro desse discurso, diz-nos Lacan, está o *desejo*. Não o desejo tal como é entendido pela biologia e como é proposto pela filosofia natural; não é o desejo como satisfação de uma necessidade, *mas um desejo [...] lançado na ordem simbólica* (GARCIA-ROZA, 1998, p. 139, grifo nosso).

Há sempre no nível da linguagem alguma coisa que está além da consciência. É aí que se situa a função do desejo (LACAN, 2001, p. 12).

Os fatos são sonoros, mas entre os fatos há um sussurro. É o sussurro o que me impressiona (Clarice LISPECTOR, 1995, p. 39).

Primeiramente, partimos da constatação de que, com exceção do que foi produzido a partir da pena de Freud, não há outro lugar, que não nos Escritos e Seminários de Lacan, onde possamos de fato encontrar uma definição sobre o que seja o desejo humano segundo a concepção psicanalítica.

No cerne da ética que norteia qualquer práxis psicanalítica está a produção do sujeito [simbólico-criativo-]desejante em sua mais *singular* expressão, sempre numa dimensão *avessa* a qualquer produção de sentido advindo [pela boca] de um outro (que falaria do lugar imaginário de um Outro onisciente e onipotente), como é típico das psicoterapias em geral – sentido esse que, apesar de fazer algum bem, não é senão *acréscimo [de] imaginário* como ortopedia psíquica que só “envelopa [emperra] as formas do desejo” (LACAN, 1998c, p. 428). Na psicanálise, portanto, trata-se da produção do sujeito no sentido do seu bem mais singular. Não o Supremo Bem, já que esse é – e é estruturalmente necessário que seja – por definição, para sempre perdido; trata-se do bem-dizer[-se]; dizer o que lhe é mais caro: o seu *desejo* (LACAN, 2008a). Com a locução “o desejo e [su]a interpretação” temos a intenção de já elucidar que as respostas para o desejo se articulam, se esboçam, sempre *e continuamente*, na pergunta (que queres?). Mas o que é o desejo, afinal, se ao fazer-se linguagem ele se transforma em demanda?<sup>19</sup> Como resposta “à queima roupa”, já que há muitas nuances em tal questão, diríamos que o desejo, estando além do instinto (biológico) e aquém da demanda (imaginária) (LACAN, 1998d, p. 633), como abertura para o sentido novo (por ser simbólico), é o que *tenta incessantemente* se expressar n’isso que [se] *faz falar* sempre de Outra forma. É nesses termos que referimos *o desejo como diferir*. O que Freud (2006) chamou de “formações substitutivas”, ao passo que Lacan (1999) de “formações do inconsciente”, – lapso, ato falho, sonho, chiste, sintoma – são, portanto, as vias pelas quais o *desejo sempre [se] faz falar*<sup>20</sup>. “No decorrer de um discurso intencional em que o sujeito se apresenta como querendo dizer alguma coisa, produz-se algo que ultrapassa o seu querer, que se manifesta como um acidente, um paradoxo ou até um escândalo” (LACAN, 1999, p. 54). Faz falar e coloca o sentido em movimento ( $S_1 \rightarrow S_2$ ), já que, seguindo a clássica fórmula lacaniana que define o *sujeito (je)* para-além do discurso do *eu (moi)* consciente, cada formação do inconsciente é um significante ( $S_1$ ) que representa uma dimensão do sujeito do [desejo] inconsciente ( $\mathcal{S}$ ) para outros significantes ( $S_2$ ), sendo esse deslizamento significante responsável pela produção do sentido simbólico e criativo operador de extração do gozo

<sup>19</sup> Questão fundamental, posto que “essa não-distinção entre *demanda* e *desejo* é uma psicologização da psicanálise, como se a demanda fosse a expressão do desejo” (JULIEN, 2002, p. 146, grifo do autor).

<sup>20</sup> O sujeito do [desejo] inconsciente se manifesta (como efeito-sujeito) ininterrupta e estranhamente no dito do próprio sujeito que fal[h]a, que sonha, que ri, ou que sofre, sem que, *na maior parte das vezes*, d’isso se dê conta. Dar[-se] conta d’isso, pela via das ferramentas do Simbólico (LACAN, 2008b), é o que define um sujeito singularizado na dimensão do que referimos como simbólica-criativa-desejante. Ao final de um processo subjetivo-analítico, levado a cabo tanto quanto possível, teríamos um sujeito que não é surdo aos *efeitos-sujeito*, ou seja, um sujeito que, para-além de apenas *sofrer* [n]os efeitos-sujeito, faz d’isso, que *a priori* é refugio, matéria prima da produção do sentido novo singular. Um sujeito aberto ao sempre novo da equivocidade significante.

angustioso. *Única modalidade de produção de sentido que faz equacionamento dos impasses*, já que “a passagem do sentido é aberta pelo nonsense que nos aturde, nos sidera [...]. É que o nonsense tem o papel de nos enganar por um instante, tempo suficiente para que *um sentido até então despercebido nos atinja*” (ibidem, p. 90, grifo nosso)<sup>21</sup>. Isso que Freud chama desejo, como diferir constante, é o que *desliza incessantemente* de um significante para outro significante, já que “nada exceto um desejo [inconsciente] é capaz de colocar o aparelho [psíquico] em movimento” (FREUD, 2012, p. 626): em *processamento subjetivo*. Se as psicoterapias em geral se pautam no tamponamento dessa via subjetiva e operam, dessa forma, uma tentativa de recuperação da funcionalidade adaptativa do sintoma, remendando-o, uma psicoterapia que opere a partir da dimensão desejante *poderá ter como efeito* a condução do conflito – ao qual o sujeito somente deu uma resposta sintomática, imaginária-tautológica – “rumo a um resultado diferente” (FREUD, 1996h, p. 454) a partir desse deslizamento significativo<sup>22</sup>. “Como posso querer aquilo diante do que tenho tanto pavor?”. É aonde chega a jovem senhora X após algumas entrevistas preliminares à entrada em psicoterapia. Eis uma das muitas nuances do conflito que, escamoteado no sintoma, pede uma *resolução Outra*. Isso, aliás, nos remete ao fato de ser o sintoma não o sinal de uma

---

<sup>21</sup> No dizer do poeta:

“Qualquer

Traço, linha, *ponto de fuga*

[...]

Qualquer dobra, nesga, rasgo, risco

Onde a prega, a ruga, o vinco da pele

Apareça

Qualquer

*Lapso, abalo, curto-circuito*

*Qualquer susto que não se mereça*

*Qualquer curva de qualquer destino que desfaça o curso de qualquer certeza*

Qualquer coisa

Qualquer coisa que não fique ilesa

Qualquer coisa

*Qualquer coisa que não fixe*”.

(“Qualquer” – música de Arnaldo Antunes, grifo nosso).

<sup>22</sup> O “tautológico” adjetiva o fato do sujeito neurótico, como “disco riscado”, estar preso à “compulsão à repetição” de clichês comportamentais, dada a inércia típica ao sistema imaginário (FREUD, 1996g). “Vim aqui porque o meu passado não me deixa viver [...]. É como se eu estivesse preso na minha própria sombra, sabe? Não queria mais viver assim, quero me livrar disso. Quero poder viver minha vida, não o passado”. É assim que a senhora J faz sua demanda de tratamento, iniciando, com *isso* que se repete, sua psicoterapia: “there’s a shadow hanging over me. Oh, yesterday came suddenly”, diz a música dos “The Beatles”. É assim que o sintoma nos indica a atualização de um passado que não passa, que “não cessa de não se inscrever”. O que Freud chamava de “fixações da libido” foi renomeado por Lacan (1992) por “mais-gozar”, definido como um excesso de gozo que o sujeito neurótico resiste em perder, sendo que, por não “querer” perder, é gozo que se perde na dissipação: em termos freudianos, é realização de desejo inconsciente que, na experiência subjetiva consciente aparece como inibições, sintomas e angústia. A repetição, na psicanálise, é apreendida como uma *ré-pétition* (pedir de novo), como *o que se repete para tentar se inscrever, equacionar* – elaborar, diria Freud (1996g): ao psicoterapeuta caberá, para-além do que a repetição traz novamente (imaginário-tautológico-demandante), possibilitar a significação e a significantização do que a *ré-pétition* traz de potencialmente novo (simbólico-criativo-desejante).

doença, como se concebe nas psicoterapias em geral no PPHM, mas a *expressão de conflitos inconscientes que demandam equacionamentos simbólicos*. Olhemos tais questões mais de perto a partir de vinhetas clínicas desse processo psicoterapêutico.

Ela chega à psicoterapia, encaminhada pelo médico, com um significativo imaginário-tautológico, oferecido pela psiquiatria-DSM, que tenta – e vemos que não cabalmente – representar, nomear, *isso* que a faz sofrer: “tenho Síndrome do *Pânico!*”. É assim que ela me apresenta *isso* que a faz vir e diante do quê não pôde não fazer uma demanda de tratamento. Mas era ao mesmo tempo aquilo que *quase* não a deixa vir. “Eu tenho pânico de médico!”, sendo eu, em sua transferência imaginária inicial, mais um doutor. Ao longo das entrevistas preliminares relata o que concebe, não sem sideração ao se dar conta do paradoxo, como o seu maior querer: poder um dia exercer a profissão de enfermeira. Não é sem grande sacrifício que ela vem sempre trazida pelo filho, dada a paúra de ser acometida pelo terror de um “vou morrer!”, via de regra, no caminho de um exame clínico ou consulta médica.

Se, por um lado, o seu estilo verborrágico poderia ser um facilitador do processo psicoterapêutico<sup>23</sup>, por outro, de tudo que dizia, quase sem sobrar tempo para respirar, parecia não poder tirar proveito, como se fossem apenas palavras escapando pela sua boca sem nenhum *efeito* de significação. Coube ao psicoterapeuta, portanto, ao longo das entrevistas preliminares, fazer uma *escansão intercessora* que a tirasse desse “falar sem retorno sobre si”. Contava dois meses de sessões que, no conjunto, traziam em comum o fato do conteúdo de sua fala girar em torno das descrições físicas e aflitivas dos sintomas – portanto, ainda em sua forma bruta – e coisas do dia-dia. Iniciada mais uma sessão, fala alguns minutos sobre coisas do seu cotidiano, dizendo logo em seguida que “isso é o que vai bem”, caindo no silêncio. Nesse “momento sensível” (GOLDER, 2000), o psicoterapeuta intercede com uma *pontuação interpretativa*: “e o que não vai bem?”. A isso se segue um choro incontido, acompanhado da narração de suas desavenças conjugais – sempre destacando o medo de que o marido nela *batesse* –, e de conflitos, presentes e passados, com os progenitores, com destaque para a figura do pai. A partir de então, as sessões correm intercalando o “o que não vai bem” dos sintomas (injunções do Real) com “o que não vai bem” com aqueles do seu laço social (injunções da realidade cotidiana). O sintoma em estado bruto aos poucos passa a dar lugar a sua versão simbólico-analítica, o que coloca o sujeito na trilha do trabalho de sua *decifração*.

---

<sup>23</sup> Ponto de partida que, aliás, não é considerado pelas psicoterapias em geral, dado o fato de estarem em um paradigma teórico-técnico e ético avesso. “Não consigo fazer uma psicoterapia com ele”, argumenta um colega psicoterapeuta em um Estabelecimento público de Saúde, “pois ele não me ouve, fala demais e não me deixa falar”.

Se tanto as psicoterapias em geral quanto a psicanálise têm em comum o trabalho com a fala, o que as distingue radicalmente é o fato de que as primeiras se utilizam do poder das palavras (tomadas em sua dimensão de signo), no sentido de reforçar o efeito alienante da fantasia de completude ( $\mathcal{S} \diamond D$ ), enquanto a segunda, apoiando-se no *efeito de corte* da equivocidade das palavras (tomadas em sua dimensão significante), separando o sujeito de seu casamento com o sentido imaginário-tautológico, possibilita a produção da singularização pela via da constante simbolização da falta-a-ser ( $\mathcal{S} \diamond a$ ). Se a *dimensão do signo*, como forma discursiva privilegiada do Saber-Poder, acaba por “[...] exercer na linguagem o UM do fechamento, ou seja, *mascarar o real que torna a língua equívoca*” (MILAN; BOLLOT; RIBETTES, 1985, grifo nosso), a *dimensão do significante* desemboca na maximização do deslize significante como produção de equivocação cujo efeito subjetivo é a significa[ntiza]ção do gozo angustiante. A primeira dimensão está para o imaginário-tautológico-demandante assim como a segunda para a via simbólica-criativa-desejante<sup>24</sup>. Vejamos como podemos discutir essas duas dimensões, e seus efeitos nos processos de subjetivação, a partir de fragmentos clínicos do caso da jovem senhora X, também com a hipótese de que nos possibilite discutir aspectos do desejo e [su]a interpretação, de suma importância à psicoterapia Outra necessária à Saúde Coletiva. Para tal, afirmamos a hipótese de que há, a partir dessas duas dimensões da linguagem (Signo e Significante), duas modalidades de interpretação possíveis: a laudatória (ou hermenêutica) e a analítica.

A interpretação laudatória é típica do campo das psicoterapias em geral, e mesmo de algumas práticas recheadas de conceitos psicanalíticos<sup>25</sup>. Estrutura-se a partir da noção de signo linguístico na medida em que esse é definido como o que representa algo para *alguém que sabe* o seu significado (LACAN, 2008b, p. 203), o que situa o outro como agenciado pelo saber de mestre no laço social Discurso da Universidade. Nesta perspectiva, o sintoma somente pode significar uma doença para aquele que sofre, cujo saber sobre sua significação é imaginariamente suposto naquele que o trata, de onde o operador clínico responde como *mestre sábio*. Saber esse que os psicoterapeutas em geral tomam emprestado, sobretudo, da psiquiatria DSM e mesmo de teorias psicológicas, grupo no qual podemos incluir as

<sup>24</sup> Para uma *apreensão introdutória* acerca da teoria do Significante, bem como da sua contraposição à teoria do Signo, confira a “Segunda Lição” do livro “Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan” (NASIO, 1993).

<sup>25</sup> Apesar de fazer menções elogiosas ao trabalho de Melanie Klein, no que diz respeito ao desenvolvimento de alguns pontos da teoria da psicanálise, Lacan não deixou também de tecer suas críticas, sobretudo à modalidade de interpretação proposta pela autora, bem como por continuadores seus como Winnicott e Bion, como o que desemboca em um *furor interpretandi*: “Melanie Klein enfia o simbolismo, com a maior brutalidade, no pequeno Dick! Ela começa jogando imediatamente em cima dele as interpretações maiores. Ela o joga numa *verbalização brutal do mito edípico*, quase tão revoltante para nós quanto para qualquer leitor – *Você é o trezininho, você quer fuder a sua mãe*” (LACAN, 2009, p. 95, grifo do autor).

psicanálises revisionadas<sup>26</sup>. No entanto, a interpretação na psicanálise do campo de Freud e Lacan nunca dá um sentido: é trabalho de abertura do sentido. Na interpretação analítica, “[...] o sintoma só é interpretado na ordem do significante”; isso porque “o significante só tem sentido na sua relação com outro[s] significante[s]” (LACAN, 1998f, p. 235): desta forma, “não é interpretação de sentido [como nas psicoterapias em geral] mas *jogo sobre o equívoco*” (LACAN, 1986, p. 27). Ora, se o equívoco revela que um significante esconde outro significante, a interpretação – como intercessão analítica realizada por um operador situado teórica, técnica, *subjetiva* e eticamente – é o que faz ressonância no *dito* do sujeito, fazendo advir o deslize nos significantes (*dizer*) que representam o sujeito para outros significantes.

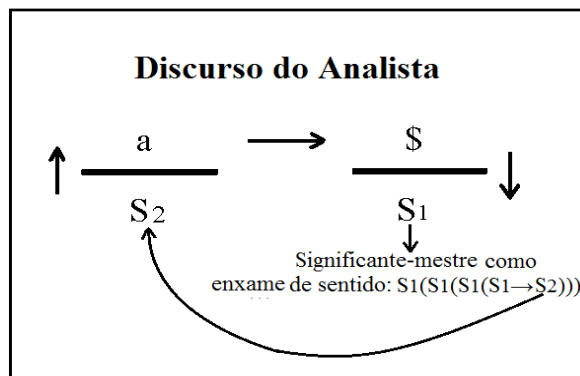
Em “Radiofonia” Lacan (2003f) vai dizer que a interpretação deve operar sobre a causa do desejo, sendo esse definido como o diferir constante necessário ao equacionamento dos impasses de subjetivação que, no limite [do gozo], levam um sujeito à demanda de tratamento. Segundo Soler (1995), Lacan lista, no decorrer do seu ensino, ao menos quatro tipos gerais de interpretação: a “pontuação” de algo na fala do sujeito, que possibilita novas associações significantes, cujo efeito pode ser a enunciação de um sentido até então não percebido; o “corte” (de palavras, de frases e das sessões), como o que faz precipitar sentidos Outros, “que consiste, por exemplo, em interromper o paciente no meio da frase” (ibidem, p. 28); a “alusão”, como menção tão enigmática quanto possível por parte do analista, cuja imagem mais próxima talvez fosse o dedo erguido de João Batista apontando para “sabe-se lá onde”, no quadro do pintor Leonardo da Vinci (LACAN, 1998d. p. 648); e, por fim, a interpretação como “equívoco significante” – que Lacan trabalha, tanto no “Seminário 17” (1992), quanto em “O Aturdido” (2003c) –, podendo este ser homofônico (relação polissêmica entre o som e a grafia da palavra), gramatical (relação polissêmica entre as palavras e frases) ou lógico (relação polissêmica advinda dos paradoxos lógicos dos ditos). Após uma longa explanação sobre o assunto, Soler (1995) propõe que, para fugir da sugestão autoritária típica às psicoterapias [em geral], o traço comum entre os tipos de interpretação analítica seja um “dizer nada”: a interpretação analítica “é um silêncio falante, *silêncio ao nível do dizer* [...]”. Silêncio do analista que obriga o analisando a *se* interpretar [...] e, ao mesmo tempo, designar o horizonte [próprio, singular] do que *não é dito*” (ibidem, p. 31, grifo nosso), a designar o horizonte do dizer[-se]. Nas palavras de Quinet (2012), poderíamos referir que a interpretação

<sup>26</sup> A esse respeito ver um livro classicamente muito utilizado na formação dos psicólogos (ZIMERMAN, 2004), que, como um grande compêndio de “psicologia do ego”, apresenta uma proposta absolutamente sintônica com o princípio psicopatológico (médico-psicológico) doença-cura. Aliás, a partir de Freud – desde a perspectiva dos processos de subjetivação (“psicopatologia”) da vida cotidiana –, e mais fundamentalmente a partir de Lacan, o “psicopatológico” é redefinido como “psicopatológico”, que pode ser lido com o princípio heideggeriano do *curar-se* (*Sorge*) como incessante busca de sentido (logia) àquilo que causa espanto (*pathos*) à alma (psico).

analítica leva “à enigmatização do enunciado. Em vez de satisfazer a pergunta, ele a transforma em outra questão – inesperada – transformando o interlocutor em decifrador” (p. 55).

Mesmo ao falar do sintoma na sua forma bruta, ou seja, como o percebia em termos de efeitos angustiosos sobre o corpo, a jovem senhora X, quando tomada pelas “crises de pânico”, mencionava sua taquicardia como “*batimento* (ou *batedeira*) do coração”. Ao longo das sessões de sua psicoterapia, principalmente a partir das ações intercessoras de “corte” – já que, diante do seu estilo de fala verborrágica, era o tipo de interpretação que mais tinha operatividade – ocorre, em cascata, a emergência de vários efeitos-sujeito – irrupções do saber inconsciente ( $S_1$ ) – em lapsos, sonhos e, ainda, em aspectos até então não sabidos do sintoma, advindos das livre-associações. No entanto, “sabemos que a interpretação demanda, para ser aceita, [...] *trabalho*” (LACAN, 2011, p. 36, grifo do autor); elaboração, no dizer de Freud (1996g). Até esse ponto, poderíamos grafar esses acontecimentos com o seguinte matema:  $S_1(S_1(S_1(x...)))$ . Assim, haveria ainda um significante por vir, no matema representado pelo “x”. Um dos muitos significantes *traumáticos* aos quais o sujeito se aliena – portanto, um dos núcleos de sua repetição –, como nos sugere Lacan (2008b, p. 243). Se cada efeito-sujeito que emerge na fala do indivíduo traz aspectos *quantitativos* do recalco da sua história, eles mesmos, em pontos específicos do processo, poderão proporcionar – com *mais trabalho* de significa[n]tização –, sempre retroativamente (*Nachträglichkeit*), saltos *qualitativos* que ocasionam mudanças no estatuto do saber inconsciente ( $S_2$ ) e, portanto, nos sintomas e impasses subjetivos. Tais pontos específicos no processo analítico são responsáveis por “pontos de basta” (*point de capiton*) a partir dos quais acontecimentos passados são ressignificados. Em outras palavras, pontos “em que o surgimento de um novo significante-mestre [ $S_1$ ] confere significação, retroativamente, à cadeia [de significantes –  $S_2$ ] precedente” (ZIZEK, 1991, p. 39). O fragmento clínico que se segue demonstra, de forma bastante eloquente, o encontro bifurcante entre  $S_1$  (como exame de sentido) e o  $S_2$  (cadeias de saber inconsciente de um sujeito). Em uma dada sessão de sua psicoterapia, ela entra e faz uma piada: “tenho a impressão que o meu coração não bate, *apanha*”. Vimos, *a posteriori*, tratar-se de um chiste que, ao ser enunciado, foi seguido de um riso tenso. Chiste, aliás, que Freud (1996c), desde o início, nos ensinou a listar como uma das formações do inconsciente. Nesse ponto, o psicoterapeuta faz uma intercessão analítica (interpretação) como o que opera ressonância no *dito* do sujeito, relançando o sentido da enunciação: “apanha?” Vejamos a quais outros significantes ( $S_2$ ) esse “apanha” ( $S_1$ ) remeteu o sujeito.

Após esse assinalamento, ela cai em pranto e passa a falar do quanto ela – na idade de criança ainda bem pequena –, a mãe e os irmãos eram tomados pelo *pânico* quando o pai chegava em casa alcoolizado e *batia* em todos (que, em contraponto, *apanhavam*): “era corriqueiro ele chegar bêbado em casa, mas em duas ocasiões, eu me lembro muito bem, ele quebrou a casa toda e bateu na gente. Isso foi, como eu posso dizer? ...foi um *pânico*”. Neste exemplo, foi o assinalamento feito pelo psicoterapeuta – interpretação como *equivoco homofônico* – que possibilitou advir o sujeito ( $\$$ ) – dimensão do saber inconsciente – representado pelo significante ( $S_1$ ) como o que puxa outros significantes ( $S_2$ ), colocando, com isso, o sentido em movimento:  $S_1(S_1(S_1(S_1 \rightarrow S_2)))$ .



**Figura 10:** Representação do encontro bifurcante entre  $S_1$  (como enxame de sentido) e o  $S_2$  (cadeias de saber inconsciente), que resulta em mudanças na relação do sujeito com o sentido do sofrimento e do sintoma.

É para não ser o tipo de interpretação que alimenta o sentido do sintoma – alimentação que opera a restituição da sua funcionalidade tamponante e adaptativa – que a interpretação analítica trabalha com a [equivoc]ação significante (LACAN, 1986, p. 32). Para além de fixar qualquer sentido (ordem sígnea imaginária), a psicanálise opera na via da sua polissemização, como o que é típico ao diferir desejante (ordem significante simbólica), posto que “é numa *perspectiva de deslizamento perpétuo de sentido* que todo discurso que almeja abordar a realidade [de forma singular] é obrigado a se manter” (LACAN, 1999, p. 83, grifo nosso). Como o que opera bifurcação de sentido, “a interpretação analítica não é feita para ser compreendida; é feita para produzir [...] ondas” (LACAN, 1975, p. 22). Se, como profere o ditado popular, “águas passadas não movem moinho”, a interpretação analítica produz ondas de *sentido em movimento*, como o que dá sentido Outro a um passado que, agora significa[ntiza]do (novas inscrições de sentido), dá passagem ao desejo, passagem “como futuro anterior do que terei sido para aquilo em que *me* estou transformando” (LACAN, 1998g, p. 301, grifo nosso). O desejo, como sentido em movimento – proferiu insistentemente

Lacan (1998i p. 839) –, é o que faz defesa contra a inércia repetitiva do gozo angustioso. No entanto, se a interpretação provoca efeitos, é fato que é somente “no depois” (*après-coup*) da experiência que eles se dão a ver. É o *a posteriori* (*Nachträglichkeit*) tão bem destacado por Freud (1996e, p. 126), pois “o que vemos sob a volta do recalçado é o sinal apagado de algo que só terá seu valor no futuro, pela sua *realização simbólica*, a sua integração na história do sujeito” (LACAN, 2009, p. 211, grifo nosso). Assim, somente nas próximas sessões pudemos situar o “apanha” como um significante traumático para o sujeito em questão. Quanto a isso, Lacan (2008b) refere que “o essencial é que o sujeito veja, para além dessa significação, a qual significante – não-senso, irreduzível, *traumático* – ele está, como sujeito, assujeitado [fixado]” (p. 243). A partir de então, a jovem senhora X passa a referir uma importante redução na intensidade dos sintomas, o que possibilitou, inclusive, que ela pudesse vir sozinha às sessões, bem como cogitar a hipótese de fazer um curso de técnico de enfermagem, como era do seu querer.

Como a mais-valia de Marx, na satisfação repetitiva e inconsciente do sintoma, o sujeito produz um gozo do qual não se apropria, posto que fica para o Outro. É por isso, aliás, que Lacan vai nomear esse gozo não gozado de “mais-gozar”. Uma psicoterapia Outra na Saúde Coletiva, diferentemente das psicoterapias em geral, engendra a decifração do sintoma do sujeito, fazendo com que a vida possa, tanto quanto possível, seguir seu caminho menos pela via da repetição e mais pela via da criação. A partir disso, o sujeito poderá sublimar um pouco esse gozo que antes era gozado na dissipação. Por fim, se a interpretação – recolocada nesses termos por Lacan a partir de Freud – é ato analítico que *faz corte* na cadeia associativa do sujeito, *no ponto de repetição* do gozo (LACAN, 1992), é porque, na via do desejo, o  $S_1$  como enxame de sentido possibilita “a introdução da diferença enquanto tal” (LACAN, 2008c, p. 152). Pelo motivo de minha saída da instituição o tratamento com a jovem senhora X foi interrompido. Mas, parece inegável que esse processo psicoterapêutico, que durou cerca de oito meses, operou mudanças significativas na relação do sujeito com o significante e o gozo. Se fosse preciso falar em eficácia do tratamento de uma psicoterapia Outra na Saúde Coletiva, no contexto da Atenção Psicossocial, essa somente poderia ter como índices indutivos os efeitos de produção subjetiva singularizada, definida como decifração e, sobretudo, cifração (inscrição, metaforização), pelo sujeito, do que antes insistia em não se inscrever – e, portanto, insistia *repetitivamente* em pedir inscrição (*ré-pétition*) – pois a ética da psicanálise é a ética do desejo como o que faz barramento do gozo que insiste em se repetir no sintoma-que-faz-sofrer. Barrado aquele, esse pode – tanto quanto possível – alcançar uma

dimensão Outra, que na teoria grafamos com “th”, onde o que antes se dissipava na repetição gozosa passa a ser mola propulsora de autocriação desejante.

#### **4. NOTAS PRELIMINARES SOBRE A INSERÇÃO DA PSICANÁLISE EM SEU NOVO *LÓCUS* DE ATUAÇÃO**

Não há como falar da contribuição da psicanálise aos tratamentos psíquicos na Saúde Coletiva sem tangenciar questões que tratam de impasses já clássicos quanto à sua incursão nesse novo *locus* de atuação, como a questão do pagamento, o trabalho em equipe, o acolhimento das queixas iniciais e o fim do tratamento. Nossas reflexões, quanto a essas questões, não poderão, nem sequer razoavelmente, ser exaustivas, dado tanto a escassa literatura científica que trata do assunto quanto, e principalmente, o caráter preliminar das nossas intercessões no campo da práxis. Isso se deve ao fato de nos situarmos no Modo de Produção singular à psicanálise, que parte da práxis clínica como o seu “chão de origem”, posto que “as informações acumuladas, de que derivamos nossas teorias, não poderiam ser obtidas de outra maneira” (FREUD, 1996j, p. 149). Tal postura ética e metodológica, atinente ao espírito da pesquisa freudiana, bem como marxiana, tem como corolário evitar que nos desviemos para o nebuloso “exagero da especulação” (ibidem, p. 149).

##### **4.1. A questão do pagamento**

O fato de a psicanálise ter que ser paga não implica que ela seja uma terapia classista (LACAN, 2003g, p. 216).

Trata-se de uma questão fundamental na psicanálise, sobretudo em relação à clínica do recalçamento. Quanto a isso, Freud (1996f) vai nos dizer que “nada na vida é tão caro quanto a doença” (p. 148). Deixa a entender que, para o indivíduo que busca análise, seu sintoma é “caro” em dois sentidos: tanto como “querido” – pois, como não ver, e eis aqui a grande descoberta freudiana, que o neurótico é um sujeito que resiste em abrir mão de um gozo inconsciente, tanto que o realiza no sintoma? – quanto no sentido de que “há que se pagar” o preço que valha esse “deixar de sofrer” (deixar de gozar), pois “o dinheiro pode permitir amoldar esse capital do sujeito que é a libido” (QUINET, 2000, p. 76). O pagamento do tratamento é uma questão importante porque, do contrário, não só “o valor do tratamento não se realça aos olhos do paciente” (FREUD, 1996f, p. 147), como também “o paciente é privado de um forte motivo para esforçar-se” (ibidem, p. 148). Na clínica psicanalítica, em seu *locus* tradicional, o manejo com o dinheiro (como representante do pagamento) é um dos recursos

que o analista pode utilizar na direção do tratamento, podendo inclusive ter valor de ato interpretativo. Obviamente que isso não consiste em uma regra, devendo ser avaliada em cada caso, mas em momentos específicos, por exemplo, ele não titubeia em aumentar o valor das sessões diante de faltas recorrentes de um sujeito em processo analítico: o manejo do valor do pagamento é instrumento de implicação subjetiva no tratamento. O pagamento também vem marcar que *não se trata na filantropia* (ibidem, p. 147), pois, do contrário, aquele que me faz um bem, por mera bondade, torna-se o meu carrasco: quanto maior é esse bem feito, maior é a dívida simbólica que me prende ao benfeitor, ao mesmo tempo em que ratifica (ou retifica) a alienante existência de um Outro benevolente supridor ao qual continuo preso, dependente, na posição de demandante-carente<sup>27</sup>. Assim, outra função do pagamento é a de rebater a dívida simbólica que advém como resultado da diminuição do sofrimento. No entanto, temos em vista que se há, no contexto da Saúde Coletiva, ausência de pagamento *em dinheiro*, nem por isso há necessariamente uma inviabilização de um pagamento possível: se o dinheiro é, na economia do MCP, o equivalente universal do valor, como nos mostrou Marx, nem por isso ele é o único. Quanto a isso temos ainda que considerar que a questão do pagamento pode variar muito de sujeito para sujeito (QUINET, 2000, p. 87).

Figueiredo (1997), partindo de entrevistas realizadas com profissionais que ofertavam escuta psicanalítica em Ambulatórios públicos, constatou uma variada gama de possibilidades de equivalentes do pagamento no tratamento:

o tempo e dinheiro que gastam para chegar até o serviço pelo menos uma vez por semana; diaristas que perdem no mínimo um turno de trabalho e remuneração; donas de casa que deixam seus lares e filhos entregues à sorte por boa parte do dia; jovens que perdem às vezes um dia inteiro de aulas, [...] e têm que se haver com as provas e demandas dos professores; trabalhadores em geral que sofrem pressões para não se ausentarem regularmente dos empregos; desempregados que conseguem emprego e têm que arcar com uma escolha difícil de abandonar seus tratamentos ou negociar com os patrões; pais que têm que levar os filhos vencendo todo tipo de obstáculo, e por aí vai. Haja investimento e inventividade! Estes são alguns exemplos que devem ser contabilizados como pagamento e na avaliação da resistência (p. 106).

Em nossas intercessões no campo, quanto às psicoterapias realizadas, não foram poucas as vezes em que os sujeitos manifestaram gratidão pela melhora, manifestações que iam desde um “obrigado por me ouvir”, ao final das sessões, até a entrega de presentes. Em alguns casos, o ato de ressaltar – claro que em momento oportuno e não de forma generalizada para todos – o fato de que recebíamos do Estado pelo trabalho realizado já

<sup>27</sup> “Recuo de amar meu próximo como a mim mesmo na medida em que nesse horizonte há algo que participa de não sei qual crueldade intolerável. Nessa direção, amar meu próximo deve ser a via mais cruel!” (LACAN, 2008a, p. 233).

operava efeitos eticamente interessantes. Em outros casos a questão persistia. Em um deles, a diminuição do tempo das sessões foi a operação que possibilitou efeitos; o que nos aproxima, inclusive, da discussão feita por Figueiredo (p. 97-108).

Se não são poucos os psicanalistas que consideram inviável a prática da psicanálise na Saúde Coletiva (FIGUEIREDO, 2010), por considerarem o pagamento *em dinheiro* uma condição imprescindível, questionamo-nos se tais afirmações não estariam apenas fazendo eco ao já dado ( $S_1$ ) da teoria; ou seja, por mais que estejamos em concordância com o que, até o momento, a teoria discute quanto à questão do dinheiro na psicanálise, seguindo o espírito da pesquisa freudiana, nosso posicionamento é de que se o pagamento *em dinheiro* é imprescindível, no contexto outro da Saúde Coletiva, isso deverá ser colocado à prova e refletido a partir da práxis efetiva do dia-dia. Mesmo porque, o que se encontra em termos de literatura científica sobre a questão do pagamento é sobremaneira referente à psicanálise no seu *locus* tradicional de atuação. Com exceção do pioneiro – e bastante recomendado – trabalho de Figueiredo (1997), não temos muitas investigações sobre o assunto na Saúde Coletiva. Ora, como pode haver o posicionamento de muitos psicanalistas que tomam de forma *a priori* a inviabilização da psicanálise na Saúde Coletiva, por conta da questão do pagamento em dinheiro, se a posição de Freud sempre foi a de que “o progresso do conhecimento não suporta que tais definições sejam rígidas” (FREUD, 2004b, p. 145)?<sup>28</sup> Por outro lado – e isso é importante que fique claro – nossa postura não é a de que essa seja uma questão fácil; mas procuramos ressaltar a necessidade ética de que mais reflexões se façam a partir da práxis do dia-dia. Até o momento de nossas pesquisas, apesar de ainda preliminares, temos visto que há possibilidades efetivas de manejo dessa questão. Como sugere Figueiredo (2010), “é preciso ir além desse obstáculo [...] e localizar a cada caso o modo como cada um paga para levar adiante seu tratamento” (p. 13).

#### **4.2. O trabalho em equipe inter/transdisciplinar**

No que diz respeito ao trabalho em equipe, parto da minha constatação na práxis, que se demonstra sintônica com as proposições de Figueiredo (1997, p. 63), de que o PPHM chega a prescindir do trabalho conjunto entre as diferentes especialidades profissionais, dado o reducionismo clínico do qual parte: se a forma de conceber o ‘objeto’ é sobremaneira pela via da determinação biológica, o “‘meio’ de trabalho” do qual se lança mão para o tratamento

---

<sup>28</sup> Freud (ibidem) refere ainda que, na psicanálise, “mesmo os ‘conceitos básicos’ que já foram fixados em definições sofrem uma constante modificação de conteúdo” (p. 145), ao que suplementa Lacan (2009): “o pensamento de Freud é o mais perpetuamente aberto à revisão. É um erro reduzi-lo a palavras gastas” (p. 9).

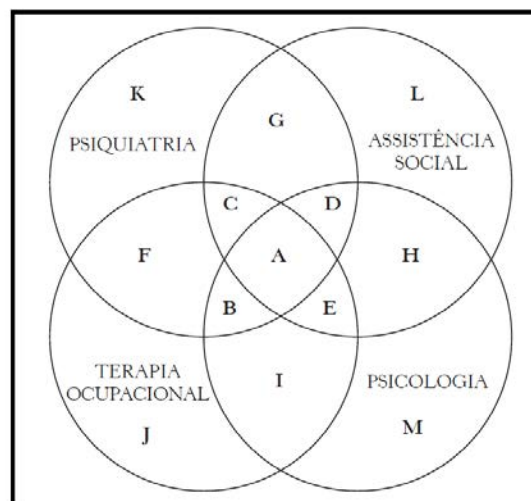
será predominantemente o medicamentoso. No PPHM, as outras ações possíveis, e eventualmente dispensáveis, porque consideradas acessórias, serão operadas pelos ditos “paramédicos” (profissionais das outras disciplinas) sob a gerência do médico psiquiatra, detentor absoluto da conduta terapêutica a ser seguida, a partir dos prontuários como quase exclusivo meio de comunicação entre os trabalhadores (COSTA-ROSA, 1987, 2000). Nesse paradigma de Atenção, o psiquiatra ocupa “o lugar do trabalho decisório e do trabalho intelectual como dirigente” (COSTA-ROSA, 2013b, p. 120), ficando a cargo dos outros profissionais apenas o “trabalho braçal” (como sinônimo de subordinado executor). O sujeito do sofrimento é colocado em uma “linha de montagem”, definida exclusivamente pelo Saber-Poder médico-psiquiátrico<sup>29</sup>. Dada sua principal característica – fragmentação do processo de trabalho e a conseqüente fragmentação do “sujeito do sofrimento” tomado como objeto –, tal forma de relacionamento interprofissional foi nomeada por Costa-Rosa (1987, 2013b) como “modo taylorista”. Em alguns contextos da nossa práxis pudemos observar algumas equipes de trabalhadores, situados mais no discurso e na prática da RPb, que se caracterizavam por uma tentativa de superação do “modo taylorista”, mas ficavam somente a meio passo: apesar da conquista de espaços de discussão coletiva entre os trabalhadores – que resultava em uma *parcial* superação da divisão social do trabalho entre pensar e fazer – por falta de referenciais teórico-técnicos e éticos que lhes possibilitassem uma clareza paradigmática, as discussões e as ações ainda eram pautadas pelo saber médico-psicológico disciplinar.

Por outro lado, a interprofissionalidade não é suficiente ao PPS; necessário se faz alcançarmos o âmbito transdisciplinar, o que, inclusive, coloca a premente necessidade de transformações nas grades curriculares das Universidades (COSTA-ROSA, 2013b), dado ser imprescindível trabalhadores advindos de uma formação Outra, que não a do campo das disciplinas (no sentido foucaultiano): “O essencial a esperar dessa interdisciplinaridade é que seja capaz de criticar e superar o princípio sujeito-objeto que habita as disciplinas que operam no campo da Atenção Psicossocial” (p. 109). Nessa forma de relacionamento interprofissional, não há separação entre o trabalho intelectual-decisório (saber) e o trabalho executor (fazer). Para tal, faz-se necessária a presença de trabalhadores do tipo “psicossocial”, ou seja, – partindo da clareza paradigmática – *capazes de compartilharem sintonicamente*

---

<sup>29</sup> Passados apenas alguns anos do movimento da Reforma Sanitária, iniciado no fim da década de 1970, que questionava veementemente a hegemonia do Saber-Poder médico biologicista, houve tentativas imediatas de contrarreformas, a começar pelo projeto de Lei nº 2726 de 1980, de autoria do deputado federal Salvador Julianelli, que visava legalizar a subordinação das disciplinas ditas “paramédicas” à tutela do médico. Essa é a primeira, dentre muitas versões, das tentativas de recuperação da perda da centralização do poder médico. A última versão dessa tentativa foi o projeto de Lei do Senado nº 268 de 2002, que ficou conhecido como “Ato Médico”.

tanto a forma de conceber os fenômenos de que se trata quanto a natureza ética singularizante das ações sobre os mesmos, tal como já postulamos<sup>30</sup>. Se “conforme indica o prefixo, a transdisciplinaridade está simultaneamente entre, através e além de toda a disciplina” (ibidem, p. 123), ainda que cada especialidade possa continuar a ter seus próprios “‘meios’ de trabalho” típicos – mas isso não mais constituirá uma regra –, a forma de “concepção do ‘objeto’” – que no PPS é *sujeito* em suas várias dimensões! –, bem como a ética que lhe é correlata, é o que não difere entre todos. Em outras palavras, nessa modalidade de relacionamento interprofissional o que não difere entre todas as especialidades é o fato de suas ações serem intercessoras-emancipatórias-analíticas, e não mais interventoras-disciplinares-cuidadoras. Essa forma de relacionamento interprofissional, em que as especialidades profissionais não somente dialogam como, em parte, adentram umas nas outras (Figura 11), foi nomeada por Costa-Rosa (1987, 2013b) como “integração em profundidade”, por se apresentar como tentativa de superação dialética da versão taylorizada.



**Figura 11:** Representação gráfica, pelos diagramas de Euler, das inter-relações de quatro especialidades profissionais na modalidade de divisão do trabalho do tipo “integração em profundidade” proposta por Costa-Rosa (1987, 2013b).

Na forma de relacionamento interprofissional “integração em profundidade” temos as atividades mais restritas a cada especialidade (áreas J, K, L e M) e as atividades realizadas em conjunto (demais áreas). Tomemos como exemplo, entre muitos outros, uma situação clínica que demande o trabalho conjunto entre o psicólogo e o terapeuta ocupacional (intersecção I), como poderia ser o caso de sujeitos cuja hipótese de constituição subjetiva fosse a foraclusão,

<sup>30</sup> Na proposta de análise paradigmática de Costa-Rosa, a questão do trabalho em equipe diz respeito principalmente ao “Parâmetro dois: formas da organização das relações intra e interinstitucionais”. Para um exame mais detalhado desse ponto, ver o “subitem 2.2.” nesse ensaio, e o “subitem 2.” do ensaio “Do Terapêutico Alienante ao Analítico Singularizante...” nesta dissertação.

no tipo clínico-subjetivo esquizofrenia. Após uma discussão coletiva na equipe transdisciplinar (discussão que sempre pode ser retomada), a partir da proposta de “construção do caso clínico” (VIGANÒ, 1999), seria traçado seu “projeto terapêutico singular”, ou seja, nada menos que uma proposta de “direção do tratamento” partilhada no coletivo de trabalhadores-intercessores. Partindo sempre da lógica dos processos de subjetivação – seus impasses e possíveis equacionamentos –, o psicólogo e o terapeuta ocupacional instrumentariam as condições de intercessão ante as possibilidades de reconstrução subjetiva pelo delírio, não sem – como demandam alguns casos – a intermediação do manuseio artístico material<sup>31</sup>. Nessa situação clínica poderia ser de suma importância a ação do psiquiatra psicossocial (COSTA-ROSA, 2013f) (o que nos levaria à intersecção B), diante de eventuais necessidades do uso da medicação como dispositivo de maximização da fala do sujeito, quando em momentos de angústia paroxística ou paralisções extremas da “máquina de subjetivar” (que tem na catatonia o fenômeno limítrofe). O ponto máximo da transdisciplinaridade, nesse exemplo, dar-se-ia caso fossem necessárias ações da alçada social pelo trabalhador-intercessor assistente social (intersecção A). Mais uma vez: o que haveria em comum entre todas as intersecções, de A até M, seriam os referenciais teórico-técnicos e éticos do PPS para a devida leitura dos processos de subjetivação em questão em cada caso, bem como seus respectivos e possíveis equacionamentos a partir das ações intercessoras sobre eles. Por fim, é importante que se diga que a forma e a proporção da junção das várias especialidades serão sempre condicionadas pelas exigências das demandas de tratamento em questão, em cada caso específico (COSTA-ROSA, 1987, p. 461-2).

Ainda em relação aos grupos de trabalho interprofissional, pude constatar que, muitas vezes, os espaços de discussão eram tomados por desavenças e ranços imaginários entre os membros. Quanto a isso, Freud (2013) já havia constatado uma tendência à “paranoia de grupo” comum às formações humanas do tipo “grupo-massa”, por definição à mercê da balança amor-ódio própria ao narcisismo. Trata-se de um modo de grupalização que acaba por atrapalhar o trabalho em equipe, já que as parcerias necessárias entre os trabalhadores são afetadas por uma rivalidade latente onde a fala do outro é, via de regra, tomada como intenção de ferir. Aqui mais uma vez se faz necessário ressaltar a importância do trabalho subjetivo (análise pessoal) do trabalhador-intercessor, pois deverá estar não só eticamente advertido, mas, sobretudo, subjetivamente preparado para não colocar suas questões egóicas, bem como,

---

<sup>31</sup> Possibilidade de trabalho subjetivo cujo caso paradigmático – muito conhecido da literatura psicanalítica e em parte dos trabalhadores da Saúde Mental no contexto da RPb – é o do Arthur Bispo do Rosário. Sobre o caso Bispo ver o documentário “O prisioneiro da passagem” (1982) de Hugo Denizart e o capítulo 18, “Bispo, o entalhador de letras: criação e sintoma”, do livro de Antonio Quinet (1997).

e conseqüentemente, o julgamento moral, tanto nas suas práticas junto aos “sujeitos do tratamento”, quanto nas relações de trabalho em equipe. Além disso, ao trabalhador-intercessor é preciso um posicionamento de *douta ignorância* em relação aos demais trabalhadores, ou seja, é necessário se deslocar da posição de *sapiente*, como aquele que detém o saber, para a de questionador – posição capaz de tornar possíveis rupturas no saber instituído do grupo –, visando sempre, também com isso, a horizontalização das relações na direção da formação de grupo tipo “coletivo de trabalho” (OURY, 2009). Trata-se mesmo das necessárias intercessões nos coletivos de trabalho institucional. Em um dos Estabelecimentos institucionais onde atuei pude constatar que alguns trabalhadores, entre eles um psicólogo, interessaram-se pela forma de psicoterapia que eu praticava. Isso se deu, com o tempo, a partir da constatação do grupo de trabalhadores de que meus pacientes, alguns deles atendidos conjuntamente em outras atividades, além de referirem melhoras significativas em relação aos seus impasses e sintomas, passaram a fazer uso cada vez menor de medicação. Foi desta forma, a partir de demandas por parte dos próprios trabalhadores (já que toda intercessão pode unicamente se dar sob transferência), que pude fazer indicações de literatura científica e até propor espaços para discussões teóricas; trata-se da necessária “formação em ação” de novos trabalhadores-intercessores, já que no presente momento histórico as Universidades formadoras deixam muito a desejar no que se refere à formação para o PPS. Aliás, bastaria que essas possibilitassem a existência de um mínimo de consonância teórico-técnica e ética entre as especialidades profissionais, sendo que a “formação em ação” se encarregaria da maximização desse mínimo. O trabalhador psicossocial, para tomar de empréstimo uma interessante proposição de Figueiredo (1997), não é o que convence, mas o que convive; em outros termos, ele não opera nos laços sociais da mestria (Discurso do Mestre e Discurso da Universidade), posto que faz intercessão em ação na práxis junto aos outros integrantes do coletivo de trabalho, *possíveis* novos intercessores; sobretudo, na perspectiva de uma “micropolítica do cotidiano”, faz intercessão por demonstração. É preciso dizer ainda que esses pequenos deslocamentos, a partir das intercessões no coletivo da instituição, assim como as intercessões nas psicoterapias, dizem respeito apenas ao que foi produzido no recorte de tempo considerado para a escrita deste texto. Outros deslocamentos, e maiores, poderão – e do ponto de vista ético deverão – acontecer: as intercessões continuam para além de um recorte temporal utilizado na reflexão para produção de uma dissertação.

### 4.3. A “emergência” do sujeito: das filas de espera à pronta escuta-recepção

Passemos agora à questão do acolhimento das queixas iniciais. No PPHM – como *lógica de tratamento*, já que esta ainda persiste nos Estabelecimentos que deveriam ser alternativos/substitutivos – a recepção das demandas de tratamento é referida como “triagem”, e caracterizada como um procedimento quase estritamente burocrático, em que a “escuta clínica”, que no PPS é orientada pela psicanálise, não é utilizada. Em relação à recepção do sujeito, a lógica nesse paradigma, regida por “uma psiquiatria apressada em remitir o sintoma” (FIGUEIREDO, 1997, p. 43), parece ser a rápida identificação de sintomas, enquadráveis em uma das enfermidades presentes no “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” (DSM), para o imediato encaminhamento, na maioria das vezes seguido da colocação do sujeito nas abarrotadas filas de espera. Costuma-se ouvir (o que é diferente de “escutar”) e falar com ouvidos e bocas médico-psicologizantes, sempre no sentido de dar ao “sujeito do sofrimento” uma resposta-tampão; postura que o joga cada vez mais na desimplicação subjetiva sobre o que lhe ocorre. Via de regra, responde-se às demandas de saber, tutela e medicação dos “sujeitos do sofrimento” (princípio demanda-suprimento ou queixa-solução). Outra característica desse modo de recepção é a separação radical entre diagnóstico e tratamento. Em contrapartida, no PPS, o equipamento clínico “recepção-triagem” dá lugar ao dispositivo clínico “recepção-escuta”.

Partimos do fato de que os Estabelecimentos de Saúde da Atenção Básica – principalmente os Ambulatórios de Saúde Mental (os que ainda persistem) e as Unidades Básicas de Saúde – são as “portas de entradas” mais comuns das demandas de tratamento psíquico na Saúde Coletiva, a despeito do fato de que elas podem bater à porta de qualquer Estabelecimento de Saúde. Além do equacionamento de sintomas e demais impasses subjetivos ainda em seus processamentos iniciais, evitando, com isso, agravamentos possíveis, bem como o acionamento desnecessário de outros dispositivos clínicos (TENÓRIO, 2000, MENDES, 2004), os responsáveis pela recepção-escuta devem estar cientes da rede de Estabelecimentos institucionais que ofertam tratamentos específicos. Quando se trata de situações que ultrapassam a Atenção ambulatorial, no caso da demanda recepcionada nesses Estabelecimentos, a função do acolhimento das queixas iniciais visa, portanto, um melhor, e decisivo, direcionamento para o caso (FIGUEIREDO, 2000; TENÓRIO, 2000), cujos destinos poderão ser os Centros de Atenção Psicossocial, em suas várias modalidades (de funcionamento 24 horas, infanto-juvenil, álcool e outras drogas), as enfermarias psiquiátricas em Hospitais Gerais, Centros de Convivência, Estabelecimentos de outras áreas que não a da Saúde, como Centros de Referência de Assistência Social, Casas de Acolhimento ou

Passagem, etc. Para tal, ao trabalhador-intercessor será necessário conhecimento clínico apurado, suficiente, por exemplo, para saber diferenciar (para além da fenomenologia) uma “crise psíquica” de um sujeito cuja hipótese diagnóstica seja a constituição por recalçamento, que, via de regra, pode ser tratada por ações de alçada Ambulatorial, de uma “crise psíquica” de um sujeito constituído por foracclusão, que possivelmente demandaria o acionamento de um Estabelecimento-CAPS.

O trabalhador-intercessor recebe “escutando” e não respondendo, explicando ou despachando (TENÓRIO, 2000, p. 85). O dispositivo recepção-escuta parte da radical superação do princípio demanda-suprimento, pois se faz necessário, *desde o princípio*, possibilitar ações clínicas que possibilitem a implicação subjetiva do sujeito, o que alguns autores chamam de “subjetivação da queixa” (ibidem, p. 82; SILVESTRE, D., 1987, p. 92): transformação da “queixa inicial” em uma “demanda de análise”, que poderíamos referir também como “singularização do pedido de ajuda” do sujeito, ou seja, uma possibilidade de “deslocar sua queixa até *um questionamento sobre o sentido de sua queixa*” (SILVESTRE, D., 1987, p. 93, tradução nossa). Por partir da psicanálise, como referência teórico-técnica e ética principal, na recepção-escuta como dispositivo clínico do PPS não há, portanto, separação entre diagnóstico e tratamento. Desde o primeiro contato com o sujeito já há tratamento, “[...] podendo [com isso] fazer das crises oportunidade de crítica e reposicionamento subjetivo e social” (COSTA-ROSA, 2013a, p. 88). Se a recepção-escuta não é triagem burocrática, é justamente porque partimos do princípio (ético) de que, desde o início, já há sujeito e, portanto, transferência (TENÓRIO, 2000, p. 88). Quanto a isso, outro ponto importante se expressa no fato de que “onde há sofrimento, e não apenas psíquico, há necessariamente trabalho subjetivo/psíquico” (COSTA-ROSA, 2013e, p. 300); o que já implica na possibilidade de produção imediata de efeitos analítico-terapêuticos (FIGUEIREDO, 1997, 2000; TENÓRIO, 2000; MENDES, 2004; MONTEZUMA, 2000). Desta forma, o dispositivo clínico recepção-escuta, tal como a “recepção” típica à psicanálise em seu *locus* tradicional, parte das [três] funções que caracterizam as “entrevistas preliminares”, como discorremos acima. No entanto, diferentemente destas, na recepção-escuta, na maioria das vezes, o sujeito não continua em tratamento com o trabalhador-intercessor que faz sua recepção na instituição (TENÓRIO, 2000; MONTEZUMA, 2000; SILVESTRE, D., 1987). Proponho interrompermos nosso raciocínio nesse ponto, retomando-o logo em seguida, para incrementarmos nossa discussão a partir de uma situação vivenciada no “campo de intercessão”.

Ela, mulher no final da meia idade, responsável pela criação da neta, chega ao Estabelecimento de Saúde trazendo a adolescente: “Doutor, eu trouxe minha neta *pra* ela passar com o senhor. Ela *tá* precisando! Pois onde já se viu, ela não quer mais cantar no coral da igreja, só quer saber de *batê perna* com as amigas e ir atrás de namorado”. Nas sessões de recepção-escuta que se seguiram, como efeito da “escuta intercessora”, outros assuntos são trazidos por aquela (avó) que – tal como uma certa Dora de Freud – persistia em *se queixar de um outro* (neta). Após serem escutadas por três vezes, na quarta entrevista, a avó aparece sozinha e, dando a ver *um início* de implicação subjetiva, entra e diz:

Depois que eu comecei a vir aqui para falar com o senhor, não sei o porquê, mas eu comecei a pensar na minha vida e me dei conta de que eu estava vivendo em função da minha neta, somente *pra* não pensar em mim mesma. A questão é que percebi que quem precisa passar com o senhor sou eu.

Nesse caso em particular, a partir desse ponto, essa senhora *continuou* uma psicoterapia comigo, dado o fato de haver disponibilidade para atendê-la no momento. No entanto, esse poderia ser também um bom exemplo de um momento onde o trabalhador-intercessor, responsável pelo dispositivo da recepção-escuta, poderia encaminhar o sujeito a outro trabalhador-intercessor. Mas, como fica, retomando o ponto colocado em suspenso, a questão da transferência do sujeito ao ser encaminhado após o processo de recepção-escuta?

Se ao final desse processo, que é um “lugar transferencial de passagem” (TENÓRIO, 2000, p. 88), na maioria das vezes se trata de fazer um encaminhamento, “o problema está na transferência que pode se instalar e no *seu manejo*, que deve ocorrer de forma que não inviabilize a retomada do tratamento em outro lugar com outro profissional” (MONTEZUMA, 2000, p. 120, grifo nosso). Tenório (2000), citando Calderoni, refere ser necessário um manejo específico da transferência que permita “que ela continue se transferindo” (p. 88). No entanto, nossa postura é de cuidado com tal afirmação. Da mesma forma que não se interpreta a transferência – mas se interpreta *na* transferência – não se encaminha a transferência – ou seja, não se faz transferência da transferência – mas se encaminha *na* transferência. Quinet (2008a) nos proporciona um exemplo bastante eloquente dos efeitos singulares de um encaminhamento realizado *na* transferência. Trata-se do caso de uma criança de oito anos que, diante da mudança de moradia da família, após iniciar seu tratamento com um primeiro psicanalista, *chega endereçado* por este a um novo psicanalista, no caso o próprio Antonio Quinet:

Na primeira entrevista, Jean-Louis entra resolutamente no consultório. [...] e, muito decidido, me diz: ‘eu estava ansioso pra te conhecer. Você é amigo do Henri, eu te conheço desde sempre’. Eis como demonstra, dessa forma surpreendente, que a função do sujeito suposto saber já estava estabelecida independente da minha presença (p. 52).

Feita essa ressalva, propomos então uma diferenciação conceitual entre duas modalidades de encaminhamentos: o “encaminhamento prescritivo” e o “encaminhamento na transferência”. Naquele, como intervenção disciplinar no PPHM, trata-se apenas de despachar o sujeito a partir de um ato autoritário e imperativo; enquanto neste, como ato intercessor no PPS, trata-se de um encaminhamento *ofertado* a um sujeito [ao menos inicialmente] já implicado em sua questão e, portanto, com uma *demanda de análise* que pode ser endereçada a outro trabalhador-intercessor, que será responsável, portanto, pela *continuidade* do tratamento.

Quanto a esse assunto, ainda é necessário dizer que a recepção-escuta das queixas iniciais, além do contexto do atendimento individual, pode ser realizada em grupo, o que, inclusive, pode ser uma importante estratégia de evitação das iatrogênicas filas de espera por atendimento. Na literatura científica, aliás, encontramos vários trabalhos relatando experiências positivas do trabalho de recepção-escuta em grupo (CARRERA; FERREIRA, 2000; COSTA-ROSA, et al., 2004; FIGUEIREDO, 1997, 2000; MARON, 2000; MENDES, 2004; OLIVEIRA, 2000; TENÓRIO, 2000). Esse ponto da nossa discussão é oportuno para ressaltarmos a importância de um novo dispositivo para a Saúde Coletiva, no contexto da Atenção Psicossocial, a saber, o dispositivo do grupo psicoterapêutico (COSTA-ROSA, 2013c). Isso porque “o grupo psicot[h]erapêutico como proposto pode representar um meio de ação sobre um conjunto amplo de demandas por ajuda psíquica” (ibidem, p. 265). No entanto, é preciso deixar bem claro que a necessidade ética de utilização da “lógica de intercessão em grupo”, para redução das filas de espera, de forma alguma é um sinal de “rabo entre as pernas” diante das tão comuns demandas por números de atendimento vindas de cima, dos gestores da Saúde sintonizados com o PPHM; de forma alguma se trata de engordar os números nas tabelas de atendimento para o regozijo e bom sono daqueles que mandam e uma “gente toda” obedece. Trata-se, sim, de um dispositivo clínico capaz de ser uma forte ferramenta do trabalhador-intercessor, em função do horizonte ético-político de produção subjetiva singularizada no PPS<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> Para uma introdução ao tema do “grupo psicoterapêutico”, além do texto de Costa-Rosa (2005) que inaugura substancialmente essa proposta, confira Costa-Rosa (2013c), Costa-Rosa e Pastori (2011), Pratta (2010), bem como Pratta e Costa-Rosa (2011).

Não tive a oportunidade, nos últimos anos, dada a especificidade dos lugares que ocupei nos Estabelecimentos de Saúde onde atuei, de participar de alguma implementação da recepção-escuta em grupo. No entanto, trago algumas experiências para pensar os efeitos da “fila de espera”, típica ao paradigma hegemônico<sup>33</sup>. A recepção-escuta, considerando sua lógica e sua ética, deve se efetivar na modalidade de atendimento denominado Pronto Atendimento; ou seja, uma proposta de atendimento imediato diante do “momento emergencial do sujeito” (CALAZANS; BASTOS, 2008; COSTA-ROSA, et al., 2004; TENÓRIO, 2000). Trata-se de possibilitar uma oferta de recepção no mesmo dia ou, no máximo, em alguns dias depois. A experiência que tive com as listas de espera, o que é facilmente compreensível diante dos referenciais de análise do PPS, é de que, via de regra, os sujeitos colocados em espera não demandam mais um tratamento depois de um tempo. Quando eram contactados simplesmente referiam estar melhor, por algum motivo, e diziam não mais precisar. Esse fato, inclusive, é corroborado com os “dados” de intercessão e de reflexão teórica feitos por Mendes (2004). Após mais de um mês na lista de espera, liguei para ela que, ao telefone, após alguns segundos de hesitação, diz que ainda queria ser atendida. Contudo, em sua primeira sessão de recepção-escuta, diz:

Eu quase não vim para o atendimento. Se fosse há um mês atrás não pensaria duas vezes, porque estava muito mal. De um tempo pra cá tenho forçado o vômito depois que me alimento, eu tenho pavor de engordar, é uma preocupação sem sentido, mas não consigo evitar. Quando eu comecei a fazer academia eu melhorei um pouco, mas agora tô ficando ruim de novo.

Essa passagem nos mostra muito bem a importância de receber o sujeito no ato mesmo da irrupção da angústia, posto que esse é o motor de um *possível* tratamento (FREUD, 1996f, p. 157). Portanto, no intuito de “receber escutando”, de forma que o “ato de escuta” possa ser equivalente a um “ato de intercessão” nas demandas de processamento subjetivo que se apresentam nos Estabelecimentos de Saúde, será necessário considerarmos a “emergência do sujeito” em dois sentidos possíveis: no sentido da “emergência” do sujeito como indivíduo, como esse que bate à porta pedindo ajuda, e no sentido daquilo que “emerge” na angústia – como possível abertura para produção de sentido novo – e pede equacionamento subjetivo. Assim, para que seja possível produzir intercessões singularizantes diante da “emergência do sujeito”, será necessário evitarmos tanto quanto possível as filas de espera por atendimento, a partir da colocação em prática do dispositivo clínico nomeado recepção-escuta.

---

<sup>33</sup> Em um dos locais de trabalho por onde passei, havia uma quase mítica fila de espera com mais de setecentos nomes.

\*

\*

\*

Quanto a essas questões fundamentais, por hora, até que nós e outros intercessores façamos mais reflexões a partir do “chão firme” da práxis, “queremos nos consolar com o fato de que somos [em parte] obrigados a construir no escuro” (FREUD, 1900/2013, p. 577), ou seja, “caso não estejamos completamente perdidos, devemos, tomando outro ponto de partida, chegar mais ou menos na mesma região, na qual então podemos nos orientar melhor” (ibidem, p. 577). E, por fim, das questões que elencamos como relativas à inserção da psicanálise em um novo *locus* de atuação, resta-nos dizer algumas palavras sobre os fins de uma psicoterapia Outra na Saúde Coletiva.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS: QUAL O FIM DA PSICOTERAPIA NA SAÚDE COLETIVA?

Ninguém espera que um homem [...] construa uma grande casa no tempo que levaria para levantar uma cabana de madeira (FREUD, 1996f, p. 144).

“Tristeza não tem fim, felicidade sim”, é o que diz o poeta pela voz do cantor<sup>34</sup>. Mais de uma leitura dessa passagem se torna possível a partir da bifurcação do sentido do significante “fim”, ou seja: além de significar “algo que acaba” também pode ser ouvido como “finalidade”; o que, aliás, redimensiona o sentido da frase que compõe o refrão da música. Quanto à tristeza, um dos possíveis nomes do sofrimento do sintoma, não foi sem brilhantismo que Freud nos mostrou que ela pode ter sim uma finalidade: a de realizar um gozo escamoteado; sendo, por outro lado, a finalidade (ética) de um tratamento analítico desfazer tal imbróglio, responsável pelo envelopamento do diferir desejante. Ao colocarmos a questão “qual o fim da psicoterapia na Saúde Coletiva?”, temos a intenção de fazer bifurcar o sentido dos “fins” em questão: “fim” como finalidade e “fim” como término.

Em relação à questão da finalidade (ética e política) de uma psicoterapia na Saúde Coletiva, após já termos lançado várias formulações ao longo do texto, podemos agora sintetizá-la a partir de dois planos. No plano mais diretamente clínico-subjetivo, trata-se de interceder nas possibilidades de mudanças das relações do sujeito com o significante e o gozo, ou, freudianamente falando, mudanças no regime da economia pulsional do sujeito, possibilitando a ele bascular da dimensão imaginária-tautológica-demandante, onde há a predominância de inibições, sintomas e angústia, para a dimensão simbólica-criativa-

<sup>34</sup> Música “A felicidade”, composta por Tom Jobim e Vinícius de Moraes em 1959.

desejante, mais referida ao diferir constante. No plano mais diretamente político-social, trata-se das possibilidades de o indivíduo se recolocar de forma crítica nos laços sociais, de forma a questionar o instituído social opressivo típico ao MCP. Costa-Rosa (2013e) resume o que está em questão nesses dois planos (o da clínica e o da política) – e aqui não podemos deixar de destacar a continuidade moebiana entre eles – ao enunciar que se trata de “[...] *reposicionamento* do sujeito nos significantes que o representam [implicação subjetiva], e do indivíduo nos conflitos e contradições em que ele é atravessador-atravessado [implicação sociocultural]” (p. 267, grifo nosso).

Em relação ao segundo sentido proposto para o significante “fim”, não se trata de “bater o martelo” quanto ao ponto em que termina uma psicoterapia na Saúde Coletiva, mesmo porque, como exige a ética típica ao Modo de Produção de subjetividade e pesquisa em psicanálise, faz-se necessário que, tanto nós quanto outros pesquisadores, continuemos nossas intercessões para, somente a partir de então, podermos definir melhores parâmetros para essa questão. Por hora, – já que “nunca nos vangloriamos de possuir um saber e uma capacidade definitivos e completos” (FREUD, 1996i, p. 173) – concordamos com Jean-Daneil Matet e Judith Miller (2007) quando afirmam que “as análises não terminam nas instituições em que começaram, mas se engajam e deixam aberta a possibilidade, para alguns sujeitos, de armar sua tenda alhures” (p. 5). No entanto, a nós é bastante claro que não devemos fixar um tempo para o tratamento em uma psicoterapia na Saúde Coletiva, *muito diferentemente* do que – partindo das propostas do *Centre Psychanalytique de Consultations et de Traitement* fundado por Jacques-Alain Miller – recomenda a mesma Judith Miller em outro lugar (CABAN, 2007)<sup>35</sup>. Ora, qualquer prefixação cronológica do tempo de tratamento subverte o que está em questão na psicanálise, ou seja, o que está em questão na associação livre que, entre o *dito* e o *dizer*, possibilita ao sujeito entregar-se aos efeitos do tempo lógico, que é o tempo do inconsciente. Mesmo que uma psicoterapia Outra na Saúde Coletiva não dure o tempo necessário à travessia da fantasia, temos o posicionamento ético e político de que *algo de travessia deva se processar nesse tempo*. No entanto, se ele é fixado *a priori*, acabamos por cair na “terapeutização do psiquismo” do *furor sanandi que leva ao pior*. Quanto a isso Freud (1996f) é bastante claro:

O analista [...] *coloca em movimento um processo*, o processo de solucionamento dos recalques existentes. Pode supervisionar este processo [direção do tratamento], auxiliá-lo, afastar obstáculos em seu caminho, e pode indubitavelmente invalidar

<sup>35</sup> Trata-se de atendimentos, *supostamente* psicanalíticos, oferecidos gratuitamente àqueles que não podem pagar, por um tempo de quatro meses prorrogável por mais quatro (ibidem).

grande parte dele [pela sua própria resistência, diria Lacan!]. Mas, em geral, uma vez começado, *segue sua própria rota e não permite que quer a direção que toma quer a ordem em que colhe seus pontos lhe sejam prescritas* (145-6, tradução levemente corrigida, grifo nosso).

Partindo da ética que temos no horizonte, somos convictos de que o *time is money* do Discurso do Capitalista jamais deverá condicionar o tempo e o término de um tratamento psíquico, posto que, como propõe Quinet (2008b), “diante do sintoma todo relógio é mole, como o do quadro de Dali” (15). Mesmo porque “quanto a isso, deve-se dizer que as modificações psíquicas de fato só se fazem lentamente; se ocorrem rápida, subitamente, isso é mau sinal (FREUD, 1996j, p. 153)”. Assim, em relação ao tempo de duração das psicoterapias na Saúde Coletiva, nossa postura é de que o psicoterapeuta-intercessor “nada mais tem a fazer senão esperar e deixar as coisas seguirem seu curso, que *não pode ser evitado nem continuamente apressado*” (FREUD, 1996g, p. 171) e, até que tenhamos conclusões mais fidedignas a partir da práxis, a única resposta plausível continua sendo a freudiana: “caminhe!”.

Ao longo desse nosso percurso, tanto prático como de reflexão teórica, vimos que essa psicoterapia Outra não poderá jamais estar alheia aos outros dispositivos clínicos de Atenção, já que, na perspectiva do PPS, incluímos também o campo institucional, como um todo, igualmente como dispositivo de produção de subjetividade. Se há de fato efetividade nessa nova proposta paradigmática de Atenção ao sofrimento psíquico na Saúde Coletiva, onde uma psicoterapia Outra se posiciona como carro-chefe, isso deverá ser refletido cada vez mais a partir da práxis, a partir daquilo que emerge na fala dos sujeitos, como exigência ética, colocados em suas devidas posições de produtores do saber que lhes convém para o equacionamento dos sintomas, e demais impasses de subjetivação, que os forçam a produzir respostas. E já que se trata sempre de dar voz e vez à fala singular, é com o pronunciamento de um sujeito, emitido após uma considerável *caminhada* em seu processo psicoterapêutico, que, *para não concluir*, interrompemos nossa presente reflexão:

Quanto mais eu falo aqui, quanto mais eu falo do meu passado, mais ele parece ficar diferente. Mas pensando bem não é isso. Quanto mais eu falo não é o passado que muda. O que muda é a forma que eu o sinto a partir da mudança do meu olhar sobre ele [...] e eu nunca pensei que alguém que falasse tão pouco pudesse me ajudar tanto.

## 6. REFERÊNCIAS

ALTHUSSER, L. **Freud e Lacan, Marx e Freud**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

\_\_\_\_\_. Eu, etiqueta. In: \_\_\_\_\_. **Poesia Completa**. São Paulo: Nova Fronteira. 1. ed. 2007. p. 1252-1254. (Volume único).

BENELLI, S. J. As éticas nas práticas de atenção psicológica na Assistência Social. **Estudos de Psicologia**, PUC-Campinas, Campinas, v. 31, n. 2, 2014. (no prelo).

\_\_\_\_\_.; COSTA-ROSA, A. Dispositivos institucionais filantrópicos e socioeducativos de atenção à infância na Assistência Social. **Estudos de Psicologia**, PUC-Campinas, v. 30, n. 2, p. 283-301, 2013.

\_\_\_\_\_.; COSTA-ROSA, A. Para uma crítica da razão socioeducativa em entidades assistenciais. **Estudos de Psicologia, PUC-Campinas**, v. 28, n. 04, p. 539-563, 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n4/14.pdf> >. Acesso em: 12 dez. 2013.

\_\_\_\_\_.; COSTA-ROSA, A. Paradigmas diversos no campo da assistência social e seus estabelecimentos assistenciais típicos. **Psicologia USP, São Paulo**, v. 23, n. 04, p. 609-660, 2012. Disponível em < <http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/53521/57489> >. Acesso em: 12 dez. 2013.

BEZERRA, D. S. **O lugar da clínica na Reforma Psiquiátrica brasileira**: Política e Psicanálise oito anos após a Lei 10.216. Curitiba: Editora CRV, 2013.

BIRMAN, J. **Psicanálise, ciência e cultura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. v. 3 (Coleção Pensamento freudiano).

CABAN, I. Divã 'Express' - Entrevista de Judith Miller para Revista O Globo. In: **Revista O Globo - Jornal O Globo**, ano 3, n. 158, 2007. Disponível em < <http://ampblog2006.blogspot.com.br/2007/08/entrevista-de-judith-miller-para.html> > Acesso em: 16 dez. 2013.

CAEIRO, A. O guardador de rebanhos. In: PESSOA, F. **Obra Poética**. Rio de Janeiro. Nova Aguilar S. A., 1994. (Volume único). p. 203-230.

CALAZANS, R.; BASTOS, A. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. **Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 11, n. 4, p. 640-652, 2008. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n4/v11n4a10.pdf> >. Acesso em: 03 jan. 2014.

CARRERA, C. G. S.; FERREIRA, I. X. Do grupo de recepção ao grupo regular: que grupo é esse? **Cadernos IPUB**. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 06, n. 17, p. 107-116, 2000.

COSTA, J. F. **Psicanálise e contexto cultural**: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

COSTA-ROSA, A. A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade. In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013a. p. 23-54.

\_\_\_\_\_. Contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. In: DIONÍSIO, G. H.; BENELLI, S. J. (Orgs.). **Políticas públicas e clínica crítica**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. v. 01. p. 15-31.

\_\_\_\_\_. Interprofissionalidade, Disciplinas, Transdisciplinaridade: Modos da divisão do trabalho nas práticas da Atenção Psicossocial. In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013b. p. 119-166.

\_\_\_\_\_. O Grupo Psicoterapêutico na psicanálise de Lacan: um novo dispositivo da clínica na Atenção Psicossocial. In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013c. p. 233- 269.

\_\_\_\_\_. **O Grupo Psicoterapêutico no Discurso do Analista**: um novo dispositivo da clínica na Atenção Psicossocial. UNESP/Assis, 2005. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

\_\_\_\_\_. Para uma crítica da Razão Medicalizadora: o consumo de psicofármacos como Sintoma Social Dominante. In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013d. p. 167- 212.

\_\_\_\_\_. **Práticas de cura nas religiões e tratamento psíquico em Saúde Coletiva**. 1995. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 1995.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental Comunitária**: análise dialética das práticas alternativas. 1987. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1987.

\_\_\_\_\_. Uma ética para a Atenção Psicossocial: o cuidado em análise. In: \_\_\_\_\_. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013e.

\_\_\_\_\_. Um psiquiatra não tão médico: o lugar necessário da psiquiatria na Atenção Psicossocial. In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013f. p. 213-232.

\_\_\_\_\_.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma em Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

\_\_\_\_\_. et al. Uma experiência de pronto atendimento em Saúde Mental Coletiva. **Estudos de Psicologia** (PUCCAMP), Campinas, v. 21, n. 02, p. 101-115, 2004. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v21n2/a08v21n2.pdf> >. Acesso em: 26 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. PASTORI, F. O grupo psicoterapêutico além do Imaginário: a psicanálise de Lacan, laços sociais e revoluções de discurso, **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, v. 10, n. 01, p. 01-23, 2011. Disponível em < <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/view/190/233> >. Acesso em: 26 dez. 2013.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do Discurso Médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

DI-CIACCIA, Antônio. Da fundação de Um à prática feita por muitos. **Curinga**, Belo Horizonte, n. 13, p. 60-65, 1999.

DOR, J. **Estruturas e clínica psicanalítica**. Taurus Editora: Rio de Janeiro, 1991.

ELIA, L. Clínica e pesquisa na instituição pública de tratamento de crianças e adolescentes autistas e psicóticos. **Associação Psicanalítica de Curitiba em Revista**, v. 20, p. 87-108, 2010. Disponível em: < <http://www.apccuritiba.com.br/artigos/ed-20-clinica-e-pesquisa-na-instituicao-publica-de-tratamento-de-criancas-e-adolescentes-autistas-e-psicoticos/> >. Acesso em: 09 fev. 2014.

FINGERMANN, D.; DIAS, M. D. **Por causa do pior**. São Paulo: Iluminuras, 2005.

FIGUEIREDO, A. C. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. In: GUERRA A. M.C.; MOREIRA, J. O. (Orgs.) **A Psicanálise nas Instituições Públicas: Saúde Mental, Assistência e Defesa Social**. Curitiba: Editora CRV, 2010. p. 11-18.

\_\_\_\_\_. Do atendimento coletivo ao individual: um atravessamento na transferência. **Cadernos IPUB**. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 06, n. 17, p. 124-130, 2000.

\_\_\_\_\_. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FLEMING, M. **Ideologias e práticas psiquiátricas**. Porto: Afrontamento, 1976.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e psicologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica** (1963). Rio de Janeiro: Florence-Universitária, 1980.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

FREUD, S. Estudos sobre a histeria (1893[1895]). In: **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. 2. p. 13-328.

\_\_\_\_\_. Sobre a psicoterapia (1905 [04]). In: **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. 7. p. 241-254.

\_\_\_\_\_. Os Chistes e sua relação com o inconsciente (1905). In: **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. v. 8. p. 10-219.

\_\_\_\_\_. A dinâmica da Transferência (1912). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. v. 12. p. 111-119.

\_\_\_\_\_. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996e. v. 12. p. 121-133.

\_\_\_\_\_. Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I) (1913). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996f. v. 12. p. 135-148.

\_\_\_\_\_. Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). (1914). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996g. v. 12. p.159-171.

\_\_\_\_\_. Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III). (1916-17[15-17]) In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996h. v. 16. p. 251-463.

\_\_\_\_\_. Linhas de progresso da terapia psicanalítica (1919[18]). In: **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996i. v. 17. p. 201-211.

\_\_\_\_\_. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. (1933[32]) In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996j. v. 22. p. 12-182.

\_\_\_\_\_. Análise terminável e interminável (1937). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996l. v. 23. p. 239-287.

\_\_\_\_\_. **A Interpretação Dos Sonhos** (1900). Porto Alegre: L&pm Pocket, 2012. v. 2. (coleção L&PM pocket).

\_\_\_\_\_. **Psicologia das massas e análise do eu** (1921). Porto Alegre: L&PM, 2013. (coleção L&PM pocket).

\_\_\_\_\_. O Recalque (1915). In: **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2004a, v. 1. p. 176-193.

\_\_\_\_\_. Pulsões e destinos da pulsão (1915). In: **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2004b. v. 01. p. 133-162.

\_\_\_\_\_. Inibición, sintoma y angústia (1926[1925]). In: \_\_\_\_\_. **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu. 2006. v. 20. p. 73-164.

GAMA, A. A. **50 anos falando sozinho: poemas reunidos**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2002.

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o Inconsciente**. 16. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. **Introdução à metapsicologia freudiana**: artigos de metapsicologia, narcisismo, pulsão, recalque e inconsciente. 7. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

GOLDER, E.-M. Elaboração do conceito de “momento sensível”. In: \_\_\_\_\_. **Clínica da primeira entrevista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000. p. 137-185.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**. Cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1996.

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

LACAN, J. A agressividade em psicanálise (1948). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a. p. 104-126.

\_\_\_\_\_. A ciência e a verdade (1966). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b. p. 869-892.

\_\_\_\_\_. A coisa freudiana ou o Sentido do retorno a Freud em psicanálise (1955). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998c, p. 402-437.

\_\_\_\_\_. A direção do tratamento e os princípios do seu poder (1958). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998d. p. 591-652.

\_\_\_\_\_. A significação do falo (1958). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998e. p. 692-703.

\_\_\_\_\_. Do sujeito enfim em questão (1966). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1998f. p. 229-237.

\_\_\_\_\_. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1998g. p. 238-324.

\_\_\_\_\_. Variantes do tratamento padrão (1955). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998h. p. 325-364.

\_\_\_\_\_. Subversão do sujeito e dialética do desejo (1960). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998i. p. 807-842.

\_\_\_\_\_. A psicanálise verdadeira e a falsa (1958). In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003a. p. 173-182.

\_\_\_\_\_. Ato de fundação (1964). In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003b. p. 235-247.

\_\_\_\_\_. O Aturdido (1973). In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003c. p. 448-497.

\_\_\_\_\_. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964). In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003d. p. 195-197.

\_\_\_\_\_. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola (1967). In **Outros Escritos**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 2003e. p. 248-264.

\_\_\_\_\_. Radiofonia (1970). In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003f. p. 400-447.

\_\_\_\_\_. Respostas a estudantes de filosofia (1966). In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003g. p. 210-218.

\_\_\_\_\_. Televisão (1973). In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003h. p. 508-543.

\_\_\_\_\_. Psychothérapie et Psychanalyse 1968. **Lettres de l'E.F.P**, Paris, n. 7, p. 157-166. 1970.

\_\_\_\_\_. A terceira (1974). **Che vuoi?**, Porto Alegre, ano 1, n. 0, p. 13-42, 1986.

\_\_\_\_\_. (1975) Conferencias y conversaciones en universidades norte-americanas. Trad. de Maria José Muñoz y Juan Bauzá. Mimeografado. Disponível em: < <http://www.circulofreudiano.com.ar/universidad.html> >. Acesso em: 20 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. **Estou falando com as paredes** - Conversas Na Capela De Sainte-Anne (1971-72). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.

\_\_\_\_\_. **O lugar da psicanálise na medicina** (1966), Revista Opção Lacaniana, São Paulo, n. 32, p. 8-14. 2001.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 1: Os Escritos Técnicos De Freud** (1953-54). 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise** (1954-55). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 5: As formações do inconsciente** (1957-58). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise** (1959-60). 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008a.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise** (1964). 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008b.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise** (1969-70). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 20: Mais, ainda (1972-73)**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008c.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 23: O Sintoma (1975-76)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

LISPECTOR, C. **A hora da estrela**. 23 ed. Rio de Janeiro: FranciscoAlves, 1995.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MARON, G. Grupos de recepção: interrogando (n)os grupos. **Cadernos IPUB**. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 06, n. 17, p. 47- 58, 2000.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos (1844)**. São Paulo: Boitempo, 2004.

MATET, J-D; MILLER, J. Apresentação. In: **Pertinências da psicanálise aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p. 1-5.

MENDES, M. C. S. **Repercussões da “Recepção-Escuta” no atendimento à porta dos serviços de Saúde Mental Coletiva e em seus projetos terapêuticos**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. 2004.

MERHY, E. **O capitalismo e a Saúde Pública**. São Paulo: Papyrus, 1987.

MILAN, B.; BOLLOT, J.; RIBETTES, J-M. Apólogo do camponês cevenol e do médico a propósito de uma recusa daquilo que uma receita. **Revirão** – Revista da Prática Freudiana, Rio de Janeiro, n. 1, p. 63-69. 1985.

MILLER, D. As três transferências. In: MOTTA, M. B. **Clínica laciana: casos clínicos do campo freudiano**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 44-50.

MILLER, J.-A. Clínica sob transferência. In: MOTTA, M. B. **Clínica laciana: casos clínicos do campo freudiano**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 9-13.

\_\_\_\_\_. Saúde Mental e Ordem Pública. **Curinga**, Belo Horizonte, n. 13, p. 14-24. 1999.

MONDONI, D.; COSTA-ROSA, A. Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, São Paulo, v. 26, n. 01. p. 39-47. 2010. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n1/a06v26n1.pdf> >. Acesso em: 28 mar. 2013.

MONTEZUMA, M. A. A clínica na saúde mental. In: QUINET, A. (Org.). **Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. p. 133-141.

\_\_\_\_\_. Transferência e encaminhamento na instituição de saúde mental. **Cadernos IPUB**. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 06, n. 17. p. 116-123. 2000.

NASIO, J.-D. **Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

\_\_\_\_\_. **A histeria**: teoria e clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

NAZAR, T. P. Sujeito Suposto Saber: dom de mestria. **Revirão** – Revista da Prática Freudiana, Rio de Janeiro, n. 1, p. 105-109. 1985.

**O PRISIONEIRO da passagem**. Realização: Hugo Denizart. Direção: Maria Alves de Lima. Edição e montagem: Ricardo Miranda. Fotografia e câmera: John Howard Szerman. Produção: Centro Nacional de Produção Independente. 1982. 1 videocassete (30 min)VHS, son., color. Disponível em: < <http://www.youtube.com/watch?v=PjgP1LYLZOU> >. Acesso em: 09 dez. 2013.

OLIVEIRA, R. C. A Recepção em Grupo no Ambulatório do IPUB/UFRJ. **Cadernos IPUB**. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 06, n. 17, p. 30-46, 2000.

OURY, J. **O Coletivo**. São Paulo: Hucitec, 2009.

PÉRICO, W. **A (in)sustentável leveza da posição intercessora: acerca de um caso “falho” de psicoterapia na Saúde Coletiva**. UNESP - Assis, 2013. Mimeografado [trabalho em construção].

PESSOA, F. **Obra Poética**. Rio de Janeiro. Nova Aguilar S. A., 1994. (Volume único).

PRATTA, N. **O grupo psicoterapêutico na abordagem lacaniana**: um estudo a partir da análise de uma prática. 2010. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Assis, 2010.

\_\_\_\_\_.; COSTA-ROSA, A. O grupo psicoterapêutico e a interpretação na abordagem lacaniana: reflexão e redefinição de possibilidades e modos de atendimento na Saúde Coletiva. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 14, n. 04, p. 672-689, 2012. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v14n4/v14n4a07.pdf> >. Acesso em: 26 dez. 2013.

QUINET, A. **A descoberta do inconsciente**: do desejo ao sintoma. 3. ed. Rio de Janeiro: Florense Universitária, 2008a.

\_\_\_\_\_. **As 4 + 1 condições de análise**. 8. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

\_\_\_\_\_. A interpretação: uma arte com ética. **Stylus** - Revista de Psicanálise, Rio de Janeiro, n. 25, p. 53-58. 2012.

\_\_\_\_\_. Perante o sintoma todo relógio é mole. In: **Anais do V Encontro de Internacional da Internacional dos Fóruns-Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano** – Os tempos do Sujeito do Inconsciente: a psicanálise no seu tempo e os tempos na psicanálise. São Paulo. 2008b. p. 15-16. Disponível em < <http://www.campopsicanalitico.com.br/biblioteca/anais.pdf> > Acesso em: 13 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. **Teoria e Clínica da Psicose**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

RINALDI, D. **A ética da diferença**: um debate entre psicanálise e antropologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

\_\_\_\_\_. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: MELLO M.; ALTOÉ S. (Orgs.) **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. 2005. p. 87-106.

\_\_\_\_\_. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.) **Psicanálise e Saúde Mental**: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 141-147.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização: uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: \_\_\_\_\_. (Orgs.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 21-59.

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

SILVESTRE, M. A transferência é o amor que se dirige ao saber. In: MOTTA, M. B. **Clínica lacaniana**: casos clínicos do campo freudiano. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 93-101.

SILVESTRE, D. Problemas y particularidades de la demanda de analisis en institucion. In: LAURENT E. (Org.). El significante de la transferencia. Buenos Aires: Manantial, 1987. p. 89-94.

SOLER, C. Interpretação: as respostas do analista. In: **Opção Lacaniana**. São Paulo: Eolia, v.13, p. 20-38, 1995.

TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: A especificidade da clínica da recepção. **Cadernos IPUB**. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 06, n. 17. p. 79-91. 2000.

TOZONI-REIS, J. R. Psicoterapia na rede pública de saúde. **Temas em psicologia**, n. 2, p. 177-188. 1994.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. **Terapia Ocupacional Psicossocial: (re)invenção da clínica a partir das contribuições da psicanálise de Freud e Lacan**. (Projeto de Pesquisa – Mestrado em Psicologia) – UNESP-Assis, 2013. Mimeografado.

VIGANÒ, C. A Construção do caso clínico em Saúde Mental. **Curinga**, Belo Horizonte, p. 50-59, 1999.

ZIMERMAN, D. E. **Manual de técnica psicanalítica**: uma re-visão. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ZIZEK, S. **O mais sublime dos histéricos**: Hegel com Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

## CONSIDERAÇÕES GERAIS

### NOTAS INTRODUTÓRIAS A UMA CLÍNICA DA SINGULARIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL COLETIVA

A mistura contraditória de satisfação e desânimo invade o pesquisador que levanta os olhos das últimas frases de seu trabalho [...] e constata que os passos da história ultrapassam largamente seu *caminhar de formiga*. Percebe que ela o superou ao mesmo tempo em simplicidade e grandeza: onde ele foi complicado e obscuro ela foi clara e direta, onde ele foi tímido ela avançou, onde ele hesitou ela ousou. *Interroga-se sobre o que lhe resta a dizer* (LUZ, 1979, p. 9, grifo nosso).

Que fique bem claro que não é através de um passe de mágica que propomos a transformação da situação dada; trata-se de uma luta cotidiana, longa e difícil, sujeita a mais reveses do que vitórias. *Mas possível e existente onde quer que ajustemos as nossas lentes para enxergá-la*. (COSTA-ROSA, 1987, p. 538, grifo nosso).

Na direção do que propõe tanto a pesquisa freudiana quanto a maxiana, toda conclusão somente poderá se apresentar como notas introdutórias a um novo processo de Intercessão-Pesquisa. Toda conclusão, ou tentativa de algo concluir, é como *Janus*: olha para trás e para frente. Para trás, e busca ver o quanto foi possível elucidar acerca de um assunto posto em questão. Para frente, e *inevitavelmente* vê o quanto – *mais, ainda...* – há que *caminhar*. Em outras palavras, tecer considerações finais – para não concluir – é, na medida do possível, uma tentativa de fazer metonímia tanto do que, até o momento, pôde ser dito, quanto do que há, como *perspectivas futuras*<sup>1</sup>, ainda por dizer. No lastro do Modo de Produção de pesquisa aberto por Marx e Freud esse trabalho não propõe, de forma alguma, a última palavra sobre o assunto. Pelo contrário, visa abrir um campo de discussão; com a “ciência” de que, tal como as formigas que constroem seus monumentais formigueiros, o processo de produção de um “conhecimento” de estatuto Outro, produzido a partir da – e para a – práxis do trabalho, somente pode se dar com o trabalho coletivo e cooperado.

Foi ao tomarmos como base a sugestão ética de Lacan (2003) de que não devemos exigir que a psicanálise se adeque aos princípios científicos vigentes (pelo fato mesmo da Ciência se configurar como o seu avesso), mas sim pensarmos uma “ciência” que inclua a psicanálise (a ponto de, com isso, produzirmos uma “ciência Outra”), que procuramos dar

---

<sup>1</sup> Referência ao ensaio “As perspectivas futuras da terapia psicanalítica” (FREUD, 1996c).

fundamentação à hipótese da Atenção Psicossocial como um novo paradigma de Atenção na Saúde Coletiva, que inclui a psicanálise (e não só); ou seja: que inclui também ao ponto de se produzir um paradigma de Atenção, do ponto de vista ético, rigorosamente Outro. À psicanálise, ao se expandir para esse novo *locus* de atuação, será necessário “adaptar-se” (ampliar-se?) às novas condições (FREUD, 1996f; 1996g). Ampliar-se: tanto em relação à teoria dos processos e impasses de subjetivação (bem como institucionais), quanto em relação à teoria da técnica (ibidem, 1996c). Aliás, não foi o que fez Lacan, quando ampliou, em relação a Freud<sup>2</sup>, o campo de atuação da psicanálise ao propor linhas preliminares “a todo tratamento possível da psicose”<sup>3</sup>; como ninguém até hoje na história da psicanálise, não teria sido Lacan quem mais fez ampliação do campo da “psicanálise em intensão”? Diante disso, suponhamos um interlocutor fictício<sup>4</sup> (às vezes não tão fictício assim), representante de uma *ortodoxia lacaniana* (o que, logo, já nos soaria contraditório aos ouvidos). Em diálogo conosco, em relação à possibilidade de ampliação do dispositivo analítico no sentido de um novo *locus* de atuação, certamente ele nos diria tratar-se de uma “psicanálise na medida do possível”. Como resposta plausível, concordaríamos com ele, mas certamente não pelos mesmos motivos. Não, se com isso ele quisesse dizer que se trataria de uma “práxis clínica menor”, impura, em comparação com uma psicanálise dos consultórios que seria, essa sim, livre de impurezas. Nesse ponto, partilhamos da opinião de Figueiredo (1997) de que não há duas psicanálises, uma para o consultório particular e outra para a Saúde Coletiva. Se concordássemos com ele de que se trataria mesmo de uma psicanálise “na medida do possível”, é porque consideramos que a psicanálise, *em qualquer contexto*, é tão na medida do possível quanto sempre foi e será. As vastas confusões e atendimentos imperfeitos<sup>5</sup>, dos tratamentos psíquicos na Saúde Coletiva, são tão confusos e imperfeitos quanto os da psicanálise do consultório particular. Seja qual for o *locus* de atuação de um [trabalhador-intercessor-]psicanalista, dele sempre será exigido “jogo de cintura” na direção do tratamento, pois “é preciso *reunir as condições*<sup>6</sup> para que o analisante se ponha a trabalhar, a produzir certo saber” (SILVESTRE, 1987, p. 93, tradução nossa).

<sup>2</sup> Em “Sobre a psicoterapia”, Freud (1996a) refere que o tratamento das psicoses é impróprio “ao menos tal como vem sendo praticado até o momento (p. 250). No entanto, refere considerar “nada impossível que, *mediante uma modificação apropriada do método*, possamos superar essa contra-indicação e assim empreender a psicoterapia das psicoses” (ibidem, grifo nosso).

<sup>3</sup> A esse respeito, confira Lacan (1998a; 2008a).

<sup>4</sup> Tal como o interlocutor fictício do qual Freud (2010) lança mão, no intuito de fazer caminhar suas hipóteses: “imagino, portanto, um adversário que acompanha minhas explicações com desconfianças, e lhe cedo a palavra” (p. 65).

<sup>5</sup> Referência ao livro “Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público” (FIGUEIREDO, 1997).

<sup>6</sup> Esse ponto será retomado mais à frente.

No entanto, se a teoria e a técnica estão, *necessariamente*, em constantes ampliações – já que é próprio da psicanálise, como Modo de Produção de Intercessão e Pesquisa, ser de natureza de uma práxis dialética – a ética é o que permanece sempre invariável. Invariável: não porque se trata de uma ética universal do Supremo Bem, como ideal fixado, sagrado; aliás, pelo contrário: o que permanece sempre invariável na psicanálise é seu posicionamento ético-político que coloca no horizonte (e, é sempre importante que se diga, sem expectativas prévias por parte do analista!) a produção da única coisa que pode ser considerada universal: o sempre diferir de cada um, como isso que podemos definir como singular[iz]ação de um sujeito, *tanto quanto possível*, para-além das amarras do discurso do Outro. Para-além: tanto das “relações de subjugação ao [discurso do] Outro nos processos de subjetivação” quanto, e, por conseguinte, das reedições dessas “relações de subjugação em relação ao [discurso do] Outro do laço social”.

Quanto a isso, este trabalho visou abordar esse assunto em alguns de seus vários níveis: no primeiro ensaio o leitor pôde encontrar uma discussão, no plano universal da teoria, sobre como o sujeito surge, em seu “processo primário de constituição”, na e pela linguagem, ao passo em que aí inevitavelmente se aliena (se fixa) nos significantes do desejo do Outro – bem como as possibilidades de sua separação (des-fixação); já no segundo ensaio, com a hipótese de que há atualmente duas modalidades paradigmáticas de Tratamentos Psíquicos na Saúde Coletiva, procuramos discutir como se dão, agora no plano do laço social, tanto as ratificações<sup>7</sup> das “relações de subjugação ao Outro do laço social” (tratamento Terapêutico Alienante) quanto as possibilidades de produção de “resistência” a tais ratificações/reedições (tratamento Analítico Singularizante); e finalmente, no terceiro ensaio, refletimos como se processaria uma psicoterapia Outra, cujo efeito ético-político fosse a produção de subjetividade singularizada, expresso nas possibilidades de o indivíduo, com sua dimensão singular de *sujeito*, advir para além das amarras do discurso do Outro, tanto no plano mais diretamente subjetivo (implicação subjetiva) quanto, e conseqüentemente, no plano mais diretamente social (implicação sociocultural).

As reedições das “relações de subjugação/fixação ao discurso do Outro”, como o resultado da interiorização de um supereu controlador-disciplinador – panóptico interno que no plano político dos laços sociais fazem sempre por manter o “instituído social opressivo” (ALTHUSSER, 1984) – são teorizadas por Freud (2010), sobretudo em sua obra “O mal-estar

---

<sup>7</sup> Neste ponto, torna-se inevitável um trocadilho com o referencial teórico-técnico e ético paradigmático da psicologia, cujo marco principal se deu com o estudo científico/positivista de estratégias de condicionamento comportamental dos ratos.

na Cultura”. Tal leitura, aliás, expressa muito bem o fato de que Freud não deixou de “alcançar em seu horizonte a subjetividade da sua época” (LACAN, 1998b, p. 322). Nessa ocasião, no que diz respeito ao conflito entre o indivíduo e a cultura, refere que “além das tarefas de restrição das pulsões [...] impõe-se a nós o perigo de um *estado que pode se chamar de ‘miséria psicológica’* [ou neurótica]” (FREUD, 2010, p. 131, grifo nosso), já que “o que começou em relação ao pai se consuma em relação à massa” (ibidem, p. 161). Alguns anos antes, em “Moral sexual ‘civilizada’ e doença nervosa moderna”, Freud (1996b) diz que

em geral não me ficou a impressão de que a abstinência sexual contribua para produzir homens de ação enérgicos e autoconfiantes, nem pensadores originais e reformistas audazes. Com frequência maior produz homens fracos, mas bem comportados, que mais tarde se perdem na multidão que tende a seguir, de má vontade, os caminhos apontados por indivíduos fortes (p. 181).

Partimos da tese freudiana fundamental, desdobrada e potencializada por Lacan, sobre a subjetividade e a subjetivação singularizante: o indivíduo mais o inconsciente em sua fruição desejante. O sujeito adaptado (alienado ao Outro) é o que responde aos impasses de subjetivação, do Real pulsional e da realidade social cotidiana, predominantemente a partir de recursos da dimensão subjetiva imaginária-tautológica-demandante, enquanto um sujeito singularizado (*tanto quanto possível* separado do Outro) responde com os recursos da dimensão subjetiva simbólica-criativa-desejante. Dada sua alienação aos significantes do Outro, o primeiro responde subjetivamente a partir de um modo repetitivo e sintomático de vivenciar e “obter” o gozo; gozo, aliás, sobremaneira capitalizado pelo Outro do laço social, o Capital<sup>8</sup>. Já o segundo, o sujeito em sua fruição propriamente desejante, é o que advém pela *superação relativa* da alienação que o amarrava tanto ao Outro da subjetivação primária quanto, e conseqüentemente, ao Outro do laço social. Tal singularização – eis o horizonte ético-político de uma psicoterapia Outra na Saúde Coletiva – seria o resultado de uma reorganização na “economia subjetiva do gozo” do sujeito, expresso no ato de “tornar ‘seu’ algo que antes era estranho” (FINK, 1998, p. 11)<sup>9</sup>. É nessa perspectiva que a produção de subjetividade singularizada, nos termos propostos por Costa-Rosa (2013c, 2013d), é definida como implicação sociocultural – que passa simultaneamente pela implicação subjetiva – cujo resultado político se expressa nas possibilidades de “fazer o particular dos sintomas e do

<sup>8</sup> Como refere a senhora Estamira, no documentário de Marcos Prado (ESTAMIRA, 2004): “É por isso que Estamira está na carne. Pra desmascarar ele com a quadrilha dele todinha. Ele é tão poderoso ao contrário que eu... até depois de a carne ‘veinha’ desse jeito, feia desse jeito... boba desse jeito, Ele ainda quer mais” (8:07 min.).

<sup>9</sup> Aliás, não há como não nos lembrarmos da passagem do “Fausto” de Goethe, citada por Freud (1996e) em “Totem e Tabu”: “aquilo que herdaste de teus pais, conquista-o para fazê-lo teu” (p. 165).

sofrimento rebater-se sobre as condições mais gerais de sua produção [sociocultural e econômica]” (p. 269). Em outros termos, em uma das muitas possíveis leituras do *wo es war, soll ich werden*, axioma ético freudiano, Bruce Fink (ibidem) propõe: “onde o Outro segura as rédeas (agindo como minha causa), devo tornar-me minha própria causa” (p. 11). Portanto, se a ética da psicanálise, base principal da ética do Paradigma Psicossocial (PPS), propõe a produção da *absoluta diferença* (LACAN, 2008b, p. 267), é somente indo além das *reedições* típicas da dimensão subjetiva imaginária-tautológica-demandante que o Homem, concebido como o indivíduo mais o inconsciente – aquele não surdo às produções “deste” –, poderá advir em sua *singular ação* na dimensão subjetiva simbólica-criativa-desejante: como sujeito subversivo às estratégias de opressão e reprodução no plano político-social; sujeito questionador das conflituosas sociais nas quais se encontra constantemente atravessado. O desejo é diferir constante, na medida em que, para-além do repetitivo e sintomático, subjetivar é dar sentido Outro às, também sempre outras, injunções – como situações diante das quais um indivíduo não pode não dar uma resposta subjetiva – do real pulsional e da realidade sociocultural (que também é subjetivada). Ou seja, um indivíduo com sua dimensão criativa de *sujeito* que, por ser, tanto quanto possível, menos determinado pelo “discurso do Outro”, tem, na mesma proporção do possível, as rédeas da (auto)produção e condução de sua existência no plano sociocultural; ou ainda, numa palavra: *um sujeito que não se deixa tyrannizar*.

Nessas considerações gerais, não há como deixarmos de ressaltar novamente um aspecto imprescindível, que pode ser dividido em dois pontos, necessariamente interligados, a saber: o que diz respeito às “condições de formação”, e o que diz respeito às “condições de trabalho” do trabalhador-intercessor no campo da Saúde Coletiva. Em relação às condições de formação, reafirmamos a importância de uma urgente revisão das grades curriculares das Universidades, no sentido da inclusão dos referenciais teórico-técnicos e ético-políticos do PPS, posto o fato de que sem uma clareza paradigmática não podemos saber onde estamos e, muito menos, para onde *podemos caminhar*. Tal inclusão se faz necessária não somente nos cursos de graduação, mas também nos cursos de Pós-graduação<sup>10</sup>. Em relação às condições de trabalho do trabalhador-intercessor, a questão não é menos espinhosa. Primeiramente, saltam aos olhos os baixos salários que, se não bastassem, são na maioria das vezes acompanhados

---

<sup>10</sup> Como podemos ver a partir de Costa-Rosa (2013b), essa necessidade premente se deve ao fato de que “a Universidade, com seu papel predominante de reprodutora do instituído social, contribui para a manutenção da separação estanque entre ciência e técnica, mantendo duas linhas de produção bem distintas: os trabalhadores técnicos para o mercado, como se diz, e os trabalhadores intelectuais produtores de conhecimento e reprodutores de novos técnicos” (p. 130, grifo nosso).

da exigência de cargas-horárias incompatíveis com as possibilidades de um trabalho criativo e singularizante; até porque se faz necessária, também, uma disponibilidade de tempo diário para a *formação contínua* do trabalhador-intercessor, posto tratar-se, necessariamente, de um tipo de “trabalhador intelectual”, muito diferente dos “trabalhadores técnicos” alienados, reprodutores de técnicas, típicos ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM). No entanto, apesar desse campo árido, expresso nas péssimas condições de formação e trabalho, o compromisso ético com a Atenção Psicossocial nos coloca, como trabalhadores-intercessores, uma dupla tarefa: por um lado, a tarefa de não diminuirmos a nossa dedicação no trabalho com aqueles que “pedem” intercessão; e, por outro, a tarefa de não deixarmos de reivindicar politicamente por *condições* (de formação e trabalho) mais compatíveis com um processo de trabalho criativo. Se Freud (1996f) nos sugeriu “*adaptar a técnica às novas condições*” (p. 181), não podemos deixar, também, de lutar política e socialmente no sentido de melhorar as condições que encontramos no campo, tanto para melhorar as condições de trabalho, quanto para maximizar a efetividade da técnica.

Ainda em relação às condições de trabalho, é preciso destacar o fato de que é cada vez mais crescente a “demanda”<sup>11</sup> por produção de atendimentos psicoterápicos (VICTOR, 2009), feitas pelos gestores de Saúde ao trabalhador psicólogo, no atual contexto do PPHM. Isso se deve ao fato de que “o PPHM tem se contentado em mensurar indicadores empíricos e superficiais como número de consultas, quantidade de internações e de medicamentos dispensados” (COSTA-ROSA, 2013a, p. 88), dada, com isso, sua intenção de “conseguir repor a funcionalidade social e subjetiva dos sintomas” (ibidem). No entanto, por nos situarmos no PPS – o que nos dá a possibilidade de sairmos da condição de trabalhadores *alienados* tanto do processo de produção, quanto dos efeitos do que produzimos – temos sempre que partir de um posicionamento estratégico diante dessa “demanda”, sendo necessário, para tal, estarmos cientes do que aí se coloca em jogo. Instrumentados pelas ferramentas teórico-técnicas e éticas do Materialismo Histórico, bem sabemos que no Modo Capitalista de Produção (MCP) – e, portanto, no PPHM como uma de suas extensões – é

fundamental para o capitalista que o controle sobre o processo de trabalho passe das mãos do trabalhador para as suas próprias mãos. Essa transição apresenta-se na história como a *alienação progressiva dos processos de produção do trabalhador* (BRAVERMAN, 1981, p. 59).

---

<sup>11</sup> A partir da Análise Institucional (LOURAU, 1975.), essa “demanda” pode ser lida como uma das possíveis “encomendas sociais”.

Com o intuito de tentar avançar um pouco mais em nossas reflexões, mais uma vez, parto de uma situação que vivenciei na práxis de trabalho na Saúde Coletiva. Antes, é importante contextualizar a situação a partir do fato de que meu vínculo de trabalho, com o Estabelecimento de Saúde em questão, era pelo regime de trabalho legislado pela “Consolidação das leis do Trabalho” e não pelo regime de emprego público (via Concurso Público). Após alguns meses de atividade, fui chamado a comparecer junto ao secretário de Saúde do município que, com uma tabela gráfica em mãos, comunicou-me o fato de que a minha média de atendimentos “psicoterápicos” era consideravelmente menor que a dos demais trabalhadores psicólogos daquele e de outros Estabelecimentos de Saúde. Eu poderia discorrer sobre os muitos motivos pelos quais essa diferença numérica tinha, de fato, razão de ser. Mas, para citar somente alguns, talvez os mais importantes, basta mencionar apenas dois: primeiramente, pelo fato de trabalhar com uma clínica sob transferência, os “sujeitos do tratamento” não eram desligados da psicoterapia após três faltas consecutivas (lembrando que as faltas não eram computadas como atendimento), como era a política do Estabelecimento. Aliás, eventualmente um determinado sujeito faltava várias vezes seguidas e mesmo assim, a partir dos referenciais da psicanálise, não havia dúvidas de que se tratava de um sujeito em franco processamento subjetivo na psicoterapia; outro motivo, determinante de tal diferença numérica, poderia ser atribuído ao fato de que eu buscava reservar uma parte do tempo para o trabalho conjunto com outros Estabelecimentos de Saúde e de outras áreas. Finalmente, passadas duas semanas desse evento junto ao gestor de Saúde, fui comunicado de que não mais fazia parte do quadro dos funcionários daquele município, e que deveria encerrar minhas atividades laborais naquele Estabelecimento. No entanto, ainda insisti que havia a necessidade (ética) de um tempo de trabalho para fazer o processo de encerramento dos tratamentos que estavam em curso<sup>12</sup>.

Por fim, quanto às exigências de números de atendimentos, bem como às constantes imposições de fixação de tempo para as sessões e para o tratamento como um todo, o psicoterapeuta psicossocial não poderá, como na lógica fordista-taylorista do MCP, ter a cadência do seu trabalho imprimida pela “Máquina do Estado”; ao custo de, inclusive, *com o tempo*, aí ser também moído pela “loucura” do trabalho”. É preciso deixar claro que no Paradigma Psicossocial estamos na contramare da ética correspondente ao *time is money!* Se ao tratamento psíquico “é preciso dar tempo”, como afirmam Freud (1996d, p. 145) e Lacan

---

<sup>12</sup> Mais uma vez se faz necessário ressaltarmos que, salvo exceções, não se trata de atribuir uma maldade intrínseca, tanto aos gestores de Saúde, quanto aos trabalhadores da Saúde Mental alinhados ao paradigma de Atenção hegemônico, posto o fato de que, nesse caso, tratar-se-ia de trabalhadores cuja insipiência teórico-técnica não lhes permite ver e atuar de outras formas.

(2009, p. 369), dada a ética da qual parte, o trabalhador-intercessor privilegia as demandas de processamento de uma máquina Outra. De tal forma, a máquina privilegiada pelos trabalhadores-intercessores, incluindo o psicoterapeuta psicossocial, somente poderá ser a “máquina humana de subjetivar”. Esta “máquina de dar sentido”, desvencilhada tanto quanto possível de suas *inibições* (não por acaso tão desejadas pela outra Máquina), dos *sintomas* e da angústia (como sua entropia), poderá alcançar não somente as possibilidades efetivas de processar seus impasses de subjetivação, mas, por consequência, o reposicionamento do indivíduo nas conflitivas sociais que o atravessam. O psicólogo, munido de seu principal equipamento (ou dispositivo) de ação – sejam as psicoterapias em geral, seja uma psicoterapia Outra, cujo “h” *faz [a] diferença* – poderá continuar sendo mais uma engrenagem no maquinário da opressão/reprodução, ou poderá ser um agente social da mudança – instrumentando posições intercessoras *também* nos coletivos institucionais – sempre no horizonte ético do desejo e do carecimento como singularização; como **Singular ação**.

## REFERÊNCIAS

ALTHUSSER, L. **Freud e Lacan, Marx e Freud**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BRAVERMAN, H. **Trabalho capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981.

COSTA-ROSA, A. A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade. In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013a. 55-91.

\_\_\_\_\_. Interprofissionalidade, Disciplinas, Transdisciplinaridade: Modos da divisão do trabalho nas práticas da Atenção Psicossocial. In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013b. p. 119-166.

\_\_\_\_\_. O Grupo Psicoterapêutico na psicanálise de Lacan: um novo dispositivo da clínica na Atenção Psicossocial. In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013c. p. 233- 269.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental Comunitária**: análise dialética das práticas alternativas. 1987. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1987.

\_\_\_\_\_. Uma ética para a Atenção Psicossocial: o cuidado em análise. In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013d. p. 271-332

**ESTAMIRA**. Direção: Marcos Prado. Produção: Marcos Prado e José Padilha. Trilha Sonora: Décio Rocha. Rio de Janeiro: Zazem Produções, 2004. DVD (127 min), son., color. Disponível em: < <http://www.youtube.com/watch?v=KFyYE9Cssuo> >. Acesso em: 09 dez. 2013.

FIGUEIREDO, A. C. Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

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

FREUD, S. Sobre a psicoterapia (1905 [04]). In: **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. 7. p. 241-254.

\_\_\_\_\_. Moral sexual “civilizada” e doença nervosa moderna (1908). In: **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Vol. 09. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. p. 167-186.

\_\_\_\_\_. As perspectivas futuras da terapia psicanalítica (1910). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996c, v. 11, p. 145-156.

\_\_\_\_\_. Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I) (1913). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996d, v. 12, p. 135-148.

\_\_\_\_\_. Totem e tabu (1913[1912]). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996e, v. 13, p. 11-169.

\_\_\_\_\_. Linhas de progresso da terapia psicanalítica (1919 [18]). In: **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996f. Vol. 17. p. 201-211.

\_\_\_\_\_. Breves Escritos: Prefácio a Ten years of the Berlin Psycho-Analytic Institute (1930). In: **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Vol. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1996g. p. 265.

\_\_\_\_\_. **O mal-estar na Cultura** (1930). Porto Alegre: L&PM, 2010. (coleção L&PM pocket).

LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (1958). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a.

\_\_\_\_\_. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1998b. p. 238-324.

\_\_\_\_\_. Ato de fundação (1964). In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 235-247.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 1**: Os escritos técnicos de Freud (1953-54). 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 2009.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 3**: As psicoses (1955-56). 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008a.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 11**: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964). 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008b.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Vozes: Petrópolis, 1975.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

SILVESTRE, D. Problemas y particularidades de la demanda de analisis en institucion. In: LAURENT E. (Org.) **El significante de la transferencia**. Buenos Aires: Manantial, 1987. p. 89-94.

VICTOR, R. M. **Da viabilidade da clínica psicanalítica no ambulatório público**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.